



**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**Μετατραυματική διαταραχή του στρες και μετατραυματική
ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού: συχνότητα
εμφάνισης, παράγοντες καθορισμού, συσχέτιση εννοιών**

Ναταλία Ε. Κουτρούλη

Διδακτορική διατριβή

Αθήνα, Φεβρουάριος 2015

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

**Φ. Αναγνωστόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχολογίας,
Πάντειο Πανεπιστήμιο**

**Γ. Ποταμιάνος, Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας, Πάντειο
Πανεπιστήμιο**

**Ρ. Μέλλον, Καθηγητής Ψυχολογίας- Πρόεδρος Τμήματος
Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο**

Εξεταστική Επιτροπή

Α. Κορωναίου, Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

**Σ. Μαντόγλου, Καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας, Πάντειο
Πανεπιστήμιο**

**Σ. Στυλιανίδης, Καθηγητής Κοινωνικής, Ψυχιατρικής Πάντειο
Πανεπιστήμιο**

Φ. Τσαλικογλου, Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα αυτή μελετά την ψυχική κατάσταση των γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα θέτει ως στόχο: πρώτον, να καταγράψει τη συχνότητα εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, δεύτερον, να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα σε αυτά τα δύο φαινόμενα και τρίτον, να μελετήσει τους δημογραφικούς, ιατρικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνισή τους. Για την επίτευξη αυτών των στόχων σχεδιάστηκε μια συγχρονική μελέτη, η οποία έλαβε χώρα στο Κέντρο Μαστού του Μαιευτηρίου Έλενα Βενιζέλου από τον Ιούλιο του 2012 έως τον Οκτώβριο του 2013. Το ερευνητικό δείγμα αποτέλεσαν 202 γυναίκες με καρκίνο του μαστού, με ποικιλία δημογραφικών και ιατρικών χαρακτηριστικών, στις οποίες χορηγήθηκαν τα εξής αυτό-συμπληρούμενα ψυχομετρικά εργαλεία: Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Ατομικών Στοιχείων, Ερωτηματολόγιο Τραυματικών Γεγονότων (Traumatic Life Events Questionnaire- TLEQ), Κλίμακα Επίδρασης Γεγονότων (Impact of Events Scale- IES), Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Post Traumatic Growth Inventory- PTGI), Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Check List- Civilian version- PCL-C), Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας (Life Orientation Test Revised- LOT-R), Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας (Adult Hope Scale- AHS), Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης (Rumination Reflection Questionnaire- RRQ), Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης (State Level Measure of Reflection and Brooding), Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale- SCS), Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced- Brief COPE), Κλίμακα Ψυχικής Δυσφορίας από το Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας (Mental Health Inventory- MHI) και Ερωτηματολόγιο Τρόπου Απόδοσης

(Attributional Style Questionnaire- ASQ). Σε όσα ερωτηματολόγια δεν υπήρχε διαθέσιμη επίσημη ελληνική μετάφραση, πραγματοποιήθηκε προσαρμογή στα ελληνικά και στάθμιση. Το θεωρητικό μοντέλο στο οποίο βασίστηκε ο ερευνητικός σχεδιασμός αποτελεί μια σύνθεση του μοντέλου της Andersen (1994) και του κοινωνικο- γνωστικού μοντέλου του Lepore (2001) για την προσαρμογή στον καρκίνο, της γνωστικής θεωρίας για τη διαχείριση του στρες του Lazarus (1979), του υπαρξιακού μοντέλου των Tedeschi & Calhoun (1996) για τη μετατραυματική ανάπτυξη και της θεωρίας για το στυλ απόδοσης του Abramson (1978). Οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS και περιλάμβαναν μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις. Τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι από το δείγμα των γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού, η μειοψηφία εμφάνιζε μετατραυματική διαταραχή του στρες, ενώ αντιθέτως η πλειοψηφία των γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού εμφάνιζε μετατραυματική ανάπτυξη άνω του μετρίου. Επίσης, η μετατραυματική διαταραχή του στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη δε βρέθηκε να σχετίζονται. Οι παράγοντες που βρέθηκε να επηρεάζουν την εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες είναι οι εξής: το χαρακτηριστικό της απαισιοδοξίας, η ψυχική δυσφορία, η βίωση αποφυγών και παρεισφρητικών σκέψεων, η εκούσια επεξεργασία των πληροφοριών με τη μορφή του συλλογισμού, το στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, οι κοινωνικοί περιορισμοί που βιώνει το άτομο καθώς επίσης και αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως απόσπαση/αποφυγή, άρνηση, αυτοκατηγορία, συμπεριφορική αποσύνδεση, αναζήτηση συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης, ενεργητική αντιμετώπιση, προγραμματισμός και εκτόνωση συναισθημάτων. Ενώ οι παράγοντες που φάνηκε να σχετίζονται με την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης είναι οι εξής: η ηλικία, η αισιοδοξία, η ελπίδα, η εκούσια γνωστική επεξεργασία μέσω της αντανάκλασης, το στυλ απόδοσης των θετικών γεγονότων, αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως θετική αναπλαισίωση, αποδοχή, αναζήτηση συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης και ενεργητική αντιμετώπιση. Τα συμπεράσματα της

μελέτης συζητούνται στα πλαίσια εφαρμογής μεθόδων υποστηρικτικής φροντίδας, παρεμβάσεων μείωσης του μετατραυματικού στρες και συμβουλευτικής για την ενίσχυση της μετατραυματικής ανάπτυξης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε γυναίκες που έλαβαν τη διάγνωση καρκίνου του μαστού.

**Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in
women diagnosed with breast cancer: prevalence, parameters and
interrelation**

ABSTRACT

This research aims to study the psychological condition of breast cancer patients and survivors. More specifically, the main objectives of this study are: first of all, to record the prevalence of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in women diagnosed with breast cancer; secondly, to explore their interrelation and finally to investigate the demographic, medical and psychosocial factors that contribute to the development of these phenomena. In order to achieve these goals, the study, quantitative and cross sectional in design was conducted in the public clinic for breast screening and clinical examination at “Helena Venizelou” hospital, from July 2012 to October 2013. The sample of the study was constituted by 202 women diagnosed with breast cancer. The twelve scales that were administrated to the sample were: the Traumatic Life Events Questionnaire- TLEQ, the Impact of Events Scale- IES, the Post Traumatic Growth Inventory- PTGI, the PTSD Check List- Civilian version- PCL-C, the Life Orientation Test Revised- LOT-R, the Adult Hope Scale- AHS, the Rumination Reflection Questionnaire- RRQ, the State Level Measure of Reflection and Brooding, the Social Constraints Scale- SCS, the Coping Orientation to Problems Experienced- Brief COPE, the Mental Health Inventory- MHI and the Attributional Style Questionnaire- ASQ. All questionnaires that were not officially validated in Greek, were translated, culturally adapted and validated in Greek. The theoretical framework of the research was a combination of the Andersen’s model (1994) and Lepore’s social-cognitive model (2001) of adaptation to cancer, the cognitive theory of coping with stress by Lazarus (1979), the existential model of Tedeschi & Calhoun (1996) for posttraumatic growth and Abramson’s model of attribution style (1978). The statistical analyses were conducted using the statistical package SPSS and included bivariate and multivariate

analyses. The findings of this study suggested that the majority of the participants in this study experienced posttraumatic growth, while only a fragment of women with breast cancer reported posttraumatic stress disorder symptoms. Moreover, PTG and PTSD were found to be unrelated. The factors that were found to relate to the occurrence of PTSD were: pessimism, psychological distress, avoidance and intrusive thoughts, brooding rumination, pessimistic attribution style of negative events, social constraints on disclosure and various coping strategies, such as denial, avoidance, self-distraction, behavioral disengagement, self-blame, seeking emotional and practical help, active coping and venting. The parameters that were reported to be connected with the experience of PTG were: age, hope, optimism, reflective rumination, optimistic attribution style of positive events and a variety of coping strategies, such as positive reframing, acceptance, seeking emotional and practical support and active coping. The study findings are discussed in the context of development and implementation of supportive care methods, posttraumatic stress reduce interventions and counseling for the improvement of posttraumatic growth, of women diagnosed with breast cancer, by the mental health care professional.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iv
ABSTRACT	vi
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	viii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	Xvii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Εισαγωγή	3
<i>1. 1. Ιατρικό Υπόβαθρο</i>	3
1.1.1. Πρόλογος	3
1.1.2. Ορισμός του καρκίνου του μαστού	4
1.1.3. Παράγοντες προδιάθεσης για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού	5
1.1.4. Συμπτώματα καρκίνου του μαστού	6
1.1.5. Σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού	6
1.1.6. Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού	7
1.1.7. Σύνοψη	8
<i>1.2. Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις του Καρκίνου του Μαστού</i>	9
1.2.1. Πρόλογος	9
1.2.2. Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα	10
1.2.3. Η περίοδος της διάγνωσης	11
1.2.4. Η περίοδος της θεραπείας	14
1.2.5. Η περίοδος της αποθεραπείας	16
1.2.6. Σύνοψη	20
<i>1.3. Μετατραυματική ανάπτυξη και μετατραυματική διαταραχή του στρες</i>	21
1.3.1 Μετατραυματική Ανάπτυξη	21
1.3.1.1. Ορισμός μετατραυματικής ανάπτυξης	21
1.3.1.2. Οι επιπτώσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης	25
1.3.1.3. Ο μηχανισμός δημιουργίας μετατραυματικής	28

ανάπτυξης	
1.3.1.4. Παράγοντες που επιδρούν στη μετατραυματική	31
ανάπτυξη	
1.3.1.5. Μετατραυματική ανάπτυξη και καρκίνος του	33
μαστού	
1.3.2. Μετατραυματική Διαταραχή του στρες	35
1.3.2.1. Περιγραφή της μετατραυματικής διαταραχής του	35
στρες	
1.3.2.2. Ο μηχανισμός δημιουργίας της μετατραυματικής	38
διαταραχής του στρες	
1.3.2.3. Παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση της	40
μετατραυματικής διαταραχής του στρες	
1.3.3. Σύνοψη	42
<i>1.4. Ψυχοκοινωνικές έννοιες που σχετίζονται με τη</i>	43
<i>μετατραυματική ανάπτυξη και τη μετατραυματική διαταραχή</i>	
<i>του στρες</i>	
1.4.1. Στρατηγικές Αντιμετώπισης	43
1.4.1.1. Γνωστικές διεργασίες και στρατηγικές	43
αντιμετώπισης	
1.4.1.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης και στρες	45
1.4.1.3. Στρατηγικές αντιμετώπισης και καρκίνος του	47
μαστού	
1.4.2. Γνωστική επεξεργασία	50
1.4.2.1. Γνωστική επεξεργασία μέσω μηρυκασμού	50
1.4.2.2. Στυλ Απόδοσης	55
1.4.3. Κοινωνικό πλαίσιο	63
1.4.3.1. Κοινωνικογνωστικό μοντέλο	64
1.4.3.2. Η έννοια των κοινωνικών περιορισμών	66
1.4.4. Προσωπικά στοιχεία	69
1.4.4.1. Αισιοδοξία	70

1.4.4.2. Ελπίδα	73
1.4.5. Σύνοψη	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	75
<i>2.1. Θεωρητικό υπόβαθρο βιβλιογραφικής ανασκόπησης</i>	75
2.1.1. Μετατραυματική διαταραχή του στρες	76
2.1.2. Μετατραυματική ανάπτυξη	78
2.1.3. Η σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική διαταραχή και τη μετατραυματική ανάπτυξη	80
<i>2.2. Σχεδιασμός βιβλιογραφικής ανασκόπησης</i>	84
2.2.1. Κριτήρια ένταξης μελετών στη βιβλιογραφική ανασκόπηση	84
2.2.2. Στρατηγική εντοπισμού μελετών για την ένταξή τους στη βιβλιογραφική ανασκόπηση	86
<i>2.3. Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης</i>	88
2.3.1. Μετατραυματική διαταραχή και καρκίνος του μαστού	88
2.3.2. Μετατραυματική ανάπτυξη και καρκίνος του μαστού	97
2.3.3. Μετατραυματική ανάπτυξη, μετατραυματική διαταραχή και καρκίνος του μαστού	106
<i>2.4. Περιορισμοί των ερευνών της βιβλιογραφικής ανασκόπησης</i>	109
2.4.1. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες	110
2.4.2. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική ανάπτυξη	111
2.4.3. Έρευνα που μελέτησε τη μετατραυματική διαταραχή και τη μετατραυματική ανάπτυξη	113
<i>2.5. Προτάσεις βιβλιογραφικής ανασκόπησης</i>	113
<i>2.6. Σύνοψη βιβλιογραφικής ανασκόπησης</i>	114
<i>2.7. Θεωρητικό μοντέλο παρούσας έρευνας</i>	116

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Μεθοδολογία	122
3.1. Διαδικασία συλλογής δεδομένων και δείγμα έρευνας	122
3.2. Μέθοδος συλλογής ερευνητικών δεδομένων	124
3.3. Μετάφραση- προσαρμογή των ερωτηματολογίων	127
3.4. Ψυχομετρικά εργαλεία έρευνας	128
3.4.1. Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο Ατομικών Χαρακτηριστικών	129
3.4.2. Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Check List- Civilian version- PCL-C)	129
3.4.3. Κλίμακα Επίδρασης Γεγονότων (Impact of Events Scale- IES)	132
3.4.4. Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Post Traumatic Growth Inventory- PTGI)	134
3.4.5. Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας (Life Orientation Test- LOT-R)	136
3.4.6. Σύντομη Κλίμακα Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced- Brief-COPE)	137
3.4.7. Ερωτηματολόγιο Τρόπου Απόδοσης (Attributional Style Questionnaire- ASQ)	139
3.4.8. Ερωτηματολόγιο Τραυματικών Γεγονότων (Traumatic Life Events Questionnaire – TELQ)	141
3.4.9. Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας (Adult Hope Scale- AHS)	143
3.4.10. Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης (Rumination Reflection Questionnaire- RRQ)	143
3.4.11. Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης (State Level Measure of Reflection and Brooding)	145
3.4.12. Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale)	146

3.4.13. Κλίμακα Ψυχικής Δυσφορίας από το Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας (Mental Health Inventory- MHI)	147
3.5. Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων	148
3.5.1. Είδη δεδομένων	148
3.5.2. Μεταβλητές	149
3.5.3. Έλεγχος υποθέσεων και στατιστική σημαντικότητα	150
3.5.4. Έλεγχος επάρκειας του μεγέθους του δείγματος	151
3.5.5. Αριθμητικά περιληπτικά μέτρα	152
3.5.6. Ψυχομετρικές ιδιότητες των ερωτηματολογίων	153
3.5.6.1. Αξιοπιστία	153
3.5.6.2. Εγκυρότητα	154
3.5.6.3 Διερευνητική ανάλυση παραγόντων	154
3.5.7. Μονοπαραγοντικές αναλύσεις	156
3.5.7.1. T test για ανεξάρτητα δείγματα	156
3.5.7.2. Ανάλυση διασποράς με ένα παράγοντα	156
3.5.7.3. Συσχετίσεις	157
3.5.8. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις	157
3.5.8.1. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση	158
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Αποτελέσματα	160
4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	160
4.2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	163
4.3. Μέτρηση του συντελεστή εσωτερικής συνοχής	166
4.4. Διερευνητικές παραγοντικές αναλύσεις και έλεγχος εγκυρότητας για τα μη μεταφρασμένα στα ελληνικά ερωτηματολόγια	167
4.4.1. Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης	168
4.4.1.1 Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου Συλλογισμού και Αντανάκλασης	168

4.4.1.2. Έλεγχος εγκυρότητας για το ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης	171
4.4.2. Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης	172
4.4.2.1. Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης	172
4.4.2.2. Έλεγχος εγκυρότητας για το ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης	175
4.4.3. Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας	176
4.4.3.1. Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας	176
4.4.3.2. Έλεγχος εγκυρότητας για το ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας	178
4.4.4. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών Περιορισμών	179
4.4.4.1. Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου Κοινωνικών Περιορισμών	179
4.4.4.2. Έλεγχος εγκυρότητας του ερωτηματολογίου Κοινωνικών περιορισμών	184
4.5. <i>Αναλύσεις για το μετατραυματικό στρες</i>	185
4.5.1. Σχέσεις μετατραυματικού στρες και ιατρικών, δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών	185
4.5.2. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για το μετατραυματικό στρες	194
4.6. <i>Αναλύσεις για τη μετατραυματική ανάπτυξη</i>	197
4.6.1. Σχέσεις μετατραυματικής ανάπτυξης και ιατρικών, δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών	197
4.6.2. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τη μετατραυματική ανάπτυξη	200
4.7. <i>Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη μετατραυματική</i>	203

<i>διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη</i>	
<i>4.8. Σύνοψη</i>	203
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Συζήτηση και Συμπεράσματα	205
<i>5.1. Κύρια ευρήματα έρευνας</i>	205
<i>5.1.1. Ευρήματα αναφορικά με το μετατραυματικό στρες</i>	205
<i>5.1.2. Ευρήματα αναφορικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη</i>	222
<i>5.1.3. Ευρήματα αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη</i>	240
<i>5.1.4. Ευρήματα αναφορικά με τη στάθμιση των ερωτηματολογίων</i>	243
<i>5.2 Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της παρούσας έρευνας</i>	249
<i>5.3. Προτάσεις για την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας από ειδικούς ψυχικής υγείας</i>	254
<i>5.4. Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες</i>	259
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	262
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ψυχομετρικά εργαλεία έρευνας	325
Κλίμακα Επίδρασης Γεγονότων	325
Κλίμακα Μέτρησης Αισιοδοξίας	328
Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης	329
Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης (RRQ)	331
Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας	334
Ερωτηματολόγιο Τρόπου Απόδοσης (ASQ)	336
Ερωτηματολόγιο Τρόπων Αντιμετώπισης	342
Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών	345
Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης	348
Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων Διαταραχής	352

Μετατραυματικού Στρες	
Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας (ΜΗΙ)	356
Κλίμακα Ψυχολογικής Δυσφορίας	
Ερωτηματολόγιο Τραυματικών Γεγονότων	361
Συνοδευτική Επιστολή	364
Δελτίο Συγκατάθεσης για Παραλαβή Ερωτηματολογίου	365
Έρευνας	
Φόρμα Δημογραφικών Στοιχείων Συμμετεχόντων	367

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού	89
Πίνακας 2.2. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού	97
Πίνακας 2.3. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού	107
Πίνακας 3.1. Αξιολόγηση κλίμακας Επίδρασης Γεγονότων	133
Πίνακας 4.1. Δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία δείγματος	161
Πίνακας 4.2. Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος διακύμανσης, τιμές κύρτωσης και λοξότητας των μεταβλητών και παραγόντων	164
Πίνακας 4.3. Συντελεστής εσωτερικής συνοχής	166
Πίνακας 4.4. Παραγοντική δομή ερωτηματολογίου Συλλογισμού και Αντανάκλασης	169
Πίνακας 4.5. Συσχετίσεις για την υποκλίμακα Αντανάκλασης	172
Πίνακας 4.6. Συσχετίσεις για την υποκλίμακα Συλλογισμού	172
Πίνακας 4.7. Παραγοντική δομή ερωτηματολογίου Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης	174
Πίνακας 4.8. Συσχετίσεις για την υποκλίμακα	176

Αντανάκλασης

Πίνακας 4.9. Συσχετίσεις για την υποκλίμακα Συλλογισμού **176**

Πίνακας 4.10. Παραγοντική δομή για το ερωτηματολόγιο **177**
Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας

Πίνακας 4.11. Συσχετίσεις για το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης **179**
του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας

Πίνακας 4.12. Παραγοντική Δομή της Κλίμακας Μέτρησης **182**
Κοινωνικών Περιορισμών

Πίνακας 4.13. Ποσοστά εμφάνισης και μέση τιμή ανά **187**
ερώτημα

Πίνακας 4.14. Σχέσεις μεταξύ της μετατραυματικής **192**
διαταραχής του στρες και τα ιατρικά και δημογραφικά
χαρακτηριστικά του δείγματος

Πίνακας 4.15. Συσχετίσεις μεταξύ του μετατραυματικού **194**
στρες και των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών

Πίνακας 4.16. Πολλαπλή παλιωδρόμηση για το **196**
μετατραυματικό στρες

Πίνακας 4.17. Σχέσεις μεταξύ της μετατραυματικής **198**
ανάπτυξης και τα ιατρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά
του δείγματος

Πίνακας 4.18. Συσχετίσεις μεταξύ της μετατραυματικής **200**
ανάπτυξης και των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών

Πίνακας 4.19. Πολλαπλή παλιωδρόμηση για τη **202**
μετατραυματική ανάπτυξη

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1. Γραφική απεικόνιση θεωρητικού μοντέλου **118**
για το μετατραυματικό στρες

Διάγραμμα 2.2. Γραφική απεικόνιση θεωρητικού μοντέλου **119**
για τη μετατραυματική ανάπτυξη

Πρόλογος

Η παρούσα διατριβή αποτελεί μια προσπάθεια μελέτης της ψυχικής κατάστασης των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, με απώτερο σκοπό την παροχή δεδομένων για τον σχεδιασμό κατάλληλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για την αποτελεσματικότερη στήριξη των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας. Καθώς η προσπάθεια αυτή ολοκληρώνεται, θεωρώ απαραίτητο να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν σημαντικά στη διεξαγωγή της έρευνας και στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

Πρώτα από όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της έρευνας, κ. Αναγνωστόπουλο Φώτη, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, για τη μεθοδικότητα, την οργάνωση και την καθοδήγηση που μου παρείχε ακούραστα σε όλη την πορεία της διατριβής. Μου προσέφερε κίνητρα για να εξελίσομαι διαρκώς γνωστικά. Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ για τη συμβολή τους στην εξέλιξη αυτής της διατριβής στα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον κ. Ποταμιάνο Γρηγόριο, Καθηγητή Ψυχολογίας και τον κ. Ρόμπερτ Μέλλον, Πρόεδρο του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω και τα υπόλοιπα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής, τους Καθηγητές του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, κα Κορωναίου, κα Μαντόγλου, κ. Στυλιανίδη και κα Τσαλίκογλου, για την καθοριστική συμμετοχή τους στην ολοκλήρωση αυτής της διατριβής.

Θα ήθελα παράλληλα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους καθηγητές κα Αντωνία Παπαστυλιανού και κ. Ευάγγελο Καραδήμα που με καθοδήγησαν στις αρχικές μου σκέψεις για τη διεξαγωγή μιας διδακτορικής διατριβής. Οφείλω πολλά στους καθηγητές Dr. Stephen Lepore, Dr. Richard Tedeschi και Dr. Matthew Cordova για τις πολύτιμες συμβουλές και την ανατροφοδότηση στα δύσκολα σημεία του μεθοδολογικού σχεδιασμού. Ευχαριστώ θερμά τις συνοδοιπόρους μου

από την διδακτορική ομάδα του Παντείου Πανεπιστημίου, Δρ. Κλεάνθη Γκουρουντή, Δρ. Φωτεινή Γρίβα, κ. Βάσια Ευσταθίου και κ. Φιλίππα Κολοκοτρώνη για την ουσιαστική κατανόηση και την ανεκτίμητη πρακτική βοήθεια που μου παρείχαν.

Πάνω από όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις γυναίκες που αφιέρωσαν τον πολύτιμο χρόνο τους για να συμμετάσχουν στην παρούσα έρευνα. Είμαι ευγνώμον για τη συμβολή τους και εύχομαι η ασθένεια που αντιμετώπισαν να αποτελέσει όντως ένα εφελτήριο μετατραυματικής ανάπτυξης στη ζωή τους.

Η έρευνα αυτή δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την απεριόριστη βοήθεια και φιλοξενία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του Κέντρου Μαστού του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου-Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου». Να ευχαριστήσω από καρδιάς τον εξαιρετικό ως άνθρωπο και χειρουργό, διευθυντή του Κέντρου Μαστού Δρ. Αννίβα Τσιγκίνη, για την βοήθεια που προσέφερε στην οικογένειά μου. Να ευχαριστήσω επίσης τους χειρουργούς και ιατρούς του τμήματος, την προϊσταμένη, τις μαιές, τους νοσηλευτές, τις νοσηλεύτριες και τις διοικητικές υπαλλήλους για την συμπαράσταση σε όλη τη διάρκεια της παραμονής μου στο τμήμα.

Θα ήθελα κλείνοντας να ευχαριστήσω τη μητέρα μου Ελένη, για όλη την βοήθεια παρά τις αντιξοότητες, την αδερφή μου Μαρίνα για την πίστη στον στόχο μου και την ενθάρρυνση, τον σύζυγό μου Σπύρο για την κατανόηση όλα αυτά τα χρόνια και την ξαδέλφη μου Μαριλένα για τη θετική της ενέργεια! Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ στη φίλη μου Περσεφόνη που μου φώτισε τον δρόμο για την εκπόνηση της διατριβής και την κουμπάρα μου Μαρία γιατί μοιραζόμαστε την ίδια πορεία στην Ψυχο-ογκολογία. Να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους μου στο γραφείο και ιδιαίτερα την Μαρία και την Νταϊάνα, για τις ατελείωτες ώρες ενεργητικής ακρόασης, καθώς και τον Δρ. Ιωάννη Δόβελο για την ουσιαστική εμπύκωση! Άφησα για το τέλος το πιο μεγάλο, το πιο σημαντικό ευχαριστώ στην κόρη μου Αριάδνη γιατί αποτελεί την

κινητήριό μου δύναμη («μονάχα το χαμόγελό σου, ένας ρόδιος κρίκος να πιασώ» - Ο. Ελύτης)...

NK

“We had the experience but missed the meaning. And approach to the meaning restores the experience in a different form.” T.S. Eliot

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διδακτορική διατριβή χωρίζεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό μέρος. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει δύο κεφάλαια, πρώτα το κεφάλαιο της εισαγωγής και στη συνέχεια τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Στο κεφάλαιο της εισαγωγής παρέχονται οι ιατρικές πληροφορίες για τον καρκίνο του μαστού, περιγράφονται οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο του μαστού και αναλύονται οι έννοιες της μετατραυματικής ανάπτυξης, της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και των παραγόντων που φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνισή τους, όπως οι στρατηγικές αντιμετώπισης, οι γνωστικές διεργασίες (η εκούσια και ακούσια γνωστική επεξεργασία), το κοινωνικό πλαίσιο και συγκεκριμένα οι κοινωνικοί περιορισμοί, και προσωπικά στοιχεία όπως η ελπίδα και η αισιοδοξία. Οι προαναφερθείσες έννοιες αναλύονται με βάση το μοντέλο της Andersen (1994) και του κοινωνικό- γνωστικού μοντέλου του Lepore (2001) για την προσαρμογή στον καρκίνο, τη γνωστική θεωρία για τη διαχείριση του στρες του Lazarus (1979), του υπαρξιακού μοντέλου των Tedeschi & Calhoun (1996) για τη μετατραυματική ανάπτυξη και του μοντέλου για το στυλ απόδοσης των γεγονότων του Abramson (1978). Στο επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται η διαδικασία και τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, ενώ πραγματοποιείται μια μεθοδολογική αξιολόγηση των μελετών που παρουσιάστηκαν. Τέλος, διατυπώνονται οι σκοποί και οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης.

Το δεύτερο, ειδικό μέρος της διατριβής περιλαμβάνει την έρευνα και αποτελείται από τρία κεφάλαια. Το κεφάλαιο 3, περιλαμβάνει τη Μεθοδολογία και παρουσιάζει τον σχεδιασμό της έρευνας, τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τον εντοπισμό του δείγματος και τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων, τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων και οι ψυχομετρικές ιδιότητες αυτών, καθώς και οι στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων. Στο κεφάλαιο 4, αναγράφονται τα ευρήματα των στατιστικών αναλύσεων των δεδομένων. Τέλος, στο κεφάλαιο 5, τη συζήτηση, αποτυπώνεται η συνολική ερμηνεία

των ευρημάτων της μελέτης, οι μεθοδολογικοί περιορισμοί και τα προτερήματα της παρούσας έρευνας, τα τελικά συμπεράσματα και οι προτάσεις που εκπορεύονται για τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων από ειδικούς με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

1. 1. Ιατρικό Υπόβαθρο

1.1.1. Πρόλογος

Τα σύγχρονα στατιστικά στοιχεία δείχνουν πως ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες (American Cancer Society, 2002). Στην Αμερική υπολογίζεται ότι μία στις οκτώ γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της (Keitel & Korala, 2000). Οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται ένα εκατομμύριο νέες περιπτώσεις (McPherson, Steel & Dixon, 2000), ενώ στην Ελλάδα, κάθε χρόνο εντοπίζονται περίπου 4.500 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού (Σκάρλος, 2008).

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται η προαναφερθείσα αύξηση του ποσοστού εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, κυρίως λόγω της προόδου των απεικονιστικών διαγνωστικών εξετάσεων, της ενημέρωσης των γυναικών για τη σημασία του τακτικού ιατρικού ελέγχου και της δυνατότητας πρόσβασής τους στο σύστημα υγείας. Ταυτόχρονα, ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να συνδέεται άρρηκτα με την απειλή για τη ζωή της γυναίκας, καθώς θεωρείται ως μια αιτία πρόωρης θνησιμότητας (Baum & Andersen, 2001). Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Jemal, Siegel, Ward, Hao, Xu, Murray & Thun, 2008), ενώ και στην Ευρώπη, οι έρευνες δείχνουν ότι το 17.5% των θανάτων από καρκίνο οφείλονται σε καρκίνο του μαστού (Ferlay, Autier, Boniol, Heanue, Colombet & Boyle, 2007).

Παρ' όλη την απειλητική φύση της ασθένειας, η εξέλιξη των θεραπευτικών επιλογών και η δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης έχουν οδηγήσει σε μία ταυτόχρονη αύξηση του αριθμού των γυναικών που αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά την ασθένεια και θεωρούνται ελεύθερες

νόσου. Για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού το 70-90% των ασθενών θα επιβιώσουν για τουλάχιστον πέντε χρόνια (American Cancer Society, 2002). Πιο αναλυτικά, στην Αμερική φαίνεται να ζουν πάνω από 2.000.000 γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ενώ οι γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης από κάθε άλλη μορφή καρκίνου (Vivar & Mc Queen, 2005). Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια που αφορά εκατομμύρια ανθρώπων και συνεπώς αξίζει να μελετηθεί ο αντίκτυπος της ασθένειας αυτής στη ζωή των ασθενών και των οικείων τους, καθώς και να σχεδιαστεί ένας κατάλληλος τρόπος στήριξης των ανθρώπων αυτών.

Προτού όμως αναφερθούμε στο ψυχολογικό υπόβαθρο του καρκίνου του μαστού, θα εστιάσουμε στην περιγραφή της ίδιας της ασθένειας. Στο Κεφάλαιο αυτό καταγράφονται οι βασικές πληροφορίες για τη φύση του καρκίνου του μαστού, με στόχο την κατανόηση της σοβαρότητας της ασθένειας και των θεραπειών που εφαρμόζονται για την αντιμετώπισή της και κατ' επέκταση την αντίληψη των επιπτώσεων της ασθένειας στον ψυχισμό της γυναίκας. Στις παρακάτω σελίδες αναφέρεται ο ορισμός του καρκίνου του μαστού, οι παράγοντες προδιάθεσης για την ασθένεια, τα συμπτώματα, τα στάδια και το θεραπευτικό πρωτόκολλο της ασθένειας.

1.1.2. Ορισμός του καρκίνου του μαστού

Αρχικά να αναφέρουμε ότι οι μαστοί βρίσκονται στο θωρακικό τοίχωμα, αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της ήβης, όταν δηλαδή ξεκινούν να παράγονται οιστρογόνα και προγεστερόνη από τις ωοθήκες, ενώ αποτελούνται από λόβια, λοβίδια, πόρους, λίπος, λεμφαγγεία και λεμφαδένες. Οι μαστοί είναι όργανα που χρησιμεύουν για την παραγωγή γάλακτος και περιλαμβάνουν αδενικό, λιπώδη και μυϊκό ιστό, καθώς και αδενικά, λιπώδη και μυϊκά κύτταρα (Σκάρλος, 2008).

Στους μαστούς μπορεί να αναπτυχθούν καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι. Οι κακοήθεις όγκοι είναι καρκινικοί. Ο καρκίνος του μαστού

αναπτύσσεται στα αδενικά κύτταρα των πόρων και των λοβιδίων- στην περίπτωση αυτή ονομάζεται αδenoκαρκίνωμα- ενώ σπάνια αναπτύσσεται στον λιπώδη ή μυϊκό ιστό- στην περίπτωση αυτή ονομάζεται σάρκωμα (Σκάρλος, 2008).

Ο καρκίνος του μαστού φαίνεται να αναπτύσσεται προοδευτικά, να διηθεί τα παρακείμενα όργανα ή τους ιστούς (για παράδειγμα, δέρμα, λεμφαδένες, μύες) και σε βάθος χρόνου μπορεί να επεκταθεί και σε απομακρυσμένα όργανα, όπως ήπαρ, πνεύμονες, οστά, εγκέφαλος (Ιωαννίδου- Μουζάκα, Μανδρέκας & Μπαρμπούνης, 2007; Σκάρλος, 2008).

1.1.3. Παράγοντες προδιάθεσης για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού

Ως προς τους παράγοντες προδιάθεσης, οι έρευνες δείχνουν ότι η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό αποτελούν τους πλέον σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της ασθένειας. Αναλυτικότερα, όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Πιο συγκεκριμένα, μια γυναίκα στις 4.000 διαγιγνώσκεται στην ηλικία των 30, ενώ αντίστοιχα στην ηλικία των 70, η αναλογία είναι μία γυναίκα στις 200 (Ries, Kosary, Hankey, Miller & Edwards, 1999). Σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, η ύπαρξή του διπλασιάζει τις πιθανότητες σε μια γυναίκα συγγενή πρώτου βαθμού με ασθενή, να εμφανίσει καρκίνο του μαστού (Hulka & Stark, 1995).

Παράλληλα, ως στατιστικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού θεωρούνται η υπερκατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή, η προϋπάρχουσα καλοήθης πάθηση στο μαστό και η παρατεταμένη έκθεση σε οιστρογόνα, όπως για παράδειγμα, η μακροχρόνια χορήγηση οιστρογόνων στο πλαίσιο ορμονικής αποκατάστασης, η απουσία εγκυμοσύνης ή πρώτη εγκυμοσύνη μετά την ηλικία των 35, η πρόωμη έναρξη εμμηνου ρύσεως ή/και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση (Cuzick, 2003; Russo & Russo, 1995).

Επίσης, να σημειώσουμε ότι πλέον έχουν εντοπιστεί μεταλλάξεις σε δύο γονίδια – BRCA1 & BRCA 2- που φαίνεται ότι συνδέονται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε νεαρή ηλικία (Claus, Risch & Thompson, 1991). Τέλος, να αναφέρουμε ότι το ιστορικό εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό ή και η προηγηθείσα ακτινοβολία στον θώρακα σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού (Μαρκόπουλος, 2008).

1.1.4. Συμπτώματα καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού κατά τα αρχικά στάδια δεν προκαλεί εμφανή συμπτώματα. Μόνο κατά την εξέλιξη της νόσου εμφανίζεται ψηλαφητό μόρφωμα στον μαστό, διόγκωση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, αλλαγή στο χρώμα του δέρματος ή της θηλής, καθήλωση του δέρματος, εισολκή θηλής, θερμότητα και ερυθρότητα στον μαστό ή/και έκκριμα από τη θηλή (Σκάρλος, 2008).

Ο καρκίνος του μαστού δεν προλαμβάνεται πρωτογενώς με τα μέχρι τώρα ιατρικά δεδομένα, καθώς δεν είναι γνωστοί οι μηχανισμοί που ενοχοποιούνται για τη δημιουργία του. Μπορεί όμως να θεραπευτεί αποτελεσματικά εάν γίνει έγκαιρα η διάγνωσή του. Η δευτερογενής λοιπόν πρόληψή του, συναποτελείται από τη μηνιαία αυτοεξέταση, τον κλινικό ιατρικό έλεγχο και τις απεικονιστικές εξετάσεις. Οι παραπάνω τρόποι εξασφαλίζουν τον εντοπισμό του όγκου, ενώ απαιτείται βιοψία (κυτταρολογική, ιστολογική, στερεοτακτική ή ανοικτή χειρουργική) για την ταυτοποίηση του όγκου (Λινός, 2008)

1.1.5. Σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού διακρίνεται σε στάδια, ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, την προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων και την παρουσία μεταστάσεων. Θεωρείται εξαιρετικά σημαντική η συγκεκριμενοποίηση του σταδίου σε κάθε περίπτωση για να αποφασιστεί το κατάλληλο θεραπευτικό πρωτόκολλο. Τα στάδια του

καρκίνου του μαστού είναι τα εξής (Ιωαννίδου- Μουζάκα και συνεργάτες, 2007):

1. Στάδιο 0= In situ (προ-κακοήθη) λοβώδη καρκινώματα ή καρκινώματα πόρων
2. Στάδιο I= περιλαμβάνει όγκους μικρότερους των 2 εκατοστών, χωρίς μεταστάσεις
3. Στάδιο IIA= περιλαμβάνει είτε μόνο μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, είτε όγκους 2-5 εκατοστών χωρίς μεταστάσεις
4. Στάδιο IIB= περιλαμβάνει όγκους 2-5 εκατοστών με μεταστάσεις ή όγκους μεγαλύτερους των 5 εκατοστών χωρίς μεταστάσεις
5. Στάδιο IIIA= περιλαμβάνει όγκους μεγαλύτερους των 5 εκατοστών με μεταστάσεις στους σύστοιχους λεμφαδένες
6. Στάδιο IIIB= περιλαμβάνει οποιαδήποτε από τις προηγούμενες κατηγορίες όγκων με προσβεβλημένους θωρακικούς λεμφαδένες
7. Στάδιο IV= περιλαμβάνει οποιαδήποτε κατηγορία μεγέθους όγκου, με μεταστάσεις στους λεμφαδένες, αλλά και με απομακρυσμένες μεταστάσεις

1.1.6. Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει ως πρώτιστο στόχο την απομάκρυνση της ορατής νόσου. Συνεπώς, το πρώτο συνήθως βήμα είναι η χειρουργική παρέμβαση. Ανάλογα με τα στοιχεία της ασθένειας, θα αποφασιστεί ποιο είδος χειρουργικής επέμβασης ή/ και συμπληρωματικής θεραπείας θα ακολουθηθεί. Συνοπτικά αναφέρουμε τα είδη χειρουργικών επεμβάσεων που εφαρμόζονται στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Σακοράφος & Σαφιολέα, 2009):

- Ευρεία Ογκεκτομή με ή χωρίς καθαρισμό μασχάλης= αφαίρεση του ογκιδίου με τον περιβάλλοντα μαζικό ιστό, με ή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό

- Τμηματεκτεκτομή= αφαίρεση του τεταρτημορίου που φέρει την κακοήθεια, με ή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό
- Αφαίρεση φρουρού λεμφαδένα= αφαίρεση του πρώτου λεμφαδένα στον οποίο παροχετεύεται η λέμφος από τον όγκο
- Απλή μαστεκτομή= αφαίρεση όλου του μαστού
- Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή= αφαίρεση όλου του μαστού και του περιεχομένου της μασχάλης
- Μαστεκτομή με αποκατάσταση μαστού= μαστεκτομή και ανάπλαση του αφαιρεθέντος μαστού

Επίσης, συμπληρωματικά του χειρουργείου προσφέρονται οι εξής θεραπευτικές μέθοδοι (Ιωαννίδου- Μουζάκα και συν., 2007):

1. Χημειοθεραπεία= ενδοφλέβια χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά κύκλους
2. Ακτινοθεραπεία= εφαρμογή ιοντίζουσας ακτινοβολίας
3. Ορμονοθεραπεία= πενταετής χορήγηση πόσιμου δισκίου αντιοιστρογόνου ή αναστολέων της αρωματάσης

1.1.7. Σύνοψη

Συνοψίζοντας, το πρώτο κεφάλαιο αποτέλεσε μια προσπάθεια συνοπτικής περιγραφής της φύσης του καρκίνου του μαστού, των στατιστικών στοιχείων εμφάνισής του και των θεραπειών που εφαρμόζονται για την αντιμετώπισή του, με στόχο την ανάδειξη της σοβαρότητας της ασθένειας και της παρεμβατικότητας των θεραπειών, στοιχεία που επιδρούν άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά στον ψυχισμό και την ποιότητα ζωής των γυναικών, όπως θα διαφανεί στο επόμενο κεφάλαιο.

1.2. Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις του Καρκίνου του Μαστού

1.2.1. Πρόλογος

Όπως αναφέρθηκε, ο καρκίνος του μαστού αγγίζει πολλές γυναίκες παγκοσμίως, εμπλέκοντάς τις σε μια δύνη θεραπειών και αλλαγών. Παρ' όλο που στις μέρες μας είναι διαδεδομένο ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αντιμετωπιστεί οριστικά, ο φόβος και ο μύθος που επικρατεί γύρω από την ασθένεια επιβαρύνει ψυχολογικά τις ασθενείς, αυξάνοντας τις επιπτώσεις της ασθένειας στη ζωή τους (Vivar & Mc Queen, 2005). Τη μελέτη αυτών των επιπτώσεων έχει αναλάβει ο τομέας της Ψυχο-ογκολογίας, με τις σύγχρονες έρευνες να καταγράφουν τις θετικές και αρνητικές ψυχολογικές αλλαγές που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια και μετά την ασθένεια. Ταυτόχρονα, οι ειδικοί ψυχικής υγείας σχεδιάζουν οργανωμένες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης, καθώς φαίνεται ότι η παροχή τους αποτελεί προγνωστικό δείκτη της αποτελεσματικής ψυχολογικής, βιολογικής και κοινωνικής προσαρμογής στη μετέπειτα ζωή της γυναίκας που ξεπερνάει τον καρκίνο του μαστού (Carver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss & Derhagopian, 2005).

Λαμβάνοντας ως δεδομένα τα προαναφερθέντα στοιχεία, στο παρόν κεφάλαιο καταγράφονται οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στις ασθενείς, όπως αναδεικνύονται από τις σύγχρονες έρευνες στον τομέα της Ψυχο- Ογκολογίας. Ο στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να σχηματιστεί μια σαφής εικόνα για τη γενική ψυχική κατάσταση των ασθενών και των επιζώντων του καρκίνου του μαστού, προτού εστιάσουμε στις ειδικές έννοιες (μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη) που αποτελούν το αντικείμενο μελέτης της παρούσας διατριβής. Στις παρακάτω σελίδες αναφέρονται περιληπτικά τα ερευνητικά δεδομένα που παρουσιάζουν τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών σε όλα τα στάδια της ασθένειας, δηλαδή κατά τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποθεραπεία.

1.2.2. Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια τάση των ερευνητών στο χώρο της ψυχικής υγείας προς τη μελέτη των ψυχολογικών παραμέτρων που συνδέονται με τον καρκίνο του μαστού, τόσο σε επίπεδο χαρακτηριστικών των γυναικών που εμφανίζουν την ασθένεια, όσο και σε επίπεδο των επιπτώσεων που ακολουθούν την εμπειρία της ασθένειας και της θεραπείας αυτής.

Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα των Fafouti et al. (2010) σύγκρινε γυναίκες με καρκίνο του μαστού με υγιείς γυναίκες και εντοπίστηκε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας. Αντίστοιχα, η έρευνα των Iconomou et al. (2004) υπέδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού βίωναν έντονο άγχος και κατάθλιψη που επηρέαζε την ποιότητα της ζωής τους. Ανάλογα συμπεράσματα αναφέρονται και στην έρευνα των Karademas et al. (2007), καθότι φάνηκε ότι οι γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τις υγιείς γυναίκες του δείγματος. Από την άλλη πλευρά, χαμηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας κατέγραψαν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην έρευνα των Mystakidou et al. (2008), όπου φάνηκε ότι οι συμμετέχουσες εμφάνιζαν κάποιας μορφής προσωπική ανάπτυξη μετά την ασθένειά τους.

Η μετα- ανάλυση των Μουσσά και συνεργατών (2012), υπέδειξε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν κατάθλιψη, άγχος, διαταραγμένη ερωτική ζωή και διαπροσωπικές σχέσεις, αίσθημα αναξιοσύνης και ντροπής, αυτομομφή, αίσθημα αυξημένης ευαλωτότητας, επιβαρυνμένη ποιότητα ζωής και διαταραγμένη εικόνα εαυτού. Η δυσαρέσκεια μάλιστα από την εικόνα του εαυτού φαίνεται να σχετίζεται με το είδος της χειρουργικής επέμβασης που έχει εφαρμοστεί στην ασθενή (Anagnostopoulos & Myrghianni, 2009). Αναμφίβολα λοιπόν, η ψυχική υγεία των γυναικών επηρεάζεται από τη διάγνωση και

τη θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού. Παρόλο αυτά, η έρευνα των Anagnostopoulos et al. (2004) έδειξε ότι η επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην ζωή και την ψυχική υγεία των γυναικών μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου.

1.2.3. Η περίοδος της διάγνωσης

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα τυχαίο και αρνητικό γεγονός χωρίς σαφή αιτιολόγηση που δύναται να εμφανιστεί σε όλες τις ομάδες γυναικών. Η πλειοψηφία των γυναικών που ανακαλύπτουν ένα ύποπτο ογκίδιο ή μια σκιά στη μαστογραφία τους που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση, βιώνει αυξημένα επίπεδα στρες και άγχους (Tomich & Helgeson, 2002). Παρόλη τη διαβεβαίωση ότι η πιθανότητα κακοήθειας είναι μόλις 20%, το άγχος διατηρείται υψηλό μέχρι τη λήψη των αποτελεσμάτων (Keitel & Korala, 2002). Η διάγνωση με καρκίνο του μαστού αναμένεται να διατηρήσει και να εντείνει το αίσθημα άγχους (Devlen, Maguire, Phillips & Crowther, 1987; Stanton & Snider, 1993), αλλά και το σοκ καθώς η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με την απουσία ελέγχου των τυχαίων, άδικων και αρνητικών γεγονότων που μπορεί να φέρει η ζωή.

Από τη στιγμή της διάγνωσης η γυναίκα, προσπαθώντας να καταλάβει τι συμβαίνει στην ίδια και την υγεία της, βομβαρδίζεται από δυσνόητους ιατρικούς όρους, και μπαίνει σε μια διαδικασία πολλαπλών εξετάσεων, κάποιες φορές αρκετά παρεμβατικών, όπως στην περίπτωση ενός διερευνητικού χειρουργείου. Το συχνό δε φαινόμενο της αναμονής, τόσο για τη διεκπεραίωση των εξετάσεων όσο και για τη λήψη των αποτελεσμάτων αυτών, κλιμακώνει τα συναισθήματα φόβου και ανασφάλειας σχετικά με το πόσο προχωρημένος είναι ο καρκίνος, αν έχει κάνει μεταστάσεις και αν τελικά θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της (Φινοκαλιώτη & Κουτρούλη, 2007). Η φάση της διάγνωσης ολοκληρώνεται με τη λήψη των αποτελεσμάτων των αρχικών εξετάσεων, τα οποία θα δώσουν μια πρώτη εικόνα για την έκταση του προβλήματος. Η γυναίκα ενημερώνεται πλέον για τα πιθανά θεραπευτικά πρωτόκολλα

και καλείται να συμβιβαστεί με τη νέα κατάσταση. Σε αυτή την περίοδο κρίσης, η γυναίκα πρέπει να συνεχίσει κανονικά την υπόλοιπη ζωή της και να ανταποκριθεί απερίσπαστη σε όλους τους ρόλους της- σύντροφος, επαγγελματίας, μητέρα, νοικοκυρά, φίλη (Keitel & Korala, 2002). Αξίζει να σημειωθεί ότι για πολλές γυναίκες η περίοδος αυτή είναι και η πιο στρεσογόνος, καθώς μόλις καταλήξουν σε ένα πλάνο αντιμετώπισης και ενημερωθούν για την πιθανή πρόγνωση τους, φαίνεται να ηρεμούν.

Αν λοιπόν λάβει κανείς υπόψη όλες αυτές τις προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσει η γυναίκα στη φάση της διάγνωσης, τότε μπορεί να συμπεράνει ότι σε συναισθηματικό επίπεδο, είναι εύλογο να κυριεύεται από σύγχυση και ανασφάλεια. Σύγχυση από τα εναλλασσόμενα συναισθήματα της, και ανασφάλεια όχι μόνο για το τι επιφυλάσσει το μέλλον αλλά και για το παρόν το οποίο μοιάζει ασταθές. Αισθάνεται προδοσία από το σώμα της, φόβο (κυρίως για το μέλλον και το θάνατο), θυμό και αδικία («γιατί να μου συμβαίνει εμένα αυτό;»), θλίψη κι αγανάκτηση (Keitel & Korala, 2002). Το αρχικό σοκ της διάγνωσης σε συνδυασμό με τα παραπάνω συναισθήματα επηρεάζουν και σε βιολογικό επίπεδο τη γυναίκα, καθώς παρατηρούνται ψυχοκινητική επιβράδυνση, αλλαγές στην όρεξη, τον ύπνο και στα αποθέματα ενέργειας (Fawzy, 1999), μυϊκή ένταση, τρέμουλο, ανησυχία, συχνή ενούρηση, δυσφορία στην κοιλιακή χώρα και δυσκολία συγκέντρωσης (Andersen & Doyle-Mirzadeh, 1993).

Όλα τα ερευνητικά αυτά δεδομένα, υποστηρίζουν την πρόταση των Weisman και Worden (1976) ότι η διάγνωση καρκίνου οδηγεί σε μια συναισθηματική και υπαρξιακή κρίση τη γυναίκα, η οποία χρειάζεται κατά μέσο όρο 100 ημέρες ώστε να μπορέσει να αντιληφθεί και να αποδεχθεί τον εαυτό της ως ασθενή. Δεδομένης λοιπόν της κατάστασης με την οποία έρχεται η γυναίκα αντιμετώπιη κατά τη φάση της διάγνωσης, είναι εύλογο τα επίπεδα άγχους της να αυξηθούν κατά πολύ, ενώ συχνά συνοδεύονται και από μια σειρά άλλων πιθανών συμπτωμάτων. Τα πιο συνήθη είναι κατάθλιψη (Andersen & Doyle-Mirzadeh, 1993), ένταση, θυμός, κούραση και σύγχυση (Stanton &

Snider, 1993), καθώς και εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Kangas, Henry & Bryant, 2002).

Μέσα σε αυτό το συναισθηματικό κλίμα και για να αντεπεξέλθει στις προκλήσεις της ασθένειας, η γυναίκα επιστρατεύει διάφορους μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι είναι αναμενόμενοι κι αποδεκτοί, εφόσον συνεισφέρουν στην ψυχολογική προσαρμογή της και δεν επιβαρύνουν την υγεία της (Straker, 1998). Πιο συχνά, οι μηχανισμοί αυτοί εμφανίζονται στην αρχική φάση της διάγνωσης όπου το σοκ από τα νέα της διάγνωσης είναι ακόμα πολύ έντονο, και μπορεί να εναλλάσσονται μεταξύ τους. Παραδείγματα τέτοιων μηχανισμών είναι η άρνηση της κατάστασης («αυτό δε μπορεί να συμβαίνει σε μένα»), η εκλογίκευση («αφού είμαι τακτική στις εξετάσεις μου και δεν έχω οικογενειακό ιστορικό, αποκλείεται το ογκίδιο να είναι κακόηθες»), η αποπροσωποποίηση (για παράδειγμα, αισθάνονται σαν να παρακολουθούν από απόσταση τον εαυτό τους να κάνει τις εξετάσεις ή να μιλάει με τον ιατρό) και η αμφισβήτηση των ιατρών και των αποτελεσμάτων των εξετάσεων. Οι αντιδράσεις αυτές γίνονται ανησυχητικές όταν αποτελούν εμπόδιο στην περαιτέρω διερεύνηση ενός ύποπτου συμπτώματος ή στη θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Από τον τρόπο που θα βιώσει και θα αντιληφθεί η γυναίκα τα καινούρια αυτά δεδομένα, θα εξαρτηθεί και η μετέπειτα ψυχολογική της προσαρμογή και κατά συνέπεια η ένταση και η ποικιλία των ψυχολογικών συμπτωμάτων που θα εμφανίσει. Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν συγκεκριμένοι δημογραφικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την αντίδραση της γυναίκας στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, γυναίκες ηλικίας κάτω των 55 ετών (Cimprich, 1999), γυναίκες που έχουν μικρά παιδιά ή είναι διαζευγμένες (Penman, Bloom, Fotopolis, Cook, Murowski, Gates, Holland, Ross, & Flamer, 1986-1987) και αδέσμευτες γυναίκες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σύναψη νέων ερωτικών σχέσεων (Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky & Petersen, 1996; Fobair, Stewart, D'Onofrio & Bloom, 2006) έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης ψυχολογικών

δυσκολιών. Σε επίπεδο προσωπικότητας, γυναίκες οι οποίες κατηγορούν τον εαυτό τους για τον καρκίνο (Glinder & Compas, 1999), ή χαρακτηρίζονται από απαισιόδοξη σκέψη, συναίσθημα αβοηθητότητας και μοιρολατρία (Watson, Greer, Rowden, Gorman, Roberston, Bliss & Tunmore, 1991), ή χρησιμοποιούν αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, Robinson, Ketcham, Moffat & Clark, 1993), ή έχουν ιστορικό ψυχιατρικών προβλημάτων ή παρουσιάζουν συννοσηρότητα χρόνιων ιατρικών προβλημάτων και δεν αναζητούν ή θεωρούν ότι δε λαμβάνουν επαρκή στήριξη (Andersen, 1994), είναι πιο πιθανό να βιώσουν περισσότερες συναισθηματικές δυσκολίες (κατάθλιψη, άγχος, μετατραυματική διαταραχή του στρες) και συναισθηματική δυσφορία, τόσο κατά την φάση της διάγνωσης όσο και για το υπόλοιπο διάστημα μετά από αυτή. Επίσης, πληθώρα ερευνών έχουν δείξει ότι γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο μαστού οι οποίες δεν έχουν προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν σοβαρά ψυχιατρικά συμπτώματα με την εμφάνιση του καρκίνου, σε σύγκριση με γυναίκες με διάγνωση πρώιμου καρκίνου του μαστού (Moyer & Salovey, 1996).

1.2.3. Η περίοδος της θεραπείας

Τη φάση της διάγνωσης διαδέχεται η εφαρμογή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου, στο οποίο συνήθως έχει καταλήξει το ογκολογικό συμβούλιο. Η γυναίκα κυριεύεται από άγχος που πηγάζει, ως επί το πλείστον, από την ανησυχία για την εξέλιξη του χειρουργείου, τις παρενέργειες που ακολουθούν τις συμπληρωματικές θεραπείες (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία) ή την αισθητική αποκατάσταση. Ταυτόχρονα, νιώθει θλίψη, προερχόμενη από τη συνειδητοποίηση της απώλειας της υγείας αλλά κι ενός μέρους του σώματος της, συμβόλου σεξουαλικότητας, θηλυκότητας και μητρότητας (Φινοκαλιώτη & Κουτρούλη, 2007). Αν και παλαιότερες έρευνες κατεδείκνυαν ότι ο τύπος επέμβασης (ριζική ή συντηρητική επέμβαση) δε φαίνεται να επηρεάζει διαφορετικά την ψυχολογική προσαρμογή της

γυναίκας, πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι γυναίκες που υποβάλλονται σε συντηρητική επέμβαση έχουν λιγότερες δυσκολίες όσον αφορά στην ψυχολογική τους προσαρμογή, την ερωτική τους ζωή, τη συζυγική σχέση, την κοινωνική προσαρμογή, την αυτοεικόνα και τους φόβους που σχετίζονται με τον καρκίνο (Moyer, 1997). Επίσης, όπως και στην περίοδο της διάγνωσης, αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που είναι πιο απαισιόδοξες πριν το χειρουργείο, βιώνουν εντονότερο δυσφορικό συναίσθημα πριν, κατά τη διάρκεια και για καιρό μετά από αυτό, ενώ γυναίκες που εξαρχής αποδέχονται την καινούρια κατάσταση της υγείας τους εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα δυσφορίας (Carver et al., 1993). Οι κυριότερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει η γυναίκα κατά τη φάση του χειρουργείου είναι το προεγχειρητικό άγχος, ο μετεγχειρητικός πόνος, η αλλοιωμένη εικόνα σώματος, η πιθανότητα λεμφοιδήματος και η επιβαρημένη μετεγχειρητική σωματική και ψυχική κατάσταση (Φινοκαλιώτη & Κουτρούλη, 2007).

Μετεγχειρητικά, μεσολαβεί συνήθως πολύ μικρό χρονικό διάστημα πριν την έναρξη των συμπληρωματικών θεραπειών- περίπου ένας μήνας. Σε αυτό το διάστημα καλείται να ανακτήσει τις δυνάμεις της, να βρει καινούριες ισορροπίες στην καθημερινότητα της που επηρεάζεται από τη μετεγχειρητική σωματική της κατάσταση, να μάθει να ζει με το αλλαγμένο της σώμα και να προετοιμαστεί ψυχικά για τις παρενέργειες των επακόλουθων θεραπειών. Ωστόσο, οι γυναίκες που δεν ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για ψυχιατρική νοσηρότητα στην περίοδο της διάγνωσης (δηλαδή γυναίκες χωρίς: ιστορικό κατάθλιψης, πολλαπλούς στρεσογόνους παράγοντες πριν τη διάγνωση, μειωμένες δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων ή μακροχρόνια προβλήματα στην σχέση τους), ένα χρόνο μετά το χειρουργείο, ανησυχούν λιγότερο για ζητήματα εμφάνισης και επιδεικνύουν μειωμένο θυμό και άγχος για τις ιατρικές διαδικασίες (Schag, Ganz, Polinsky, Fred, Hirji & Petersen, 1993). Σε επίπεδο ψυχιατρικών διαταραχών έχει φανεί ότι στη φάση των θεραπειών οι γυναίκες, ανεξαρτήτως αν έχουν υποβληθεί σε μετεγχειρητική

χημειοθεραπεία, είναι πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη, άγχος, μετατραυματικό στρες, γνωστικές διαταραχές και διαταραχές ύπνου (Miller, Jones, & Carney, 2005). Όταν όμως το χειρουργείο συνδυάζεται με χημειοθεραπεία, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με διαταραχές προσαρμογής (Miller et al., 2005). Τόσο το σώμα όμως, όσο και ο ψυχισμός, επιβαρύνονται από τις θεραπείες που ακολουθούν. Πολύ συχνά οι γυναίκες αισθάνονται ότι νοσούν κατά τη διάρκεια των συμπληρωματικών θεραπειών, καθώς είναι πιθανό να βιώσουν παρενέργειες, οι οποίες εξασθενούν τον οργανισμό και επηρεάζουν την εξωτερική εμφάνιση, που δείχνει ασθενική. Έχουν να αντιμετωπίσουν την αλωπεκία, την αύξηση του σωματικού βάρους, την κούραση, τις συνεχείς ναυτίες (συχνά δε προκαλούνται μόνο στο άκουσμα ή στην όψη του νοσοκομείου ή του ιατρού και αποτελούν ενδείξεις μετατραυματικής διαταραχής) και μια σειρά από άλλες, λιγότερο ή περισσότερο συχνές, παρενέργειες. Αυτές είναι πιθανό να επιβαρύνουν τόσο την ασθενή, ώστε να αποτελέσουν και λόγο διακοπής της θεραπείας (Φινοκαλιώτη & Κουτρούλη, 2007).

Ανάμεσα σε όλες αυτές τις σωματικές και ψυχικές αλλαγές που πηγάζουν από τις θεραπευτικές διαδικασίες, τροποποιούνται και οι ισορροπίες στις σχέσεις της γυναίκας, καθώς πλέον αλλάζουν οι ερωτικές και φιλικές σχέσεις, οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια (ανακατανομή αρμοδιοτήτων λόγω των μειωμένων δυνατοτήτων της γυναίκας), αλλά και στη δουλειά (ευέλικτο ωράριο, μειωμένες απαιτήσεις) (Andersen, 1994). Μέσα σε όλες αυτές τις αλλαγές, η γυναίκα πασχίζει να βρει και να κρατήσει κάτι που να της θυμίζει την παλιά της καθημερινότητα και να αντέξει μέχρι την ολοκλήρωση των θεραπειών και την πολυπόθητη αποθεραπεία της.

1.2.4. Η περίοδος της αποθεραπείας

Μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού πρωτοκόλλου ακολουθεί η φάση της αποθεραπείας. Η γυναίκα απομακρύνεται από την εντατική ιατρική φροντίδα και επανέρχεται στο νοσοκομείο μόνο για τους επαναληπτικούς ελέγχους. Σε αυτή τη φάση θεωρείται ελεύθερη νόσου.

Πέντε χρόνια μετά το πέρας των θεραπειών χαρακτηρίζεται «survivor» («επιζήσασα») και βγαίνει από την ομάδα υψηλού κινδύνου.

Η επιβίωση από την ασθένεια αυτή είναι μια διαδικασία και όχι απλώς ένα διακριτό σημείο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Carter, 1993). Είναι μια διαρκής και δυναμική πορεία (Pelusi, 1997) κατά την οποία η γυναίκα καλείται να παλέψει με μια χρόνια και πιθανόν απειλητική για τη ζωή της ασθένεια, να αναπτύξει μια νέα ταυτότητα και να αντιμετωπίσει τον αντίκτυπο που άφησε στη ζωή της η ασθένεια και οι θεραπείες αυτής. Αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι η μεγαλύτερη κρίση ξεκινά μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών (Schnipper, 2003), όταν η γυναίκα καλείται να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα και να δημιουργήσει μια νέα αίσθηση του τι είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο στη ζωή της (Turner, 2003). Τα ερευνητικά ευρήματα υποστηρίζουν αυτή τη θεώρηση, καταγράφοντας ψυχικές διαταραχές και περιορισμό στην ποιότητα ζωής των πρώην ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται ως μία δυναμική έννοια, υπόλογη στις εμπειρίες του ατόμου και στα βιώματα αυτά που είναι ικανά να μεταβάλλουν τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές (Lee, 1997). Η ποιότητα ζωής σχετικά με θέματα υγείας αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τη σωματική, λειτουργική, ψυχολογική, συναισθηματική και κοινωνική ευημερία του ατόμου σε σχέση με την υγεία (Cella & Tulsky, 1993).

Οι σχετικές έρευνες δείχνουν ότι η ποιότητα ζωής των γυναικών που ξεπέρασαν τον καρκίνο του μαστού δεν πλήττεται μόνιμα και ολοκληρωτικά από την εμπειρία της ασθένειας, με εξαίρεση ζητήματα όπως η κινητικότητα του χεριού και η σεξουαλική ζωή, ανάλογα με την ηλικία και την προσωπικότητα της γυναίκας (Mols, Vinger-hoets, Coeberg, & van de Poll-Franse, 2005; Pearman, 2003). Οι έρευνες τονίζουν ότι η ποιότητα ζωής των γυναικών στο στάδιο της αποθεραπείας μειώνεται όταν συνυπάρχουν κάποιοι από τους παρακάτω παράγοντες: νεαρή ηλικία, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, περιορισμένη κοινωνική

στήριξη, χαμηλή θρησκευτική πίστη, προηγηθείσα εφαρμογή συνδυαστικών θεραπειών και παράταση του χρόνου θεραπείας (Pearman, 2003). Ταυτόχρονα, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται περισσότερο από την προηγηθείσα συμπληρωματική θεραπεία παρά από το είδος του χειρουργείου (μαστεκτομή ή ογκεκτομή) (Rowland, Desmond, Meyerowitz, Belin, Wyatt, & Ganz, 2000).

Η παροχή κοινωνικής στήριξης από το δίκτυο των συγγενικών και φιλικών προσώπων, αλλά και από τους ειδικούς επαγγελματίες, φαίνεται να βελτιώνει την ποιότητα ζωής (Lee, 1997), με συνέπεια την καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή της γυναίκας στο στάδιο της αποθεραπείας. Δυστυχώς όμως, καθώς η νόσος έχει ήδη αντιμετωπιστεί επιτυχώς κι η γυναίκα θεωρείται υγιής, το περιβάλλον της περιορίζει την εντατική, σταθερή και συνεχή στήριξη, αγνοώντας την ανάγκη της. Ως εκ τούτου, η γυναίκα νιώθει μοναξιά και αβοηθητότητα, και συνεπώς είναι περισσότερο ευάλωτη στην ανάπτυξη κάποιας ψυχικής διαταραχής ή την ενδυνάμωση των ανησυχιών της (Keitel & Korala, 2000).

Σε μία πρόσφατη έρευνα, ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών οι γυναίκες ανέφεραν τις ακόλουθες ανησυχίες: 68.1% ανησυχούσε για πιθανή υποτροπή, 59.8% φοβόταν κάποια μετάσταση, 57.7% φοβόταν γενικότερα τι θα φέρει το μέλλον, 67.1% ανέφερε κάποιο σωματικό πρόβλημα, 47.9% παρατηρούσε διαταραχές ύπνου και 41.2% παραπονέθηκε για σεξουαλικά προβλήματα (Baker, Denniston, Smith & West, 2005). Άλλοι ερευνητές (Ashing Giwa, Padill, Tejero, Kraemer, Wright, Coscarelli, Clayton, Williams & Hillis, 2004) συνοψίζουν: οι γυναίκες που βίωσαν την ασθένεια αυτή εκφράζουν ανησυχίες κυρίως για την αυτοεικόνα τους, τη θηλυκότητά τους και τη σεξουαλική τους διάθεση, δηλώνουν εργασιακές και οικονομικές δυσκολίες λόγω των θεραπειών, έχουν ανάγκη από υποστήριξη τόσο από ομάδες ομοιοπαθώντων όσο και από τα προσφιλή τους πρόσωπα, χρειάζονται καλύτερη ενημέρωση για τη νόσο, διαρκή ενασχόληση για την απόσπαση της σκέψης και τέλος φαίνεται να θεωρούν κατευναστική την προσευχή.

Παράλληλα, πολλές έρευνες τονίζουν τις επιπτώσεις της εμπειρίας του καρκίνου στην ψυχολογική ευημερία των γυναικών μελετώντας τις διαταραχές που εμφανίζονται στο στάδιο της αποθεραπείας. Αναφέρεται ότι οι γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχιατρικές διαταραχές μετά την εμπειρία του καρκίνου σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες (Thewes, Butow, Girgis & Pendlebury, 2004). Φαίνεται ότι η επαφή με μία τόσο απειλητική για τη ζωή ασθένεια προκαλεί συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής. Ενδεικτική για τον καρκίνο του μαστού ήταν η έρευνα των Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan, & Redd (1995), οι οποίοι βρήκαν ότι ένα ποσοστό 5%-10% του δείγματος των επιζώντων είχαν αναπτύξει μετατραυματική διαταραχή του στρες, το οποίο είχε σχετιστεί με την ποιότητα ζωής τους, το εισόδημα τους και την ηλικία τους. Χαρακτηριστικά είναι τα συμπτώματα που ανέφεραν στην έρευνα αυτή οι γυναίκες: α) επαναληπτικές, ενοχλητικές αναμνήσεις των θεραπειών ή της όλης εμπειρίας του καρκίνου (με πιο κοινές αναμνήσεις τις παρενέργειες του χειρουργείου, της χημειοθεραπείας και του φόβου υποτροπής), β) επαναλαμβανόμενα όνειρα σχετικά με τις θεραπείες τους, το φόβο θανάτου τους ή υποτροπής τους, γ) στην εμφάνιση ερεθίσματος, όπως σκέψεις για τις θεραπείες ή επίσκεψη στο νοσοκομείο, βίωναν οργανικές αντιδράσεις όπως ναυτία, ταχυπαλμία, αίσθημα πανικού. Ερευνητικά στοιχεία αναφέρουν ότι ακόμα κι ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής τα επίπεδα του μετατραυματικού στρες σε γυναίκες στο στάδιο αποθεραπείας δεν είχαν μειωθεί (Andrykowski, Cordova, Grath, Sloan & Kenday, 2000). Άλλες έρευνες τονίζουν ότι το 25% των ασθενών με καρκίνο του μαστού θα αναπτύξουν κάποια συναισθηματική διαταραχή, με καταθλιπτικά ή αγχώδη χαρακτηριστικά, κατά τα δύο πρώτα χρόνια από την ολοκλήρωση της θεραπείας (Φινοκαλιώτη & Κουτρούλη, 2007).

Ας σημειώσουμε ότι η προσαρμογή στο στάδιο αυτό και κατ' επέκταση η ποιότητα ζωής και η ψυχική υγεία της γυναίκας επηρεάζεται από την

προσωπικότητα της πρώην ασθενούς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων που διαθέτει και εφαρμόζει στη ζωή της (όπως: άρνηση, μαχητικότητα, στωική αποδοχή, αποδοχή με άγχος/κατάθλιψη και απελπισία/αβοηθητικότητα) (Lazarus & Folkman, 1984). Οι έρευνες δείχνουν πως η διατήρηση μιας μαχητικής στάσης απέναντι στην ασθένεια καθώς και η έκφραση των συναισθημάτων που πηγάζουν από αυτήν σχετίζονται σημαντικά με τη βελτίωση της προσαρμογής στον καρκίνο του μαστού (Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996). Ένας τρόπος έκφρασης των συναισθημάτων θεωρείται και η ένταξη σε ψυχοθεραπευτικές ομάδες ή η έναρξη ατομικής ψυχοθεραπείας. Μάλιστα, φαίνεται ότι η παροχή οργανωμένων υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης αποτελεί προγνωστικό δείκτη της αποτελεσματικής ψυχολογικής, βιολογικής και κοινωνικής προσαρμογής στη μετέπειτα ζωή της γυναίκας που ξεπερνάει τον καρκίνο του μαστού (Carver et al., 2005).

Τέλος, οι σύγχρονες έρευνες για τις επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού στην ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία των γυναικών που επιβίωσαν από την ασθένεια, επικεντρώνονται στη θετική διάσταση και όχι στην ψυχοπαθολογία. Πιο συγκεκριμένα, έχει καταστεί σαφές ότι οι επιζώντες της ασθένειας αναθεωρούν τις προτεραιότητές τους, επενδύουν στις ανθρώπινες σχέσεις, προσπαθούν να αποδώσουν ένα νόημα στην ασθένεια που τους προέκυψε, στηρίζονται στην πνευματική ενασχόληση και βιώνουν θετικές αλλαγές λόγω της κατάστασης (Tedeschi & Calhoun, 1995; 1996; 2004). Έννοιες όπως μετατραυματική ανάπτυξη, θετική νοηματοδότηση, εύρεση οφέλους έχουν προταθεί, ερευνηθεί και διαπιστωθεί ότι απαντώνται σε μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 83%-98% σε πρώην ασθενείς (Sears et al., 2003; Weiss, 2002).

1.2.5. Σύνοψη

Συνοψίζοντας, στο παρόν κεφάλαιο αναφέρθηκαν οι κυρίαρχες ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών με καρκίνο του μαστού, καθώς και οι αρνητικές και θετικές επιπτώσεις της ασθένειας στην ποιότητα

ζωής και την ψυχική υγεία των γυναικών σε όλες τις χρονικές περιόδους της ασθένειας (διάγνωση, θεραπεία, αποθεραπεία). Από την περιεκτική αυτή αναφορά διαφάνηκε ότι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού αποτελεί ένα συναισθηματικά φορτισμένο γεγονός που ανατρέπει τα δεδομένα της ζωής της γυναίκας και συνοδεύεται με αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα θλίψης, άγχους και φόβου. Κατόπιν, η εφαρμογή των θεραπειών για την ασθένεια ενέχει δύσκολες στιγμές και επιπτώσεις στην εικόνα, τη λειτουργικότητα, την καθημερινότητα, τις σχέσεις, τους ρόλους και τον ψυχισμό των γυναικών, δημιουργώντας επώδυνες αναμνήσεις. Τέλος, στο στάδιο της αποθεραπείας η γυναίκα βιώνει τα αποτελέσματα των προηγούμενων φάσεων, ούσα πλέον συναισθηματικά ευάλωτη από την τραυματική εμπειρία της, είναι πιθανόν να εμφανίσει ψυχοπαθολογία, όπως η μετατραυματική διαταραχή του στρες, και να περιοριστεί η ποιότητα της ζωής της. Παράλληλα φαίνεται ότι η επαφή με μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια δύναται να αλλάξει και θετικά τη ζωή της πρώην ασθενούς, οδηγώντας τη σε μια μετατραυματική ανάπτυξη.

1.3. Μετατραυματική ανάπτυξη και μετατραυματική διαταραχή του στρες

Στο παρόν τμήμα του εισαγωγικού κεφαλαίου της διατριβής, θα αναφερθούμε αναλυτικά στα φαινόμενα της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής διαταραχής του στρες που έχουν μελετηθεί σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και οι οποίες αποτελούν αντικείμενο μελέτης της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

1.3.1. Μετατραυματική Ανάπτυξη

1.3.1.1. Ορισμός μετατραυματικής ανάπτυξης

Αποτελεί μια πραγματικότητα ότι οι δυσκολίες της ζωής μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές, κάποιες αρνητικές και κάποιες άλλες θετικές. Οι έρευνες των κοινωνικών επιστημών δείχνουν ότι τουλάχιστον για κάποιους ανθρώπους, η επαφή με μια τραυματική εμπειρία η οποία

περιλαμβάνει σημαντικά στοιχεία απώλειας, πόνου και θλίψης είναι πιθανό να συντελέσει σε ουσιαστικές, θετικές αλλαγές στην προσωπικότητα, τη ζωή και τη συμπεριφορά του ατόμου (Calhoun & Tedeschi, 2006). Στην πραγματικότητα, η ιδέα ότι μέσα από τον πόνο και την κρίση μπορεί να γεννηθεί κάτι καινούριο, θετικό και δυνατό, είναι αρχαία και ευρέως διαδεδομένη. Αποτελεί άλλωστε μια θεμελιώδη αρχή της φιλοσοφίας και του χριστιανισμού ότι όταν ένα άτομο υποφέρει, εξιλεώνεται, φωτίζει την ύπαρξή του και προετοιμάζεται για τη σωτηρία του. Παράλληλα, σύμφωνα με τους αρχαίους Έλληνες τραγωδούς, ο ανθρώπινος πόνος αποτελεί μια εμπειρία κάθαρσης που μεταμορφώνει τον άνθρωπο και συμβάλλει στην ανάπτυξή του.

Ενώ λοιπόν η ιδέα της ανάπτυξης μετά από μια τραυματική εμπειρία δεν είναι καινοτόμος, η μελέτη και η μέτρηση αυτού του φαινομένου με τον όρο «μετατραυματική ανάπτυξη» (post- traumatic growth) αποτελεί μια σχετικά πρόσφατη ερευνητική διαδικασία. Σημαντικοί πρωτεργάτες σε αυτό τον τομέα κατά τον 20^ο αιώνα θεωρούνται οι εξής: Maslow (1954), Frankl (1963), Caplan (1964), Finkel (1975), Dohrenwend (1978), Yalom (1980), Cella & Tross (1986), Park, Cohen & Murch (1996) και Tedeschi & Calhoun (1995). Όλοι οι προαναφερθέντες ερευνητές και συγγραφείς μελέτησαν τη σύνδεση ανάμεσα στην ανάπτυξη του ατόμου και τα τραυματικά γεγονότα που προηγούνται. Και ενώ επί πολλά χρόνια οι έρευνες εστίαζαν στις αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρει στη ζωή ενός ατόμου μια τραυματική εμπειρία, η σύγχρονη τάση στον τομέα των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών είναι η επικέντρωση στη θετική σκοπιά των πραγμάτων, όπως για παράδειγμα υποστηρίζει το ρεύμα της Θετικής Ψυχολογίας.

Ενώσω οι προαναφερθέντες ερευνητές δεν αμφισβητούν ότι ένα τραυματικό και απειλητικό για τη ζωή του ατόμου γεγονός προκαλεί πόνο, ψυχική αναστάτωση, δυσφορία, καθώς και σημαντική δυσλειτουργία σε ένα άτομο, υποστηρίζουν και επιβεβαιώνονται από τα ερευνητικά δεδομένα ότι σε πληθώρα ατόμων παρατηρούνται σε

μεγαλύτερο ποσοστό θετικές από ότι αρνητικές αλλαγές μετά την επαφή με μια δυσάρεστη εμπειρία (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Οι Tedeschi και Calhoun (1996) μελέτησαν τη βίωση θετικών αλλαγών στη ζωή των ατόμων μετά από μια στρεσογόνο εμπειρία και δημιούργησαν τον όρο «μετατραυματική ανάπτυξη». Η μετατραυματική ανάπτυξη, σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση που πραγματοποίησαν οι ίδιοι ερευνητές, αναλύεται στους εξής τομείς:

1. **Δύναμη και νέες πιθανότητες:** το νόημα αυτού του παράγοντα συνοψίζεται στην εξής πρόταση «Είμαι ευάλωτη, αλλά δυνατή». Γεγονός που σημαίνει ότι το άτομο αντιλαμβάνεται ότι είναι πιο ευάλωτο από ότι πίστευε, αλλά ταυτόχρονα και πιο δυνατό από ότι μπορούσε ποτέ να φανταστεί. Μέσα από μια τραυματική εμπειρία η αυτό- αντίληψη αναθεωρείται λόγω της γενικότερης γνωστικής δυσλειτουργίας που βιώνει το άτομο. Ο κόσμος του ατόμου αλλάζει, γίνεται απρόβλεπτος, επικίνδυνος, ενώ η ευαλωτότητά του γίνεται απτή, εμφανής και επώδυνη. Η επαφή με μια πρόκληση για τη ζωή του, δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ότι δοκιμάζεται σε ένα τεστ όπου μόνο οι δυνατοί μπορούν να επιβιώσουν. Μετά από μια τέτοια μάχη, οτιδήποτε άλλο και αν προκύψει, το άτομο θα είναι πλέον ετοιμοπόλεμο και κατάλληλα προετοιμασμένο για να το αντιμετωπίσει και να το αντιληφθεί ως υποδεέστερο. Κάποια άτομα αναφέρουν ότι μέσα από το τραύμα και τον πόνο, ανοίγονται νέοι δρόμοι, διαφαίνονται νέες προοπτικές για το μέλλον, αναπτύσσονται καινούρια ενδιαφέροντα ή δεσμεύονται σε νέες δραστηριότητες, όπως μια στροφή στην καριέρα τους. Τέτοιες αλλαγές έχουν ως στόχο να βοηθήσουν το άτομο να αισθανθεί ότι προσφέρει στους συνανθρώπους, ότι παράγει κάτι σημαντικό στη ζωή του ή ότι συμβάλλει στην ευημερία των άλλων με το να μοιράζεται τη σοφία που απέκτησε μετά το τραύμα του.

2. **Σχέση με άλλους:** οι δοκιμασίες στη ζωή επηρεάζουν τη σχέση με τους άλλους ανθρώπους. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι έρχονται πιο κοντά, αισθάνονται μεγαλύτερη συμπόνια ή οικειότητα, συναισθάνονται τον πόνο των άλλων, εισπράττουν τη συναισθηματική, πρακτική και

ηθική συμπαράσταση των δικών τους ανθρώπων, διακατέχονται από αλτρουιστική διάθεση και μια τάση να προσφέρουν στον συνάνθρωπο. Οι σχέσεις ουσιαστικά δοκιμάζονται, όπως άλλωστε δοκιμάζεται και το ίδιο το άτομο. Μέσα από αυτή τη δοκιμασία, οι σχέσεις ξεκαθαρίζονται, διατηρούνται όσες αξίζουν και διακρίνονται οι άνθρωποι που μπορούν να στηρίξουν το άτομο και να σταθούν στο πλευρό του.

3. **Αναθεωρημένη φιλοσοφία της ζωής:** βασικό στοιχείο της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι η αναθεώρηση της αντίληψης περί της σπουδαιότητας των καθημερινών γεγονότων και η εξαγωγή νέων συμπερασμάτων σχετικά με τα όσα έχουν πραγματική αξία στη ζωή. Όταν κανείς παλεύει για να διατηρηθεί στη ζωή, νιώθει ως περισσότερο σημαντικό να περνάει ποιοτικό και ποσοτικό χρόνο κοντά στους δικούς του ανθρώπους, παρά να εργάζεται σκληρά για να συσσωρεύσει υλικά αγαθά. Υπό το πρίσμα μιας αιωρούμενης απειλής για τη ζωή του ατόμου, οι μικρές στιγμές ευτυχίας μοιάζουν πιο ουσιαστικές και το άτομο απολαμβάνει πιο έντονα κάποιες καταστάσεις που παλαιότερα θα προσπερνούσε ως ασήμαντες. Η επαφή με μια κρίσιμη κατάσταση οδηγεί το άτομο στην απόκτηση μεγαλύτερης εκτίμησης στην ίδια του τη ζωή και όσων την συναποτελούν, καθώς και στην αναθεώρηση των προτεραιοτήτων του. Φαίνεται πως πλέον τίποτα δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως δεδομένο, αλλά αντίθετα οφείλει κανείς να απολαμβάνει κάθε δευτερόλεπτο της ζωής του. Μοιάζει λοιπόν το τραυματικό γεγονός να βοηθά στη συνειδητοποίηση της θνητότητας του ατόμου και να τον ωθεί να τοποθετήσει πιο ψηλά στην ιεραρχία την επαφή με τους σημαντικούς άλλους, αντί της επίτευξης υψηλών στόχων ή της απόκτησης υλικών αγαθών. Ταυτόχρονα, το άτομο βιώνει μια υπαρξιακή, πνευματική ή θρησκευτική αναζήτηση. Στην προσπάθειά του να αποδώσει νόημα στην εμπειρία του και να την εντάξει στην ιστορία της ζωής του, αναζητά την ουσία της δικής του ύπαρξης, καθώς και του λόγου που συμβαίνουν δυσάρεστα γεγονότα. Ψάχνει δηλαδή απαντήσεις για τα θεμελιώδη υπαρξιακά ερωτήματα. Πολλοί άνθρωποι ανακαλύπτουν τον πραγματικό τους σκοπό ή την αποστολή τους σε αυτό τον κόσμο και αισθάνονται πνευματική γαλήνη. Οι ερευνητές βέβαια

επισημαίνουν ότι ενώ πολλοί βιώνουν μια αναζωπύρωση της πίστης τους και της σύνδεσής τους με τη θεϊκή υπόσταση, για αρκετούς μια ανεξήγητη προσωπική τραγωδία συνεπάγεται την υπαρξιακή τους κρίση, την πλήρη αμφισβήτηση, την απόγνωση και την εξάντληση της ελπίδας.

1.3.1.2. Οι επιπτώσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης

Εφ' όσον διαπιστώθηκε ερευνητικά ότι όντως ένα άτομο μπορεί να βιώσει τη μετατραυματική ανάπτυξη, όπως αυτή περιγράφηκε στις προηγούμενες παραγράφους, οι έρευνες στον χώρο της Ψυχο-ογκολογίας στράφηκαν στην καταγραφή του οφέλους ή της χρησιμότητας της έννοιας αυτής. Οι συμμετέχοντες στις έρευνες των Calhoun & Tedeschi (2004) ανέφεραν ότι αν και οδηγήθηκαν σε θετικές αλλαγές λόγω του τραύματος, θα προτιμούσαν σαφώς να μην είχαν ζήσει το τραυματικό γεγονός κι ας έχαναν τις θετικές αλλαγές που ήρθαν στη ζωή τους.

Ως προς τις επιπτώσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης, οι έρευνες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού δείχνουν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται με τη βελτίωση της προσαρμογής του ατόμου στη ζωή του, τη μείωση της ψυχικής δυσφορίας, την αύξηση της ψυχικής ευμάρειας (Calhoun & Tedeschi, 2004) και το καλώς έχειν του ατόμου (Ucrayo, Boyers, Carver & Antoni, 2005). Ακόμα περισσότερο, όσοι αντιμετώπισαν ένα τραυματικό γεγονός φαίνεται να επωφελούνται από τη νέο-αποκτηθείσα αντίληψή τους σε σχέση με τις υπαρξιακές τους ανησυχίες και την αίσθηση που αποκόμισαν ότι πρέπει κανείς να ζει τη ζωή του πλήρως και ουσιαστικά.

Παρόλο αυτά, σε άλλες έρευνες αναφέρεται ότι η μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική ευφορία και το καλώς έχειν (Cadell, Regerh & Hemsworth, 2003; Tomich & Helgeson, 2004). Έχει προταθεί ότι η μετατραυματική ανάπτυξη δε συνδέεται απαραίτητα με την ευημερία, καθώς στην πλειονότητά τους οι γυναίκες που εμφανίζουν ανάπτυξη είναι εκείνες που έρχονται αντιμέτωπες με πιο προχωρημένο

στάδιο καρκίνου, οι οποίες λογικά υφίστανται περισσότερη σωματική και ψυχική δυσλειτουργία, η οποία εν τέλει επηρεάζει τη συνολική ευημερία τους (Cordova et al., 2001).

Όσον αφορά στις επιπτώσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης στην ποιότητα ζωής της γυναίκας, τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι αντιφατικά. Η έρευνα των Tomich και Helgeson (2012) έδειξε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη δεν επιδρά στη σωματική υγεία ή στην κατάθλιψη, τουλάχιστον στο άμεσο διάστημα μετά τη διάγνωση, όμως προβλέπει μια βελτίωση στη σωματική υγεία στους τρεις μήνες μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Η έρευνα των Carver & Antoni (2004) βρήκε πως η μετατραυματική ανάπτυξη προέβλεπε μια καλύτερη ποιότητα ζωής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Άλλες έρευνες υπέδειξαν την ύπαρξη μιας καμπυλόγραμμης σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής και της ανάπτυξης, πιο συγκεκριμένα αναφέρθηκε ότι όσοι εμφανίζουν υψηλά ή χαμηλά επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τα άτομα με μεσαίες τιμές ανάπτυξης (Lechner, Carver, Antoni, Weaver & Phillips, 2006). Οι Bower και συνεργάτες (2005), Cordova και συνεργάτες (2001), Manne και συνεργάτες (2004), Sears και συνεργάτες (2003) και Urcuyo και συνεργάτες (2005) ανέφεραν ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής, καθώς η γυναίκα αισθάνεται μέσω της ανάπτυξης μια εσωτερική δύναμη, σχετίζεται περισσότερο με τους άλλους, βλέπει τη ζωή της ως πιο σημαντική και βρίσκει ανακούφιση στη θρησκεία και την πνευματικότητα. Παρόλο αυτά, καθώς το τραύμα πρέπει να είναι σοβαρό για να οδηγήσει στην ανάπτυξη, είναι πιθανό να επιφέρει σωματικές και συναισθηματικές επιπλοκές και να μειώσει την ποιότητα της ζωής τελικά (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Παρόμοια, αντιφατικά ερευνητικά αποτελέσματα έχουν διατυπωθεί και για τη σχέση μεταξύ της ανάπτυξης και της συναισθηματικής κατάστασης. Κάποιες έρευνες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού αναφέρουν ότι η νοηματοδότηση της ασθένειας και οι θετικές αλλαγές

μετά από αυτή μειώνουν τα αρνητικά συναισθήματα, την ψυχική δυσφορία και την κατάθλιψη (Carver & Antoni, 2004; Lechner et al., 2006; Urcuyo et al., 2005), ενώ άλλες προτείνουν ότι τα αρνητικά συναισθήματα και το άγχος δεν επηρεάζονται από την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης μετά τον καρκίνο του μαστού (Antoni et al., 2001; Bower et al., 2005; Cordova et al., 2001; Sears et al., 2003). Όσον αφορά στα θετικά συναισθήματα, κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι αυξάνονται λόγω της μετατραυματικής ανάπτυξης (Bower et al., 2005; Carver & Antoni, 2004; Sears et al., 2003), ενώ στην έρευνα των Tomich και Helgeson (2004) δεν παρατηρήθηκε σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές. Τα παραπάνω αναφερθέντα ανάμεικτα αποτελέσματα, υπονοούν ότι ακόμα και όταν μια ασθενής εμφανίζει ανάπτυξη μετά το τραύμα, η δυσφορία και οι ανησυχίες λόγω της διάγνωσης και της θεραπείας της ασθένειας δεν περιορίζονται, ιδιαίτερα αν η κατάσταση υγείας είναι κρίσιμη. Έχει άλλωστε ειπωθεί ότι η μετατραυματική ανάπτυξη μπορεί να είναι απλώς μια ψευδαίσθηση που δημιουργεί το άτομο προκειμένου να αντιμετωπίσει τα αρνητικά συμβάντα και για το λόγο αυτό να μην μπορεί να οδηγήσει σε ρεαλιστικές βελτιώσεις στην ψυχική ευημερία των ατόμων (Stanton & Low, 2004).

Ενδέχεται λοιπόν η μετατραυματική ανάπτυξη να μην μπορεί να επιφέρει αντικειμενικά μετρήσιμα θετικά αποτελέσματα στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας και της λειτουργικότητας, αλλά να δημιουργεί σε όσους βιώνουν την κατάσταση αυτή το υποκειμενικό αίσθημα ότι ζουν μια πιο πλούσια σε νόημα ζωή. Μοιάζει σαν να ξεκαθαρίζει το τοπίο μέσα από την προοπτική της απώλειας και του θανάτου, αλλά αυτή η ανάπτυξη δεν υποδηλώνει απαραίτητα και μια βελτίωση στην καθημερινή ζωή και την ψυχική υγεία, καθώς το ίδιο το τραύμα παράγει ταυτόχρονα σημαντικό πόνο (Calhoun & Tedeschi, 2006). Το αρνητικό φορτίο του τραύματος ξυπνάει ένα αίσθημα ανασφάλειας, ευαλωτότητας, ματαιότητας, παντελούς έλλειψης ελέγχου και δύναμης του ατόμου σχετικά με το παρόν και το μέλλον του. Πιθανόν βέβαια, η θετική ανάπτυξη λόγω του τραύματος να προετοιμάζει το άτομο για μελλοντικές δυσκολίες και να

τον μετατρέπει σε έναν πιο σοφό, αν και θλιμμένο άνθρωπο (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, μέσα από ένα τραυματικό γεγονός το άτομο αντλεί γνώση, δύναμη και ετοιμότητα για να διαχειριστεί ένα επόμενο. Οι επιζήσαντες ενός τραύματος γίνονται πιο σοφοί, δυνατοί και έτοιμοι να διαχειριστούν επερχόμενες δυσκολίες (Calhoun & Tedeschi, 2006). Σαφώς και κάθε επόμενο δυσάρεστο γεγονός θα έχει αντίκτυπο στη ζωή του, αλλά δε θα απαιτεί την ίδια γνωστική επεξεργασία, σε επίπεδο κατανόησης, διαχείρισης και νοηματοδότησης για να το αντιμετωπίσει. Αυτή η γνώση και η δύναμη που αποκτήθηκε μέσα από τη μετατραυματική ανάπτυξη, καθιστά το άτομο πιο ικανό να ανταπεξέλθει στα δύσκολα σταυροδρόμια της ζωής του. Άλλωστε, αφού η μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να συνδέεται με λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, αυτές θα χρησιμοποιηθούν εκ νέου σε κάθε επόμενη ανάγκη (Calhoun & Tedeschi, 2006). Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα που διαθέτουν δυνατότητες αντιμετώπισης μιας δύσκολης κατάστασης και που θα οδηγηθούν στην μετατραυματική ανάπτυξη, θα είναι ικανοί να αντισταθούν στις αρνητικές επιπτώσεις επόμενου τραύματος. Να διευκρινιστεί λοιπόν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη δεν είναι ταυτόσημη με την αντίσταση (resilience), καθώς η δεύτερη αποτελεί την ικανότητα ανάρρωσης από μια δύσκολη συνθήκη και την επάνοδο στην πρότερη κατάσταση (Calhoun & Tedeschi, 2006).

1.3.1.3. Ο μηχανισμός δημιουργίας της μετατραυματικής ανάπτυξης

Σε κάθε περίπτωση, όποια κι αν είναι τα αποτελέσματα της μετατραυματικής ανάπτυξης στη ζωή και την ψυχική υγεία του ατόμου, είναι σημαντικό να διερευνηθεί με ποιον τρόπο συντελείται η ανάπτυξη αυτή. Οι κατασκευαστές της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης, επισημαίνουν ότι σχετίζεται πρωτίστως με τη γνωστική επεξεργασία των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός (Tedeschi & Calhoun, 1995). Σύμφωνα με τους ίδιους πάντα συγγραφείς, η

μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται πως είναι πιθανότερο να εμφανιστεί όταν η συνθήκη είναι πραγματικά ενοχλητική ή/και δυσβάστακτη για το άτομο. Οι έρευνες δείχνουν ότι αναφέρεται περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη από άτομα που βιώνουν περισσότερο στρες ή απειλή από το κρίσιμο γεγονός (Linley & Joseph, 2004, Weiss, 2004, Wild & Paivio, 2003). Συνεπώς, για να οδηγηθεί ένα άτομο στην ανάπτυξη πρέπει οι καταστάσεις που βιώνει λόγω του τραύματος να απειλούν ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο (Calhoun & Tedeschi, 1998). Άρα, το γεγονός που έχει προηγηθεί πρέπει να εκλαμβάνεται ως τραυματικό, να διακόπτει την εξιστόρηση της ζωής του ατόμου (personal narrative), να σηματοδοτεί την έναρξη μιας καινούριας «εποχής» για το άτομο, να χωρίζεται δηλαδή η ζωή του στο πριν και το μετά από αυτό το γεγονός. Σε αυτή την περίπτωση προκαλείται ψυχική δυσφορία και απαιτείται γνωστική επεξεργασία για να αναδομηθεί η ζωή και οι αντιλήψεις του ατόμου για τον κόσμο, που κατέρρευσαν μετά από την επαφή με ένα αναπάντεχο τραυματικό γεγονός. Μέσα από αυτή τη γνωστική πρόκληση αναδύεται η μετατραυματική ανάπτυξη, αν και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση της φύσης της σχέσης ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες.

Φυσικά, φαίνεται να παρεμβαίνουν επιπρόσθετοι παράγοντες όπως, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας προ του τραύματος, η κουλτούρα του ατόμου και η ισχύς του τραυματικού γεγονότος (Fontana & Rosenbeck, 1998). Οι ερευνητές αναφέρουν ότι απαιτείται ένα ελάχιστο επίπεδο έκθεσης και απειλής από το τραύμα για να εμφανιστεί η ανάπτυξη, αν όμως η έκθεση στο γεγονός είναι εξαιρετικά ισχυρή, τότε δεν εμφανίζεται ανάπτυξη, καθώς το υπερβολικό στρες και το αίσθημα απειλής από το τραύμα μπορεί να εξαντλήσουν τα ψυχικά αποθέματα του ατόμου και συνεπώς να παρεμποδίσουν τη γνωστική επεξεργασία που είναι απαραίτητη για την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Όπως διατυπώνουν οι Tedeschi & Calhoun (2006), η ισχυρή κρίση στη ζωή του ατόμου τον δεσμεύει σε μια διαδικασία γνωστικής επεξεργασίας

και μηρυκασμού με στόχο την νοηματοδότηση και την εξήγηση του γεγονότος, καθώς και την επίλυση των συνεπειών αυτής της κρίσης. Η διαδικασία αυτή λαμβάνει χώρα κατά το πρώτο διάστημα μετά την εμφάνιση του κρίσιμου γεγονότος και φαίνεται να είναι περισσότερο αυτόματη, αντανάκλαστική και να εισβάλλει αυτοβούλως στο άτομο (intrusions), παρά να είναι ελέγξιμη, σκόπιμη και θεμιτή. Αποτελεί περισσότερο μια διαδικασία Συλλογισμού παρά Αντανάκλασης (Nolen-Hoeksema & Davis, 2004). Η μετατραυματική ανάπτυξη αντιστοιχεί στη συνειδητή, σκόπιμη γνωστική επεξεργασία (με τη μορφή της αντανάκλασης) που στοχεύει στην αναδιαμόρφωση του χάρτη του ατόμου με βάση την εμπειρία του τραύματος (Erstein, 1991).

Το πρώτο βήμα για τη μετατραυματική ανάπτυξη είναι η αποδοχή της πραγματικότητας, ότι το γεγονός είναι αληθινό και όντως συνέβη. Αφού το άτομο συνειδητοποιήσει ότι έλαβε χώρα το γεγονός αυτό, ενεργοποιούνται οι στρατηγικές αντιμετώπισης και το άτομο κινητοποιείται για να ανακαλύψει τις κατάλληλες μεθόδους διαχείρισης της κατάστασης. Ενεργοποιούνται δηλαδή οι πρωτογενείς και δευτερογενείς εκτιμήσεις για να οδηγηθεί το άτομο στο συμπέρασμα ότι έχει τις απαιτούμενες δυνατότητες για να ξεπεράσει το γεγονός (Lazarus & Folkman, 1984).

Πιθανόν βέβαια σε τραύματα που έχουν μακροχρόνια διάσταση, όπως μια ασθένεια, να απαιτείται πολύ περισσότερος χρόνος για να δημιουργηθούν αυτές οι αντιλήψεις. Όταν δηλαδή το άτομο νιώθει ότι ξεπέρασε σε ικανοποιητικό βαθμό ή επέζησε της ασθένειάς του, τότε μπορεί να εστιάσει στο να βρει νόημα σε αυτή και να οδηγηθεί στην ανάπτυξη. Συνολικά, η μετατραυματική ανάπτυξη ξεκινά από την αντίληψη ενός γεγονότος ως απειλητικό και τραυματικό και συνεχίζεται από τη γνωστική επεξεργασία στην οποία εμπλέκεται το άτομο (Linley & Joseph, 2004). Φαίνεται μάλιστα, πως όσο μεγαλύτερη είναι η απειλή που βιώνει το άτομο, τόσο μεγαλύτερη η ευκαιρία για ανάπτυξη (Cordova et al., 2001).

1.3.1.4. Παράγοντες που επιδρούν στη μετατραυματική ανάπτυξη

Η μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να επηρεάζεται από την κουλτούρα και το πλαίσιο στο οποίο ζει το άτομο. Όπως είναι λογικό, ένα άτομο θα ερμηνεύσει την εμπειρία του με βάση τις κυρίαρχες απόψεις, τον ενδεδειγμένο τρόπο σκέψης και τις αποδεκτές θρησκευτικές αντιλήψεις του πλαισίου αναφοράς του (Goss & Klass, 2005). Στο ταξίδι προς την ανάπτυξη παίζει πολύτιμο ρόλο και ο μικρόκοσμος του ατόμου, δηλαδή οι άνθρωποι με τους οποίους επικοινωνεί, συμβιώνει, ταυτίζεται και επηρεάζεται. Ο μικρόκοσμος του ατόμου αποτελείται από φίλους, συγγενείς, σύντροφο, συναδέλφους, θρησκευτική ομάδα. Άλλωστε, ανάμεσα στα άτομα αυτά και υπό την αιγίδα του ευρύτερου κοινωνικό-πολιτισμικού του πλαισίου βιώνει το τραυματικό γεγονός και μέσα από αυτά τα πλαίσια θα ανακαλύψει τρόπους διαχείρισης του τραύματος.

Πιο συγκεκριμένα, τρεις πλευρές του κοινωνικού δικτύου φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο (Calhoun & Tedeschi, 2006):

1. Η ανταπόκριση των σημαντικών άλλων στη διήγηση του τραύματος και της διαδικασίας ανάπτυξης
2. Η συνάφεια (χρονική και ουσιαστική) της γνωστικής επεξεργασίας του τραύματος μεταξύ του ατόμου και των σημαντικών άλλων
3. Η επαφή (ή η γνώση της ύπαρξης) με άτομα που αποτελούν πρότυπο μίμησης, καθώς έχουν εμφανίσει μετατραυματική ανάπτυξη

Αξίζει να αναφέρουμε ότι τα άτομα διαφέρουν ως προς τον ρυθμό με τον οποίο θέλουν να μιλήσουν για το τραυματικό γεγονός. Φαίνεται πως όσοι επεξεργάζονται γνωστικά το τραυματικό γεγονός με συστηματικό τρόπο και θέλουν να μοιραστούν τις σκέψεις τους για αυτό, θα επηρεαστούν σημαντικά από την ανταπόκριση των δικών τους ανθρώπων σε αυτή την ανάγκη τους (Lepore & Helgeson, 1998). Η ισχυρή υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο ενισχύει τη μετατραυματική ανάπτυξη (Park, 1998), ενώ η συναισθηματική υποστήριξη από τον σύντροφο βελτιώνει και την ποιότητα ζωής (Kulik & Mahler, 1993). Αντιθέτως, μεγάλο ποσοστό της

δυσφορίας που βιώνει το άτομο δημιουργείται από την απογοήτευση που νιώθει όταν δεν λαμβάνει την υποστήριξη που προσδοκούσε από τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του (Tedeschi & Calhoun, 2004). Προκαλούνται λοιπόν, μη παραγωγικές, γνωστικές διεργασίες από την απόμακρη συμπεριφορά των κοντινών τους προσώπων και συνεπώς δεν ευνοείται η μετατραυματική ανάπτυξη.

Συνολικά θα λέγαμε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη εμφανίζεται στα άτομα που επεξεργάζονται γνωστικά το τραύμα τους και μοιράζονται σκέψεις, συναισθήματα και αναμνήσεις από αυτό με τους κοντινούς τους ανθρώπους. Τα θέματα που μοιράζονται προκύπτουν από την κουλτούρα που επικρατεί στον μικρόκοσμο του κάθε ατόμου, ενώ η διαδικασία αυτή ενισχύεται από τη δεκτικότητα και την ανταπόκριση των άλλων στην ανάγκη του ατόμου για αποκαλύψεις.

Παράλληλα, οι έρευνες δείχνουν ότι όταν τα άτομα που βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός γνωρίζουν ένα άτομο που αποτελεί πρότυπο μετατραυματικής ανάπτυξης, είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν το παράδειγμά του (Weiss, 2004). Τέλος, ο Wortman (2004) έδειξε ότι όσοι δεν μπορούν να νιώσουν θετικές αλλαγές από το γεγονός, αλλά η κουλτούρα τους ευνοεί την αίσθηση ότι θα αναπτυχθούν μέσα από το τραύμα, μπορεί να νιώσουν πίεση, δυσφορία και ψυχική αναστάτωση στην προσπάθειά τους να εναρμονιστούν με τις αντιλήψεις του μικρόκοσμού τους. Μάλιστα, πολλοί επιζώντες του καρκίνου πιέζονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον να αποδεχτούν την ξαφνική τους ασθένεια και να σκεφτούν αισιόδοξα και λιγότερο αρνητικά. Λόγω αυτού πολλοί δηλώνουν ότι ζουν στη «φυλακή του θετικού τρόπου σκέψης» (Cordova et al., 2001, σελ. 182).

Παράλληλα, η πίστη και η πνευματικότητα φαίνεται πως βοηθούν τη μετατραυματική ανάπτυξη. Αυτό συμβαίνει επειδή η πίστη αποτελεί πηγή δύναμης και υποστήριξης, συμβάλλει στη νοηματοδότηση, συντελεί στη μεταμέλεια και μεταμόρφωση του ατόμου, ενισχύει την προσπάθειά του να βοηθάει τους άλλους, ενώ μέσα από τα διδάγματα

της θρησκείας εντοπίζει κανείς παραδείγματα συμπεριφοράς και ανθρώπους πρότυπα σοφίας, εξέλιξης και ανάπτυξης.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται επίσης να αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για να οδηγηθεί κανείς στη μετατραυματική ανάπτυξη. Ως απάντηση σε ένα τραυματικό γεγονός κανείς αντλεί δυνάμεις από εσωτερικά και εξωτερικά αποθέματα, κατ' αντιστοιχία δηλαδή από το προσωπικό ύψος αντιμετώπισης και από την κοινωνική υποστήριξη. Φαίνεται ότι μέθοδοι αντιμετώπισης όπως η θετική επανερμηνεία, η αποδοχή, η οργανωμένη δράση και η επίλυση προβλήματος, αλλά και οι πνευματικοί τρόποι αντιμετώπισης όπως, υποστήριξη από το Θεό, πνευματική σύνδεση, επαναξιολόγηση των αρνητικών γεγονότων και εξομολόγηση, συνδέονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Park & Cohen, 1993)

1.3.1.5. Μετατραυματική ανάπτυξη και καρκίνος του μαστού

Η μετατραυματική ανάπτυξη έχει μελετηθεί σε ασθενείς με διάφορα είδη καρκίνου, όπως πνευμόνων (O' Connor, Wicker & Germino, 1990), προστάτη (Gritz, Wellisch, Siau & Wang, 1990) και όρχεων (Rieker et al., 1989), καθώς και σε θύματα σεξουαλικών επιθέσεων, ασθενείς με καρδιαγγειακά επεισόδια και πενθούντες (Manne et al., 2004). Η έρευνα όμως της μετατραυματικής ανάπτυξης στον καρκίνο του μαστού βρίσκεται σε αρχικά στάδια (Bellizzi & Blank, 2006).

Η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί ένα αναπάντεχο γεγονός στη ζωή ενός ατόμου, μια απειλή για το σύστημα των πεποιθήσεών του για τον κόσμο, καθώς και για την αντίληψη της αυτό- αξίας του και της αυτό- εικόνας του (Janoff- Bulman, 1992, Taylor, 1983). Παρ' όλη την πρόοδο της επιστήμης και την συνεπακόλουθη αύξηση των ποσοστών επιβίωσης από την ασθένεια, ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να αποτελεί μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, που συνοδεύεται από επώδυνες, παρεμβατικές και ακρωτηριαστικές χειρουργικές μεθόδους και συμπληρωματικές θεραπείες που προκαλούν ενοχλητικές παρενέργειες. Η ασθένεια αυτή είναι συνδεδεμένη με τον πόνο, τη θλίψη, τη δυσφορία

και τις αλλαγές στην εμφάνιση, τις σχέσεις και τους ρόλους. Επί δεκαετίες, οι έρευνες εστίαζαν στη μελέτη των αρνητικών επιπτώσεων από την ασθένεια, όπως η ψυχική δυσλειτουργία, το άγχος, η κατάθλιψη, η μετατραυματική διαταραχή του στρες κα (Derogatis et al., 1983, Moyer & Salovey, 1996). Όμως τα ερευνητικά αποτελέσματα δείχνουν ότι ένα μικρό ποσοστό των ασθενών που επιβιώνουν από τον καρκίνο του μαστού εκδηλώνουν ψυχικές διαταραχές, ενώ σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζονται θετικές αλλαγές στον εαυτό τους, στις σχέσεις τους και σε άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής τους. Η μετατραυματική ανάπτυξη παρατηρείται σε υψηλά ποσοστά από 53% (Taylor, 1983) έως 83% (Sears et al., 2003).

Η μετατραυματική ανάπτυξη περιλαμβάνει όλες τις θετικές ψυχολογικές αλλαγές που βιώνει η γυναίκα με καρκίνο του μαστού ως αποτέλεσμα της πάλης με απειλητικές για τη ζωή της συνθήκες (Tedeschi & Calhoun, 2004). Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει θετικές αλλαγές στις συντροφικές και φιλικές σχέσεις, αίσθημα εγγύτητας και πρόσδεσης με τους άλλους, συνειδητοποίηση της αξίας που έχει η ασθενής στη ζωή των δικών του ανθρώπων, μεγαλύτερη συμπόνια και βελτιωμένη ποιότητα στη συζυγική σχέση (Cordova et al., 2001, Fromm et al., 1996, Sears et al., 2003). Επίσης, περιλαμβάνει αυξημένη εκτίμησης της ίδιας της ζωής και απόλαυσης από αυτή (Wasserman et al., 1987), αλλαγή προτεραιοτήτων, αύξηση θρησκευτικής πίστης, βελτίωση των δεξιοτήτων για τη διαχείριση των προβλημάτων (Fritz & Williams, 1988), βελτίωση στις συμπεριφορές πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας (Sears et al., 2003).

Για να εμφανιστεί η μετατραυματική ανάπτυξη πρέπει βέβαια η ασθένεια να αποτελεί τραυματικό γεγονός, δηλαδή μια εμπειρία που να δημιουργεί σημαντική πρόκληση για τις δυνατότητες προσαρμογής του ατόμου. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί αναμφίβολα μια τέτοια πρόκληση (Cordova et al. 2001) για το λόγο αυτό έχει συνδεθεί με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Ταυτόχρονα όμως, έχει συνδεθεί και με τη

μετατραυματική διαταραχή του στρες, έστω και σε χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης (Cordova et al., 2007).

1.3.2. Μετατραυματική Διαταραχή του στρες

1.3.2.1 Περιγραφή της μετατραυματικής διαταραχής του στρες

Σύμφωνα με το Στατιστικό και Διαγνωστικό Εγχειρίδιο DSM IV- TR (APA, 1994), η μετατραυματική διαταραχή του στρες ανήκει στις αγχώδεις διαταραχές του Άξονα I του εγχειριδίου. Πιο συγκεκριμένα, τα κριτήρια που αναφέρεται στο εγχειρίδιο ότι πρέπει να καλύπτει ένα άτομο για να διαγνωστεί η διαταραχή από μετατραυματικό στρες είναι τα εξής:

1. το άτομο εκτέθηκε (βίωσε, έγινε μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο) σε ένα τραυματικό γεγονός και αντέδρασε σε αυτό το γεγονός με τρόμο, φόβο, φρίκη, ανημποριά

2. το άτομο αναβιώνει το γεγονός (εισβολή αναμνήσεων ή ονείρων που ταραάζουν το άτομο, παραίσηση ότι συμβαίνει ξανά το γεγονός, το άτομο ταραάζεται ψυχολογικά και οργανικά με σιδήποτε σχετίζεται με το ψυχοτραυματικό γεγονός)

3. εμφανίζονται τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα:

α. το άτομο αποφεύγει τα ερεθίσματα (σκέψεις, συναισηήματα, συζητήσεις) που σχετίζονται με το γεγονός

β. το άτομο αποφεύγει μέρη, ανθρώπους και δραστηριότητες που σχετίζονται με το γεγονός

γ. δεν μπορεί να θυμηθεί μια πλευρά του γεγονότος

δ. δεν μπορεί να νιώσει έντονα συναισηήματα

ε. δεν μπορεί να φανταστεί τον εαυτό του στο μέλλον

στ. νιώθει αποξενωμένος

4. καταγράφονται τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω συμπτώματα:

- α. διαταραχές ύπνου
 - β. ευερεθιστότητα
 - γ. δυσκολίες στη συγκέντρωση
 - δ. αίσθημα ετοιμότητας
 - ε. εύκολο και συχνό ξάφνιασμα
5. τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από ένα μήνα
6. τα συμπτώματα μειώνουν τη λειτουργικότητα ή ενοχλούν το άτομο

Πιο αναλυτικά, εκτός από την κυρίαρχη κλινική εικόνα που περιγράφεται από τα προαναφερθέντα διαγνωστικά κριτήρια, η διαταραχή συχνά συνοδεύεται από σωματικά ενοχλήματα, καταθλιπτικά συμπτώματα, φοβίες, επιθετικότητα ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Συνήθως εμφανίζεται περίπου ένα μήνα μετά το τραυματικό γεγονός, αλλά δύναται να εμφανιστεί ακόμα και χρόνια μετά το γεγονός.

Επίσης, οι έρευνες δείχνουν ότι όσοι διαγιγνώσκονται με μετατραυματική διαταραχή του στρες βιώνουν σύγχυση και αφηρημάδα και ξεχνούν κάποιες πλευρές του τραύματος (Herman, 1992). Οι αναμνήσεις τους έχουν κενά (Foa et al., 1995), το περιεχόμενο των αναμνήσεών τους μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου (Southwick et al., 1997), ενώ η μνήμη φαίνεται σταδιακά να βελτιώνεται (Meckanic et al., 1998).

Ταυτόχρονα, όπως κατέδειξε και η έρευνα των Reynolds και Brewin (1998), το 43% των ατόμων που έπασχαν από τη διαταραχή ανέφεραν ότι είχαν συχνές, ανεπιθύμητες και απροσδόκητες αναμνήσεις και αναδρομές στο παρελθόν. Τέτοιου είδους εισβολές του τραύματος στη σκέψη δημιουργούν στο άτομο το αίσθημα ότι ζει ξανά στο παρόν το τραυματικό γεγονός και όχι απλώς ότι το ανακαλεί ή το σκέφτεται. Διακατέχεται δηλαδή το άτομο από το αίσθημα της βίωσης «ζωντανών» αναμνήσεων (Herman, 1992).

Παράλληλα, τα άτομα που βιώνουν τη διαταραχή εμφανίζουν μια συναισθηματική αποσύνδεση λόγω του τραύματος, ένα είδος μηχανισμού άμυνας, όπως η ακινητοποίηση- freezing- που παρατηρείται κυρίως στα ζώα (Nijenhuis et al., 1998). Χαρακτηριστικό σημείο της κλινικής εικόνας των πασχόντων αποτελεί το αίσθημα αβοηθητότητας, απελπισίας, ψυχικής κατάρρευσης και απώλειας της ταυτότητας (Ehlers et al., 2000), που συχνά συνδέεται με αίσθημα θυμού, θλίψης, ενοχών, προδοσίας και εξευτελισμού (Reynolds & Brewin, 1999).

Ως προς τις επιπτώσεις της διαταραχής, φαίνεται να οδηγεί σε αύξηση των αρνητικών σκέψεων για τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο (Foa et al., 1999), απογοήτευση από τους άλλους (Freyd 1996), αμφισβήτηση των προθέσεων των άλλων, καχυποψία (Andrews et al., 2000), καθώς και μια αίσθηση αποτυχίας σε κάθε στόχο (Ehlers et al., 2000).

Τέλος, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής στο γενικό πληθυσμό, φαίνεται να φτάνει το 14% (Μάνος, 1997). Βέβαια, να αναφέρουμε ότι οι περισσότερες έρευνες έχουν μελετήσει τη μετατραυματική διαταραχή του στρες σε βετεράνους και συμμετέχοντες σε στρατιωτικές επιχειρήσεις, σε θύματα επίθεσης και βιασμού, σε θύματα αυτοκινητιστικών ατυχημάτων και φυσικών καταστροφών, καθώς και σε ασθενείς με χρόνιες ή απειλητικές για τη ζωή ασθένειες (Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής σε ασθενείς με καρκίνο φαίνεται να αγγίζουν έως το 19% (Jacobsen ..,1998), ενώ στη μετα- ανάλυση των Kangas, Henry & Bryant (2002) παρατηρήθηκε ότι 1- 58% των ασθενών με καρκίνο θα εμφανίσουν τη διαταραχή. Ως προς τα μετατραυματικά συμπτώματα, το ποσοστό εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής του στρες σε ασθενείς με καρκίνο (Jim & Jacobsen, 2008) καταγράφεται ως εξής: το 16- 28% των επιζώντων του καρκίνου αναφέρουν εισβολές στη σκέψη μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους (Jim, Andrykowski, Munster et al, 2007; Bleiker, Pouwer, van der Ploeg, 2000; Brewin, Watson,

McCarthy et al., 1998), το 15- 34% εμφανίζουν αποφυγές το ίδιο χρονικό διάστημα (Jim, Andrykowski, Munster et al., 2007; Bleiker, Rouwer, van der Ploeg, 2000), ενώ το 25 % εμφανίζουν εγρήγορση και ετοιμότητα (Deimlin, Kahana & Bowman, 2002). Τα συμπτώματα άλλοτε φαίνονται να περιορίζονται με το πέρασμα του χρόνου (Tjemsland, Soreide & Malt, 1998; Epping-Jordan, Compas, Osowiecki et al., 1999) και άλλοτε να υπόκεινται σε μικρές αλλαγές (Bleiker, Rouwer, van der Ploeg, 2000, Cordova, Andrykowski, Kenady et al., 1995; Andrykowski, Cordova, McGrath et al., 2000).

1.3.2.2. Ο μηχανισμός δημιουργίας της μετατραυματικής διαταραχής του στρες

Πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις και μοντέλα έχουν επιχειρήσει να εξηγήσουν το μηχανισμό σύμφωνα με τον οποίο δημιουργείται η μετατραυματική διαταραχή. Από τη μία πλευρά, σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο (Salkovskis, 1996) το τραυματικό γεγονός προκαλεί έντονα συναισθήματα και αφήνει τραυματικές μνήμες. Ως εκ τούτου, διαμορφώνεται ένα τραυματικό σχήμα με βάση τις διαστάσεις του γεγονότος, τα βιώματα και την προσωπικότητα του ατόμου. Το τραυματικό αυτό σχήμα περιλαμβάνει εσφαλμένες πεποιθήσεις για τον εαυτό (ευαλωτότητα, μειωμένος έλεγχος και ικανότητες αντιμετώπισης), τον κόσμο (έλλειψη κατανόησης, υποστήριξης και βοήθειας) και το μέλλον (αίσθηση απειλής). Το τραυματικό σχήμα ενσωματώνεται στα ήδη υπάρχοντα σχήματα, επιδρά σε αυτά, χρωματίζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του ατόμου και ενεργοποιείται με κάθε πιθανή υπενθύμιση του γεγονότος. Όταν το τραύμα έρχεται στην επιφάνεια, το άτομο καλείται να το επεξεργαστεί γνωστικά, πάντα υπό την επίδραση του ενεργοποιημένου και πιθανώς διαστρεβλωμένου τραυματικού σχήματος. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η διαταραχή δημιουργείται μέσα από την ανισορροπία στη γνωστική επεξεργασία του τραύματος.

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τη θεωρία αντίδρασης στο στρες (stress response theory, Horowitz, 1976, 1986), η πρωταρχική αντίδραση του ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός είναι το σοκ και η άρνησή του. Αφού καταλαγιάσει η πρώτη αντίδραση, το άτομο προσπαθεί να αφομοιώσει το γεγονός με τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις του. Όμως, αυτή η υπερφόρτωση συναισθημάτων, πληροφοριών και προσπάθειας οδηγεί σε συναισθηματικό μούδιασμα και σε αποφυγές. Καθώς, η φυσική τάση του ατόμου είναι να συμβιβάσει τις παλιές με τις νέες πληροφορίες, το τραυματικό γεγονός επανέρχεται με τη μορφή αναμνήσεων, εισβολών και εφιαλτών. Για να υπάρξει αποδοχή του τραύματος πρέπει να επιτευχθεί ισορροπία μεταξύ των αντίρροπων αυτών δυνάμεων. Αν δεν επιτευχθεί αυτή η ισορροπία, εμφανίζεται η διαταραχή (Brewin & Holmes, 2003).

Τέλος, σύμφωνα με την Janoff- Bulman (1992), όταν συμβαίνει ένα άδικο, αρνητικό και αναπάντεχο γεγονός καταρρίπτονται οι τρεις βασικές πεποιθήσεις του ατόμου ότι ο κόσμος είναι δίκαιος, ο ίδιος είναι άξιος και ότι δε συμβαίνουν άσχημα πράγματα σε καλούς ανθρώπους. Οι άνθρωποι πιστεύουν σε μια φυσική δικαιοσύνη που τους βοηθά να αισθάνονται ότι μπορούν να ελέγξουν το μέλλον τους, να νιώθουν ασφαλείς, άτρωτοι καθώς και να θεωρούν ότι τίποτα αρνητικό δε θα τους συμβεί. Με αυτό τον τρόπο βέβαια, είναι απροετοίμαστοι να αντιμετωπίσουν ομαλά ένα επερχόμενο δυσάρεστο γεγονός και συνεπώς περισσότερο ευάλωτοι στην εμφάνιση διαταραχών.

Καθώς λοιπόν το τραυματικό γεγονός κλονίζει αυτές τις βασικές πεποιθήσεις του ατόμου και επιφέρει τόσο αντιφατικές πληροφορίες με το υπάρχον σύστημα ιδεών του ατόμου, βιώνονται έντονα συμπτώματα στρες. Το γεγονός είναι δύσκολο να αφομοιωθεί από το άτομο και χρειάζεται επίμονη γνωστική επεξεργασία για να γίνει αποδεκτό. Η γνωστική αυτή επεξεργασία επιτυγχάνεται από τη διατήρηση του τραύματος στη μνήμη εργασίας, δηλαδή μέσα από τους εφιάλτες, τις εισβολές και τις αναβιώσεις. Φυσικά, η επεξεργασία αυτή είναι επώδυνη και προκαλεί δυσφορία, ως εκ τούτου το άτομο αντιδρά με μούδιασμα

και αποφυγές για να επέλθει μια ισορροπία (Brewin et al., 1996; Horowitz, 1986). Μέσα από αυτή την ισορροπία το τραύμα γίνεται αποδεκτό και ενσωματώνεται στις υπάρχουσες πεποιθήσεις (Dalgleish, 2004). Με το πέρασμα του χρόνου και την αποδοχή του τραύματος, τα συμπτώματα στρες δεν είναι απαραίτητα και υποχωρούν. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες εμφανίζεται όταν δεν επιτυγχάνεται αυτή η ισορροπία και η αποδοχή, ή όταν η εναλλαγή ανάμεσα σε εισβολές και αποφυγές είναι χρόνια (Horowitz, 1997).

Συνολικά, όλα τα μοντέλα προτείνουν με μικρές διαφοροποιήσεις ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες είναι αποτέλεσμα της ανισορροπίας ανάμεσα στην ανάγκη του ατόμου να επεξεργαστεί το τραύμα, γεγονός που επιτυγχάνεται με τις εισβολές, τους εφιάλτες και τις αναβιώσεις, και τη φυσική τάση του ατόμου να μειώσει το έντονο συναίσθημα που προκαλεί η γνωστική επεξεργασία, μείωση που επιχειρείται μέσα από το συναισθηματικό μούδιασμα και τις αποφυγές.

1.3.2.3. Παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες

Παρόλο που είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός τραυματικού γεγονότος για την εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής τους στρες, από μόνη της η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός δε θεωρείται πάντοτε αρκετή για την πρόκληση της διαταραχής. Συνεπώς, πληθώρα προσωπικών παραγόντων παρεμβαίνουν και καθιστούν το άτομο ευάλωτο στην εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Yehuda, 1999). Σε μια μετα-ανάλυση 38 ερευνών που εντόπιζαν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες στον γενικό πληθυσμό (Shalev, 1996) καταγράφηκε η συμβολή παραγόντων όπως τα στοιχεία της ζωής του ατόμου πριν το τραυματικό γεγονός (προσωπικότητα, ψυχιατρικό ιστορικό, πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο), οι διαστάσεις του τραυματικού γεγονότος (ένταση, βαρύτητα, επιπτώσεις) και η ζωή μετά το τραυματικό γεγονός (τρόπος

αντίδρασης του ατόμου σε αυτό, λήψη κοινωνικής υποστήριξης, παράλληλα στρεσογόνα συμβάντα).

Επίσης, σε μια άλλη μετα- ανάλυση (Brewin et al., 2000) 85 ερευνών που μελέτησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση της διαταραχής σε ποικιλία πληθυσμών, έδειξε μεταξύ άλλων ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μετατραυματική διαταραχή του στρες πιο συχνά από τους άντρες, είτε επειδή είναι πιο πρόθυμες να το αναφέρουν, είτε επειδή υφίστανται πιο συχνά κακοποίηση στην παιδική ηλικία γεγονός που τις καθιστά πιο ευάλωτες στην εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής του στρες στην ενήλικη ζωή (Wolfe & Kimerling, 1997). Άλλωστε, η μετα- ανάλυση αυτή έδειξε ότι τα άτομα με παρελθούσες τραυματικές εμπειρίες και ψυχιατρικό ιστορικό είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες.

Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες (Gabert- Quillen et al., 2012). Φαίνεται πως η προηγούμενη έκθεση σε τραυματικό γεγονός και το ιστορικό τραυματικών γεγονότων αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής του στρες μετά από ένα καινούριο τραυματικό γεγονός (Irish et al., 2008, Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003, Leskin & Sheikh, 2002). Πιο συγκεκριμένα, όσοι έχουν ζήσει περισσότερα τραυματικά γεγονότα είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Brewin et al., 2000).

Μάλιστα φαίνεται πως όσο περισσότερα και πιο σοβαρά τραυματικά γεγονότα καταγράφονται στο ιστορικό του ατόμου, τόσο πιο ισχυρά είναι τα συμπτώματα που εμφανίζονται (Gabert- Quillen et al., 2012). Στη σχέση όμως μεταξύ παρελθοντικών τραυματικών γεγονότων και μετατραυματικής διαταραχής του στρες μεσολαβεί η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης. Φαίνεται πως η κοινωνική υποστήριξη είναι χρήσιμη για τα άτομα που βιώνουν τραύματα, καθώς επιδρά στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002). Αρκετές έρευνες, σε βετεράνους κυρίως, επιβεβαιώνουν ότι η περιορισμένη λήψη κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση μετατραυματικής

διαταραχής του στρες (Barrera et al., 2013). Πιο συγκεκριμένα, η διαταραχή ενισχύεται από την αρνητική στάση των ατόμων που συναποτελούν το κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντα (Zoellner et al., 1999), ή την αρνητική αντίληψη του ατόμου για το ρόλο του κοινωνικού του δικτύου (Dunmore et al., 2001).

Εκτός όμως από το ιστορικό τραυμάτων και τη στάση της κοινωνικής ομάδας που ανήκει το άτομο, οι γνωστικές λειτουργίες και οι συμπεριφορές στις οποίες το ίδιο εμπλέκεται επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής ή η αργή ανάρρωση από αυτή. Πιο συγκεκριμένα, η μετατραυματική διαταραχή του στρες συνδέεται με τη χρήση της αποφυγής, την καταπίεση των σκέψεων (Dunmore et al., 2001), τον μηρυκασμό (Murray et al., 2002), καθώς και τις αυξημένες συμπεριφορές ασφαλείας (Dunmore et al., 2001).

Συνολικά, φαίνεται πως το φύλο, το ιστορικό τραυμάτων, η στάση του κοινωνικού δικτύου, οι γνωστικές λειτουργίες και οι συμπεριφορές του ατόμου αποτελούν τους πιο σταθερά σχετιζόμενους με την εμφάνιση της διαταραχής παράγοντες. Φυσικά να αναφέρουμε ότι είναι δύσκολο να οριστούν με σαφήνεια οι παράγοντες που καθορίζουν την εμφάνιση της διαταραχής, καθώς οι έρευνες δεν είναι εφικτό να μελετήσουν τη ζωή του ατόμου πριν την εμφάνιση του τραυματικού γεγονότος ή της διαταραχής (Brewin et al., 2000). Επίσης, τα συμπεράσματα δεν είναι πάντοτε ασφαλή, καθώς δεν είναι εξακριβωμένο αν η εμφάνιση της διαταραχής επηρεάζει το άτομο στον τρόπο που απαντά τα ερωτηματολόγια που του δίνονται ή στον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τις καταστάσεις ακόμα και τις αναμνήσεις του από τη ζωή πριν το τραυματικό γεγονός.

1.3.3. Σύνοψη

Συνολικά, οι έρευνες δείχνουν πως τα φαινόμενα της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής διαταραχής του στρες εμφανίζονται, σε διαφορετικά ποσοστά και με διαφορετικές επιπτώσεις, σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Ως προς το μηχανισμό δημιουργίας των φαινομένων αυτών, φαίνεται να σχετίζονται έννοιες όπως: οι στρατηγικές

αντιμετώπισης με τις οποίες διαχειρίζεται το τραύμα το άτομο, οι γνωστικές διεργασίες μέσα από τις οποίες ένα άτομο επεξεργάζεται το τραυματικό γεγονός (για παράδειγμα, ο μηρυκασμός ή το στυλ απόδοσης), η στάση του κοινωνικού του δικτύου (ύπαρξη ή μη κοινωνικού περιορισμού) και πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου (όπως η αισιόδοξη φύση του ατόμου και η ελπίδα που το διακρίνει). Στο επόμενο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι έννοιες που προτείνονται από τις σύγχρονες έρευνες ως σημαντικές στη δημιουργία των φαινομένων αυτών.

1.4. Ψυχοκοινωνικές έννοιες που σχετίζονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη και τη μετατραυματική διαταραχή του στρες

1.4.1. Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης, δηλαδή οι οργανωμένοι τρόποι με τους οποίους το άτομο δοκιμάζει να αντιμετωπίσει ένα στρεσογόνο κατά την εκτίμησή του γεγονός, φαίνεται να σχετίζονται με τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του ατόμου. Για το λόγο αυτό έχει διερευνηθεί ο ρόλος τους στην εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες, αλλά και της μετατραυματικής ανάπτυξης.

1.4.1.1. Γνωστικές διεργασίες και στρατηγικές αντιμετώπισης

Όταν ένα άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μια συνθήκη ενεργοποιείται η διεργασία της γνωστικής εκτίμησης της συνθήκης αυτής (Lazarus & Folkman, 1984). Η μια φάση της γνωστικής αυτής διεργασίας είναι η πρωτογενής εκτίμηση, κατά την οποία το άτομο αξιολογεί την ενδεχόμενη επιβλαβή ή επωφελή έκβαση της κατάστασης. Αν η κατάσταση θεωρηθεί στρεσογόνα, αν δηλαδή αξιολογήσει το άτομο ότι η κατάσταση επέφερε απώλειες, ότι αποτελεί απειλή για το παρόν και το μέλλον του και μεταφραστεί ως πρόκληση για τη ζωή του, τότε ξεκινά η δευτερογενής επεξεργασία της κατάστασης. Κατά τη διάρκεια αυτής της επεξεργασίας, το άτομο αξιολογεί τις προσωπικές του ικανότητες, τις διαθέσιμες

δυνατότητες και το ενδεχόμενο να παρέμβει στο αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, αξιολογούνται τα βιολογικά (υγεία, ενέργεια, αντοχή), κοινωνικά (υποστήριξη από δίκτυο ανθρώπων), υλικά (χρήματα, μέσα) και ψυχολογικά (πίστη, ελπίδα, αυτοεκτίμηση, ηθικό) εφόδια που διαθέτει το άτομο (Folkman, 1984).

Να σημειώσουμε ότι η πρωτογενής εκτίμηση δεν προηγείται κατ' ανάγκη από τη δευτερογενή (Cohen & Lazarus, 1983). Σύμφωνα με τους Cohen και συνεργάτες (1997), ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιδρά σε ένα γεγονός εξαρτάται από το πόσο επικίνδυνο το θεωρεί, πόσο σοβαρές κρίνει τις επιπτώσεις του και πόσο επαρκές νιώθει, σε επίπεδο ικανοτήτων και δυνατοτήτων, να το χειριστεί. Σε αυτή τη διαδικασία παρεμβαίνουν τόσο τα αντικειμενικά στοιχεία του γεγονότος (ένταση, αξία, βαρύτητα), όσο και τα υποκειμενικά στοιχεία του ατόμου (προσωπικότητα, πεποιθήσεις, συνήθειες) (Lazarus & Folkman, 1984).

Εφ' όσον το άτομο επεξεργαστεί γνωστικά το γεγονός και το κρίνει ως στρεσογόνο, κινητοποιεί τις διαθέσιμες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων για να το διαχειριστεί. Ως στρατηγικές αντιμετώπισης ορίζονται οι συνεχώς μεταβαλλόμενοι γνωστικοί και συμπεριφορικοί χειρισμοί του ατόμου, οι οποίοι στοχεύουν στη μεταβολή, τη διαχείριση ή την ανεκτή βίωση εσωτερικών και εξωτερικών καταστάσεων που κρίθηκαν ως επιβαρυντικές και υπεράνω των δυνατοτήτων του ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αποτελούν κατά συνέπεια, μια διαδικασία και όχι ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου. Αυτή η διαδικασία έχει ως στόχο τη ρύθμιση ή τον χειρισμό της στρεσογόνου κατάστασης και όχι τον απόλυτο έλεγχό της. Μέσα από τις στρατηγικές αυτές το άτομο μπορεί να επανακαθορίσει, να ανεχθεί και να αποδεχτεί το γεγονός. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αντανakλούν την σκόπιμη κινητοποίηση του ατόμου και για το λόγο αυτό διαφοροποιούνται από τους αμυντικούς μηχανισμούς, οι οποίοι λειτουργούν αυτόματα, αντανakλαστικά και υποσυνείδητα (Parker & Endler, 1996). Τέλος, να

τονίσουμε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης δεν αποτελούν ταυτόσημη έννοια με την προσαρμογή στην κατάσταση (Lazarus & Folkman, 1984).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης διακρίνονται σε δύο γενικές κατηγορίες (Cohen & Lazarus, 1979, Folkman & Lazarus, 1980):

1. Στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα (problem- focused)
2. Στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα (emotion- focused)

Σύμφωνα με τους Folkman & Lazarus (1980), ένα άτομο μπορεί να χρησιμοποιεί παράλληλα στρατηγικές και από τις δύο κατηγορίες. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης ταξινομούνται διαφορετικά από άλλους ερευνητές. Διακρίνονται σε ενεργητικές στρατηγικές και στρατηγικές αποφυγής (Billings & Moos, 1981), σε στρατηγικές εμπλοκής και στρατηγικές απεμπλοκής (Tobin et al., 1989), σε στρατηγικές προσέγγισης και στρατηγικές αποφυγής (Herman & McHale, 1993), καθώς και σε νευρωσικές στρατηγικές και ώριμες στρατηγικές (McCrae & Costa, 1986).

Ανεξαρτήτως ταξινόμησης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τα εξής (Folkman & Lazarus, 1980): Τεχνικές επίλυσης προβλήματος, αναζήτηση και συγκέντρωση πληροφοριών, σχεδιασμό πλάνου δράσης, ανεύρεση εναλλακτικών λύσεων, αποφυγή, άρνηση, απομόνωση, ευκολογία, παραίτηση, λήψη ουσιών, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και ανεύρεση θετικού νοήματος.

Συνολικά, οι στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν όλες τις ενέργειες στις οποίες καταφεύγει ένα άτομο για να διαχειριστεί τις αρνητικές επιπτώσεις των συμβάντων και να οριοθετήσει τη συναισθηματική φόρτιση που προκαλείται από τα στρεσογόνα αυτά συμβάντα (Pearlin & Schooler, 1978). Κυρίαρχοι σκοποί των στρατηγικών αντιμετώπισης, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, είναι η εξάλειψη της έντασης, η ανεύρεση θετικού νοήματος και η έκφραση των συναισθημάτων.

1.4.1.2. Στρατηγικές αντιμετώπισης και στρες

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης κατ' επέκταση χρησιμοποιούνται όταν το άτομο βιώνει στρες. Σύμφωνα με τη θεωρία διατήρησης των διαθέσιμων δυνατοτήτων (conservation of resources theory, Hobfall, 1989, Hobfall et al., 1996) ένα άτομο αισθάνεται στρες όταν απειλούνται ή χάνονται οι διαθέσιμες δυνατότητές του ή όταν επενδύει τις διαθέσιμες δυνατότητές του χωρίς επικερδές αποτέλεσμα. Σε συνέχεια αυτής της θεωρίας, καταγράφηκε ότι οι διαθέσιμες δυνατότητες ενεργοποιούν τη δράση και άλλων μηχανισμών, μέσων ή στρατηγικών του ατόμου. Βέβαια, η αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων μειώνει τις διαθέσιμες δυνατότητες του ατόμου, γεγονός που οδηγεί στο αίσθημα του στρες. Σχηματίζεται κατά συνέπεια ένας φαύλος κύκλος που σχετίζεται με την ενεργοποίηση και αξιοποίηση στρατηγικών αντιμετώπισης για το στρες που βιώνει το άτομο (Hobfall et al., 1996).

Ανάλογα με τις στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων που εφαρμόζει το άτομο, παρατηρούνται επιπτώσεις στην υγεία του. Για παράδειγμα, η χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο συναίσθημα, μπορεί προσωρινά να μειώσουν τα αρνητικά συναισθήματα, αλλά καθώς το ουσιαστικό πρόβλημα παραμένει άλυτο, μελλοντικά προκαλείται μεγαλύτερη δυσφορία (Holahan & Moos, 1987) και το άτομο βιώνει χρόνιο άγχος, αδυναμία, κατάθλιψη και κόπωση. Φαίνεται πως στις κατ' εξοχήν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ανήκουν η αποφυγή ανάληψης δράσης, η άρνηση της κατάστασης και η χρήση ουσιών (Folkman et al., 1986). Αντιθέτως, η επιλογή στρατηγικών που στοχεύουν στο πρόβλημα φαίνεται ότι συμβάλλει στην επίλυση του προβλήματος και στη διατήρηση της καλής υγείας του ατόμου, καθώς το βοηθούν να συγκεντρωθεί στην επίτευξη των στόχων του και να αισθανθεί όταν ανέκτησε τον έλεγχο της κατάστασης (Folkman & Moskowitz, 2000). Από την άλλη, η διεκδικητική επίλυση προβλήματος φαίνεται να δυσκολεύει την προσαρμογή του ατόμου (Folkman et al., 1986), ενώ η αποφυγή, η ευκολογία, η αποδοχή της ευθύνης και η αναζήτηση

κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται να σχετίζονται με το χαμηλό επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας (Penley et al., 2002).

Φυσικά, η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης εξαρτάται από τη φύση και τα χαρακτηριστικά του γεγονότος, όπως η ασαφής και ανεξέλεγκτη μορφή του (Terry & Hynes, 1998). Επίσης, σύμφωνα με τους Folkman και συνεργάτες (1979), η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης εξαρτάται και από το ταίριασμα ανάμεσα στη συγκεκριμένη κατάσταση και τη στρατηγική. Ενώ οι Folkman & Lazarus (1980) διατύπωσαν τη θεωρία ότι η επιλογή μιας στρατηγικής αντιμετώπισης εξαρτάται από τη φύση του προβλήματος, τη γνωστική του αξιολόγηση, τον βαθμό ελέγχου της, και την πιθανότητα τροποποίησης της στρεσογόνου κατάστασης. Τέλος, σύμφωνα με τη θεωρία αλληλεπίδρασης (transactional theory, Lazarus & Folkman, 1984), το άτομο και το περιβάλλον συνδέονται με μια δυναμική, αμφίδρομη και κυκλική σχέση. Συνεπώς, όταν δοθεί ένα ερέθισμα από το περιβάλλον, το άτομο το επεξεργάζεται γνωστικά και επιλέγει μια στρατηγική για να το αντιμετωπίσει. Η δράση του αυτή οδηγεί στην επαναξιολόγηση του ερεθίσματος και την ανατροφοδότηση ως προς την αποτελεσματικότητα της στρατηγικής. Μοιάζει λοιπόν το άτομο να βρίσκεται σε μια αέναη κατάσταση αξιολόγησης και επαναξιολόγησης (Lazarus & Folkman, 1984) και αυτή η διαδικασία δρα σαν διαμεσολαβητικός παράγοντας ανάμεσα στο στρεσογόνο ερέθισμα και τις επιπτώσεις του στην ψυχοσωματική υγεία του ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984).

1.4.1.3. Στρατηγικές αντιμετώπισης και καρκίνος του μαστού

Ως προς τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, οι έρευνες δείχνουν ότι η χρήση αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης της ασθένειας επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία και συμβάλλει στην εκδήλωση θλίψης και άγχους (Carver et al., 1993). Αντιθέτως, η αξιοποίηση της θρησκευτικής πίστης και της προσευχής φαίνεται να δρα κατευναστικά (Ashing Giwa et al., 2004). Άλλωστε, η επιλογή και εφαρμογή των στρατηγικών αντιμετώπισης της ασθένειας επηρεάζει την προσαρμογή της

ασθενούς και την ποιότητα της ζωής της σε όλα τα στάδια της ασθένειας (Lazarus & Folkman, 1984). Στρατηγικές που έχουν μελετηθεί είναι η άρνηση, η μαχητικότητα, η στωική αποδοχή, η αποδοχή με άγχος/κατάθλιψη και η απελπισία/αβοηθητικότητα (Φινοκαλιώτη & Κουτρούλη, 2007). Οι έρευνες δείχνουν πως η διατήρηση μιας μαχητικής στάσης απέναντι στην ασθένεια καθώς και η έκφραση των συναισθημάτων που πηγάζουν από αυτήν σχετίζονται σημαντικά με τη βελτίωση της προσαρμογής στον καρκίνο του μαστού (Classen et al., 1996). Το μαχητικό πνεύμα φαίνεται να συνδέεται θετικά με τις ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Nelson, Friedman, Baer, Land & Smith, 1989), ενώ σχετίζεται με την ύπαρξη καλύτερης ποιότητας ζωής (Morris, Pettingale & Haybittle, 1992) και την εκδήλωση χαμηλών επιπέδων θλίψης και άγχους (Watson, Law, Dos Santos, Greer, Baruch & Bliss, 1994).

Άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η μοιρολατρία, διχάζουν ως προς την αποτελεσματικότητά τους στη ζωή των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Πιο συγκεκριμένα, από τη μία πλευρά η μοιρολατρία θεωρείται δυσλειτουργική στρατηγική αντιμετώπισης, καθώς συνδέεται με υψηλά επίπεδα άγχους (Watson et al., 1994), από την άλλη πλευρά, καθώς η μοιρολατρία ενέχει θετικά στοιχεία όπως η πνευματικότητα και η αποδοχή, φαίνεται να σχετίζεται θετικά με το μαχητικό πνεύμα και κατ'επέκταση αρνητικά με το άγχος και την απελπισία (Fitzpatrick, 2000). Λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως το μαχητικό πνεύμα που προαναφέραμε, χρησιμοποιούνται λιγότερο από γυναίκες σε προχωρημένο στάδιο της ασθένειας, καθώς οι γυναίκες αυτές φαίνεται να χρησιμοποιούν περισσότερο δυσλειτουργικές στρατηγικές, γεγονός που περιορίζει φυσικά την ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή και συμβάλλει στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών (Schnoll et al., 1998b).

Επίσης, η ηλικία φαίνεται να επηρεάζει την επιλογή και την εφαρμογή στρατηγικών αντιμετώπισης, με τις νεότερες γυναίκες να υιοθετούν ανεπαρκείς στρατηγικές αντιμετώπισης, κυρίως στο χρονικό διάστημα που ακολουθεί τη διάγνωση (Compas, Stoll, Thomsen, Oppedisamo,

Epping- Jordan & Krag, 1999). Βέβαια, οι έρευνες δείχνουν ότι οι νεότερες γυναίκες που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο της ασθένειας χρησιμοποιούν πιο συχνά λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως μαχητικό πνεύμα, και λιγότερο συχνά δυσλειτουργικές στρατηγικές, όπως απελπισία (Schnoll et al., 1998b). Η χρήση λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η αποδοχή, η θετική αναπλαισίωση και το χιούμορ, συνδέονται με την αισιόδοξη φύση της ασθενούς και οδηγούν σε χαμηλότερα επίπεδα άγχους (Carver et al., 1993). Οι έρευνες δείχνουν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης σχετίζονται με την αισιόδοξία της ασθενούς με καρκίνο του μαστού και από κοινού παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχολογική προσαρμογή της γυναίκας (Karademas et al., 2007a). Τέλος, φαίνεται ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούν ως στρατηγική αντιμετώπισης την αποδοχή και τη λήψη συναισθηματικής υποστήριξης εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά ψυχικής δυσφορίας (Roussi et al., 2007).

Παράλληλα, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που επιστρατεύει ένα άτομο έχουν θεωρηθεί ως πιθανοί συμμετέτοχοι στην μετατραυματική ανάπτυξη. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τις έρευνες, η μετατραυματική ανάπτυξη φάνηκε ότι σχετίζεται θετικά με μια στρατηγική ενεργητικής προσαρμογής στην κατάσταση (Bellizzi & Blank, 2006; Lerolain et al., 2010), με την θρησκευτική αντιμετώπιση (Lerolain et al., 2010), τον εστιασμό στο πρόβλημα (Sears et al., 2003) και τη θετική επανεκτίμηση (Sears et al., 2003). Η αναζήτηση νοήματος στην εμπειρία του καρκίνου του μαστού και η έκφραση των συναισθημάτων του ατόμου σε άλλους θεωρούνται ως αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης του τραύματος που οδηγεί σε ανάπτυξη. Τα ευρήματα των ερευνών δηλώνουν ότι οι ενεργητικοί και θετικοί τρόποι διαχείρισης της διαβρωτικής φύσης της ασθένειας και των θεραπειών που εφαρμόζονται για την αντιμετώπισή της, μπορεί να βοηθήσουν τη γυναίκα να αναθεωρήσει τους στόχους της και να αλλάξει την οπτική γωνία από την οποία επεξεργάζεται την εμπειρία της, αντιμετωπίζοντάς την ως μια πρόκληση για θετικές αλλαγές στη ζωή της.

1.4.2. Γνωστική επεξεργασία

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο επεξεργάζεται γνωστικά ένα τραυματικό γεγονός φαίνεται να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο θα αντιδράσει τόσο συναισθηματικά, όσο και συμπεριφορικά στο γεγονός. Για το λόγο αυτό, η γνωστική επεξεργασία, με τη μορφή τόσο του μηρυκασμού, όσο και του στυλ απόδοσης, έχει μελετηθεί ως προς τη σχέση της με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη. Όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού οι έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς προσπαθούν να επεξεργαστούν γνωστικά την ασθένειά τους και μάλιστα η γνωστική αυτή επεξεργασία έχει θετικές συνήθως επιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού, συγκριτικά με υγιείς γυναίκες αντίστοιχων χαρακτηριστικών, φαίνεται ότι έχουν αποκτήσει μια πιο ρεαλιστική και θετική αντίληψη για την ασθένεια και τη θεραπεία αυτής, καθώς έχουν αντιμετωπίσει σε σημαντικό βαθμό την ασθένεια και την έχουν επεξεργαστεί γνωστικά (Anagnostopoulos & Spanea, 2005).

1.4.2.1. Γνωστική επεξεργασία μέσω μηρυκασμού

Όπως έχουμε αναφέρει κάθε άτομο διαθέτει ένα σύνολο πεποιθήσεων και πίστευων για τον κόσμο που καθοδηγεί τις δράσεις του και συντελεί στην από μέρους του κατανόηση των αιτιών εξαιτίας των οποίων συμβαίνουν τα πράγματα (Tedeschi & Calhoun, 2004). Οι πεποιθήσεις αυτές κλονίζονται μετά την έλευση τραυματικών γεγονότων (Janoff-Bulman, 1992) και ως εκ τούτου, το άτομο καλείται να τις ανασκευάσει για να διατηρήσει μια συναισθηματική ισορροπία μετά το τραύμα του. Ανάλογα με τον τρόπο που θα επεξεργαστεί τις αντιφάσεις ανάμεσα στις προϋπάρχουσες πεποιθήσεις του και τις πληροφορίες που εκλαμβάνει μέσα από το τραύμα, θα καθοριστεί η συναισθηματική αντίδραση του ατόμου. Φαίνεται πως όσο περισσότερο ενεργητικά σκέφτεται το άτομο τις συνθήκες, τα συναισθήματα και τις επιπτώσεις του τραύματος στη ζωή του, σε όση δηλαδή περισσότερη γνωστική επεξεργασία υποβάλλεται για

να το κατανοήσει, τόσο πιο πιθανό είναι να οδηγηθεί στη μετατραυματική ανάπτυξη (Bower et al, 1998, Calhoun & Tedeschi, 1998, Linley & Joseph, 2004, Manne et al., 2004), και στον περιορισμό των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Patterson et al., 1990).

Ο τρόπος με τον οποίο επεξεργάζεται γνωστικά το τραύμα και τις πεποιθήσεις του το άτομο μπορεί να λάβει διάφορες μορφές. Ήδη έγινε αναφορά στις πρωτογενείς και δευτερογενείς εκτιμήσεις, καθώς και τις εισβολές, ενώ ταυτόχρονα διευκρινίστηκε η αναγκαιότητα ελέγχου των γνωστικών αυτών διεργασιών ως προς τη λειτουργικότητά τους για να αξιολογηθεί ο ρόλος τους στην εκδήλωση μετατραυματικής ανάπτυξης και μετατραυματικής διαταραχής (Greenberg, 1995). Ένα ακόμα είδος γνωστικής επεξεργασίας προς το οποίο έχει στραφεί το ερευνητικό ενδιαφέρον, είναι ο μηρυκασμός. Ως προς τη σημασία της έννοιας αυτής, έχουν επιχειρηθεί πολλοί διαφορετικοί ορισμοί στους οποίους θα αναφερθούμε παρακάτω.

Σύμφωνα με τους Calhoun & Tedeschi (2006), ο όρος μηρυκασμός αναφέρεται σε ένα είδος γνωστικής επεξεργασίας, σε έναν σκόπιμο και επαναλαμβανόμενο τρόπο σκέψης και αναπόλησης του τραυματικού γεγονότος, με σκοπό την εξαγωγή νοήματος από το τραύμα και την έναρξη της διαδικασίας αναδιάρθρωσης των πεποιθήσεων του θύματος για τον κόσμο. Η ευρύτερη και αυθεντική έννοια του όρου αναφέρεται στην επαναλαμβανόμενη σκέψη, χωρίς αρνητικό φορτίο (Watkins, 2008). Παρόλο αυτά, σε πολλές έρευνες έχει χρησιμοποιηθεί η στενή έννοια του όρου, η οποία περιορίζεται σε έναν αρνητικό τρόπο σκέψης (Nolen- Hoeksenne & Morrow, 1993). Κάποιοι ερευνητές αντιμετωπίζουν τον μηρυκασμό σαν μια γνωστική επεξεργασία που λειτουργεί ως στοχασμός και αντανάκλαση (Nolen- Hoeksama & Davis, 2004) ή ως στοχευόμενη και ηθελημένη επανεξέταση του γεγονότος (Calhoun et al., 2000). Σε άλλες τέλος περιπτώσεις, φαίνεται να ταυτίζουν τον μηρυκασμό με τις εισβολές, καθώς όντως ενέχει και μια παρεμβατική

διάσταση με την έννοια της παρείσφρησης ανεπιθύμητων σκέψεων στο μυαλό του ατόμου (Lindstrom et al., 2013).

Σε κάθε περίπτωση ορισμού του μηρυκασμού έχει διερευνηθεί η σχέση του με τη μετατραυματική ανάπτυξη και το μετατραυματικό στρες. Συνολικά, εντοπίζονται τρία είδη ορισμού του μηρυκασμού. Στην πρώτη κατηγορία, ορίζεται ως μια επιθυμία και απόφαση του ατόμου να αναλογιστεί λεπτομερώς το τραύμα του, να φέρει στην επιφάνεια και να συλλογιστεί τις πληροφορίες που σχετίζονται με το τραύμα, να αξιολογήσει τα συμβάντα (Lindstrom et al., 2013) και να εστιάσει στον εαυτό του, τη διάθεσή του και τα παρόντα συμπτώματα (Watkins, 2004). Σε αυτή την περίπτωση, ο μηρυκασμός φαίνεται να υποδηλώνει ένα τρόπο σκέψης που σχετίζεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Affleck & Temmen, 1996, Calhoun et al., 2000, Tedeschi, 1999), καθώς παρέχει στο άτομο την ευκαιρία να αναλογιστεί τις θετικές πλευρές και συνέπειες του τραυματικού γεγονότος (Folkman, 2008). Όταν λοιπόν ο μηρυκασμός ταυτίζεται με τη συνειδητή επεξεργασία του τραύματος στην οποία εμπλέκεται το άτομο με την πάροδο του χρόνου, συνδέεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 2004). Μάλιστα, η συνειδητή αυτή γνωστική επεξεργασία του γεγονότος διακινείται από την απειλή που αντιλαμβάνεται το άτομο από το τραύμα του (Calhoun & Tedeschi, 2006) και από τον κλονισμό που προκαλεί στις πεποιθήσεις του. Όντως, η έρευνα των Lindstrom και συνεργατών (2013) έδειξε ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στη γνωστική πρόκληση των βασικών πεποιθήσεων του ατόμου από το τραυματικό γεγονός, τη συνειδητή και ηθελημένη επεξεργασία του τραύματος λίγο καιρό μετά την εμφάνισή του και τη μετατραυματική ανάπτυξη. Τέλος, όταν το άτομο επεξεργαζόταν με αυτό τον τρόπο το τραύμα του φάνηκε ότι βίωνε λιγότερο στρες, συνεπώς είχε μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσει μετατραυματική διαταραχή του στρες.

Στη δεύτερη κατηγορία ορισμών, η έννοια του μηρυκασμού περιορίζεται στο επίπεδο των εισβολών στη σκέψη, οι οποίες αποτελούν μια ανεπιθύμητη γνωστική επεξεργασία. Βέβαια, το πρώτο διάστημα μετά το

τραύμα αναμένεται αυτός ο ακούσιος τρόπος σκέψης λόγω της έντασης της κατάστασης. Σε αυτή την περίπτωση, ο μηρυκασμός φαίνεται να συνδέεται με την πρόκληση δυσφορίας και την εμφάνιση μετατραυματικού στρες και την δυσλειτουργική προσαρμογή στην ασθένεια. Μάλιστα, η έρευνα των Anagnostopoulos et al. (2010) για τις παρεισφρητικές σκέψεις και την ψυχολογική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο του μαστού έδειξε ότι οι παρεισφρητικές σκέψεις επιδρούν αρνητικά στην προσαρμογή στην ασθένεια, δυσχεραίνοντας την ψυχική υγεία.

Αντιθέτως, αρκετές έρευνες δείχνουν ότι τα υψηλά επίπεδα εισβολών στη σκέψη/παρεισφρητικών σκέψεων σχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006, Linley & Joseph, 2004, Stockton et al., 2011). Η εξήγηση που παρέχεται είναι ότι οι εισβολές/παρεισφρητικές σκέψεις, παρά την παρεμβατική τους φύση, αποτελούν ένα είδος γνωστικής επεξεργασίας, ένα φυσιολογικό και απαραίτητο τμήμα της διαδικασίας προσαρμογής, μια ένδειξη ότι το άτομο προσπαθεί να κατανοήσει το τραύμα. Η συχνότητα των εισβολών/παρεισφρητικών σκέψεων λοιπόν φαίνεται να συνδέεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Jaarsma, Pool, Sanderman & Ranchor, 2006, Park & Fenster, 2004), όμως κάποιοι τύποι εισβολών ευνοούν την ανάπτυξη, ενώ κάποιοι άλλοι την παρεμποδίζουν (Siegle, Moore & Thase, 2004). Όντως, στην έρευνα των Stockton et al (2011) η οποία διερεύνησε τη σχέση ανάμεσα στις εισβολές και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε δείγμα ατόμων με διαφορετικά είδη τραυμάτων, όπως διάγνωση καρκίνου, σεξουαλική επίθεση, απώλεια, φάνηκε ότι όσο περισσότερες εισβολές είχε το άτομο, τόσο μειωνόταν η μετατραυματική ανάπτυξή του. Συνολικά, όταν ο μηρυκασμός ταυτίζεται με τις εισβολές/παρεισφρητικές σκέψεις συνδέεται με τη μετατραυματική διαταραχή και σε κάποιες περιπτώσεις με τη μετατραυματική ανάπτυξη.

Στην τρίτη κατηγορία ορισμών, επιχειρείται η διάκριση του μηρυκασμού σε δύο ξεχωριστούς τρόπους σκέψης: τον συλλογισμό και την

αντανάκλαση (Trapnell & Campbell, 1999, Watkins, 2004, Siegle et al., 2004). Από τη μια πλευρά, ο όρος Συλλογισμός αναφέρεται στην προσκόλληση του ατόμου σε αρνητικές καταστάσεις ή διαθέσεις, συχνά με έναν τρόπο αξιολογικό. Περιλαμβάνει έναν επαναλαμβανόμενο, παθητικό εστιασμό στα συμπτώματα δυσφορίας, στα αίτια και τις συνέπειες των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Σύμφωνα με αυτό τον τρόπο σκέψης, το άτομο παρατηρεί παθητικά τα προβλήματα και δεν τα επιλύει, τα συναισθήματα εκλαμβάνονται ως παρεμβατικά, ασαφή και αρνητικά, και η αρνητική διάθεση θεωρείται μόνιμη και αναπόφευκτη (McFarland & Buhler, 1998). Έχει διατυπωθεί ότι ο συλλογισμός αποτελεί μια επαναλαμβανόμενη σύγκριση της παρούσας κατάστασης με κάποια ουτοπική συνθήκη, ενώ θυμίζει μια προσκόλληση σε εμπόδια που δεν επιτρέπουν την επίλυση του προβλήματος. Σε αυτή την περίπτωση ορισμού, ο μηρυκασμός φαίνεται ότι συνδέεται με την εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Baum et al., 1993), ότι συμβάλλει στη διατήρηση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες (Brewin & Holmes, 2003) και ότι συσχετίζεται αρνητικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Updegraff & Taylor, 2001).

Από την άλλη πλευρά, η αντανάκλαση αποτελεί έναν τρόπο σκέψης που παρακινείται από την τάση του ατόμου να ανακαλύψει και να γνωρίσει τον εαυτό του, ενώ υποδηλώνει μια τάση ενδοσκοπήσης και αντιμετώπισης των δύσκολων συναισθημάτων και συντελεί στην αναγνώριση και διερεύνηση της φύσης των συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα, τα αρνητικά συναισθήματα θεωρούνται ξεκάθαρα και πιθανά να αλλαχθούν σαν αποτέλεσμα της ενεργητικής προσπάθειας του ατόμου να διαχειριστεί τη διάθεσή του και να επιλύσει τα προβλήματά του (McFarland & Buhler, 1998). Η αντανάκλαση επιτρέπει την αντίληψη των θετικών και των αρνητικών πλευρών του τραύματος και αποτελεί μια καλοπροαίρετη ενδοσκοπήση με στόχο την προσαρμοστικότητα και την επίλυση του εκάστοτε προβλήματος. Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, ο μηρυκασμός συμπεριλαμβάνει μια

ποικιλία επανεμφανιζόμενων τρόπων σκέψης σχετικά με ένα τραυματικό γεγονός, όπως νοηματοδότηση, επίλυση προβλήματος, ανάμνηση ή προσμονή, και συνδέεται με την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης, την καλύτερη προσαρμογή του ατόμου (Calhoun et al., 2000), και τη διευκόλυνση της ανάρρωσης από το τραύμα (Stockton et al., 2011).

Συνοψίζοντας, ο μηρυκασμός αποτελεί έναν τρόπο επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος και ως εκ τούτου θα επηρεάσει τη συναισθηματική αντίδραση του ατόμου. Αν οριστεί ως ένα είδος εισβολών στη σκέψη, ως συλλογισμός ή ως εστιασμός στις αρνητικές πλευρές του τραύματος, τότε συνδέεται περισσότερο με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες. Αν από την άλλη πλευρά, οριστεί ως η συνολική γνωστική επεξεργασία θετικών και αρνητικών πλευρών, ως εποικοδομητική ενδοσκοπήση ή ως αντανάκλαση, τότε φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Σε κάθε περίπτωση, είναι σημαντικό να διερευνηθεί η σχέση αυτού του είδους γνωστικής επεξεργασίας με τα φαινόμενα της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, καθώς οι έρευνες είναι σε αρχικό στάδιο.

1.4.2.2. Στυλ Απόδοσης

Ένας ακόμα τρόπος γνωστικής επεξεργασίας των γεγονότων αποτελεί η αναζήτηση της αιτιολογίας του τραυματικού γεγονότος, δηλαδή η προσπάθεια του θύματος να εξηγήσει επαρκώς για ποιο λόγο έζησαν ένα τέτοιο τραύμα. Ο τρόπος που θα επεξεργαστούν γνωστικά το τραύμα τους σε αυτή την περίπτωση ορίζεται από το στυλ απόδοσης που χαρακτηρίζει τον τρόπο σκέψης του ατόμου.

Πιο αναλυτικά, τα θύματα μιας ατυχίας έχουν ανάγκη να εξηγήσουν τι στους συνέβη, να αποδώσουν σε κάποιους παράγοντες το δυσάρεστο αυτό γεγονός (Wong & Weiner, 1981). Η παραπάνω θέση επιβεβαιώνεται και ερευνητικά (Taylor, 1983), καθώς έχει φανεί ότι το 95% των

γυναικών με καρκίνο που συμπεριλαμβανόταν στο ερευνητικό δείγμα, θέλησε και όντως έδωσε κάποια εξήγηση στην ασθένεια.

Καθώς λοιπόν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τον καρκίνο φαίνεται να εμπλέκεται σε μια διαδικασία απόδοσης και αιτιολόγησης της κατάστασης, όπως συμβαίνει συχνά μετά από αρνητικά και αναπάντεχα γεγονότα (Taylor, 1982). Βέβαια, παρόλο που δεν υπάρχουν σαφή και επιστημονικά αποδεκτά αίτια για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, οι ασθενείς τείνουν να κατηγορούν τον εαυτό τους ως υπαίτιο της ασθένειας (Tishler, 1978), τα φαρμακευτικά σκευάσματα που μπορεί να λάμβαναν, τους άλλους ανθρώπους που τις πλήγωναν, καθώς και την κληρονομικότητα (Taylor & Lewin, 1977). Όταν ένα άτομο έχει την προαναφερθείσα τάση, να κατηγορεί δηλαδή τον εαυτό του και να αποδίδει στο άτομό του τα αρνητικά γεγονότα, εμφανίζει ένα από τα παρακάτω συλ απόδοσης: συμπεριφορική ή χαρακτηρισολογική απόδοση. Αν το άτομο κατηγορεί τη συμπεριφορά του για την ασθένεια (ένα στοιχείο που μπορεί να αλλαχθεί και να ελεγχθεί) και όχι τον χαρακτήρα του (η προσωπικότητα άλλωστε θεωρείται αμετάβλητη) τότε θα αισθανθεί ότι μπορούν να αλλάξουν τα πράγματα και θα διατηρήσει μια πιο αισιόδοξη ματιά για το μέλλον (Janoff- Bulman, 1979).

Έχει ειπωθεί ότι κάθε άτομο ακολουθεί ένα συγκεκριμένο ύφος για την απόδοση τόσο των αρνητικών γεγονότων, όπως ο καρκίνος, όσο και των θετικών γεγονότων που συμβαίνουν στη ζωή του. Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με τη θεωρία της απόδοσης, η οποία αποτελεί ένα κομμάτι της Κοινωνικής Ψυχολογίας, οι άνθρωποι χαρακτηρίζονται από ένα σχετικά σταθερό τρόπο απόδοσης και αιτιολόγησης των εμπειριών τους (Weiner, 1985). Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο θα εξηγήσει μια εμπειρία του, για παράδειγμα ένα τραυματικό γεγονός, αποτελεί συνισταμένη του προσωπικού του συλ απόδοσης, των διαθέσιμων πληροφοριών για το γεγονός, όπως αυτές παρέχονται μέσα από το κοινωνικό του δίκτυο και της αντίληψης που έχει το άτομο για τον εαυτό του (Alloy & Tabachnic, 1984).

Μάλιστα έχει υποστηριχτεί ότι η απόδοση των γεγονότων διακρίνεται στους εξής τρεις άξονες (Peterson et al., 1982):

1. Εσωτερική/ Εξωτερική Απόδοση (Rotter, 1966)
2. Σφαιρική/ Συγκεκριμένη Απόδοση (Abramson et al., 1978)
3. Σταθερή/ Ασταθής Απόδοση (Weiner, 1986)

Αναλυτικότερα, εσωτερική απόδοση σημαίνει ότι το άτομο κατηγορεί τον εαυτό του για το γεγονός, ενώ κατά την εξωτερική απόδοση επιρρίπτει τις ευθύνες στους άλλους ή στις καταστάσεις. Η σφαιρική απόδοση υποδηλώνει ότι η απόδοση επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου, ενώ η συγκεκριμένη απόδοση υποδηλώνει την επίδρασή της μόνο το συγκεκριμένο γεγονός. Τέλος, με τον όρο σταθερή απόδοση εννοείται ότι η απόδοση της κατάστασης θα ισχύει για πάντα, ενώ το αντίθετο ισχύει για την ασταθή απόδοση.

Το στυλ απόδοσης θεωρείται σημαντικό καθώς φαίνεται να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο θα αντιδράσει συναισθηματικά στο τραυματικό γεγονός το άτομο (Brewin, 1988). Η συναισθηματική αντίδραση του ατόμου με βάση το στυλ απόδοσης είναι ενδεικτική της ψυχοπαθολογίας που μπορεί να εμφανιστεί (Golin et al., 1981). Για το λόγο αυτό έχουν μελετηθεί τα διαφορετικά στυλ απόδοσης (πχ, αισιόδοξο- απαισιόδοξο στυλ ή ανάλογα με τις τρεις διαστάσεις που αναφέραμε) ως προς την επίδρασή τους στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Ερευνητικά πορίσματα αναφέρουν για παράδειγμα ότι τα άτομα που διακατέχονται από ένα απαισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων είναι πιο επιρρεπή στην κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές (Mineka, Pury & Luten, 1995) και τη μετατραυματική διαταραχή του στρες (Joseph, Yule & Williams, 1993).

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με το αναθεωρημένο μοντέλο της μαθημένης αβοηθητότητας και απελπισίας (Abramson et al., 1988), όσοι αποδίδουν ένα τραυματικό γεγονός σε σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες βιώνουν το αίσθημα της απελπισίας. Αν δε η απόδοση αφορά και εσωτερικούς παράγοντες, τότε μειώνεται και η αυτοεκτίμηση. Η μείωση

της αυτοεκτίμησης και το αίσθημα της απελπισίας συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης, αγχώδων διαταραχών και μετατραυματικής διαταραχής (Μάνος, 1997). Ενώ φαίνεται ότι όταν το τραυματικό γεγονός αποδίδεται σε εσωτερικούς, σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες, εμφανίζονται περισσότερα προβλήματα στην ψυχική υγεία (Gray et al., 2003).

Επιπλέον, αν το άτομο αποδώσει σε εσωτερικούς και ασταθείς παράγοντες το τραύμα, θα αισθανθεί ενοχή, ενώ θα νιώσει ντροπή αν το αποδώσει σε εσωτερικούς, αλλά σταθερούς παράγοντες (Weiner, 1986). Το αίσθημα αυτό-κατηγορίας, ενοχής και ντροπής φαίνεται να σχετίζεται με πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων (Steel et al., 2004), αλλά και με την εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Smucker et al., 2003). Από την άλλη πλευρά, η απόδοση του τραύματος σε εσωτερικούς, αλλά ελεγχόμενους παράγοντες συνδέεται με την εμφάνιση εισβολών, τη θλίψη και το άγχος του ατόμου, ακόμα και 19 μήνες μετά το τραύμα σύμφωνα με την έρευνα των Joseph et al. (1991). Άρα φαίνεται ότι όταν το άτομο θεωρεί ότι θα μπορούσε να ελέγξει το τραυματικό γεγονός, αλλά δεν τα κατάφερε, εμφανίζει έντονα αρνητικά συναισθήματα και οδηγείται σε ψυχοπαθολογία. Το ερευνητικό αυτό πόρισμα συνάδει με τη θεωρία ότι τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής του στρες ενισχύονται όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ότι δεν άσκησε έλεγχο στο τραύμα (Foa et al., 1999).

Οι σύγχρονες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι το σύστημα πεποιθήσεων και ο τρόπος απόδοσης που ακολουθεί το άτομο ως προς τα θετικά και αρνητικά γεγονότα συνδέεται με την ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Neimeyer, 2003). Πιο συγκεκριμένα, η εξωτερική απόδοση θετικών γεγονότων και η εσωτερική απόδοση των αρνητικών συνδέεται με την αρνητική αυτοεικόνα (Metalsky et al., 1982), η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με την μετατραυματική διαταραχή του στρες (Solomon et al., 1985). Όταν το άτομο δεν πιστεύει στον εαυτό του και τις δυνάμεις του, οδηγείται στη θεώρηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει ή να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις, γεγονός που τον καθιστά ευάλωτο στην

εκδήλωση ψυχοπαθολογίας (Miculincer & Solomon, 1988). Επίσης, η απόδοση θετικών γεγονότων σε ασταθείς παράγοντες ή η απόδοση αρνητικών γεγονότων σε σταθερούς παράγοντες προάγει την ανάπτυξη μελαγχολικού τύπου γνωσιών, οι οποίες σχετίζονται με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Peterson & Seligman, 1984). Όταν ένα άτομο αποδίδει τα αρνητικά συμβάντα της ζωής του σε εξωτερικούς παράγοντες, αισθάνεται αβοήθητος, νιώθει θυμό και διακατέχεται από επιθετικότητα, στοιχεία που συνδέονται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες (Solomon et al., 1985).

Η έρευνα των Miculincer & Solomon (1988) έδειξε ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες συνδέεται με την απόδοση των αρνητικών γεγονότων σε εξωτερικούς, σταθερούς και ανεξέλεγκτους παράγοντες. Τέλος, η απόδοση των γεγονότων σε ανεξέλεγκτους παράγοντες συνδέεται με την απομάκρυνση του ατόμου από τους άλλους (Langer & Rodin, 1976), δηλαδή με το αίσθημα αποστασιοποίησης που παρατηρούμε ως ένα από τα χαρακτηριστικά στοιχεία της διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Σε μια από τις ελάχιστες έρευνες που μελέτησαν, μεταξύ άλλων, τη σύνδεση ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και το στυλ απόδοσης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Ho, Chan, Yau & Yeung, 2011) διαπιστώθηκε ότι απαισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων σχετίζεται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες. Από τις τρεις διαστάσεις της απόδοσης, μόνο η διάσταση της σφαιρικότητας φάνηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Η εξήγηση για το εύρημα αυτό συνίσταται στο ότι καθώς η ασθενής γενικεύει τα αίτια εμφάνισης του καρκίνου του μαστού και τα αποδίδει στο στη συνολική της αδυναμία και ανεπάρκεια ως άτομο, νιώθει πιο ευάλωτη στη ψυχική δυσφορία, μεγαλύτερη απελπισία, απογοήτευση και αβοηθητότητα και συνεπώς εμφανίζει πιο συχνά μετατραυματική διαταραχή του στρες. Η εν λόγω έρευνα δεν έδειξε μια σταθερή σχέση ανάμεσα στο αισιόδοξο στυλ απόδοσης και την ψυχοπαθολογία ή την ψυχική δυσφορία των γυναικών. Αντιθέτως, το απαισιόδοξο στυλ

απόδοσης των αρνητικών γεγονότων σχετιζόταν θετικά με την ψυχική δυσφορία.

Στο σημείο αυτό, οφείλουμε να τονίσουμε ότι η πλειοψηφία των ερευνών που μελέτησαν τη σύνδεση μεταξύ μετατραυματικής διαταραχής του στρες και στυλ απόδοσης έχουν διεξαχθεί σε βετεράνους στρατιωτικών επιχειρήσεων. Οι έρευνες αυτές αναφέρουν ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες σχετίζεται με την απόδοση σε εσωτερικούς, σφαιρικούς και σταθερούς παράγοντες για τα αρνητικά γεγονότα (McCormick et al., 1989) ή σε εξωτερικούς, μη ελεγχόμενους και σταθερούς παράγοντες για τα αρνητικά γεγονότα (Miculincer & Solomon, 1988). Φαίνεται ότι όταν ένα συμβάν ξεφεύγει από τον έλεγχο του ατόμου, αισθάνεται μεγαλύτερη απειλή και αβοηθητικότητα, γεγονός που συμβάλλει στην εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Solomon et al., 1989). Η σχέση ανάμεσα στον τρόπο απόδοσης και τη συγκεκριμένη διαταραχή επηρεάζεται από την ένταση του τραυματικού γεγονότος (Solomon et al., 1989), ενώ ταυτόχρονα επιδρά στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (Brewin, 1989). Παράλληλα, η εξωτερική απόδοση του τραύματος συνδέεται με τη θεώρησή του ως πιο στρεσογόνο και τη χρήση λιγότερο ενεργητικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Anderson, 1977). Άλλωστε, η μετατραυματική διαταραχή του στρες σχετίζεται με την αντίληψη της απειλής ως έχουσα εξωτερική έδρα ελέγχου, με την αξιοποίηση στρατηγικών που εστιάζουν στο συναίσθημα και με την ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη.

Συνολικά, το στυλ απόδοσης έχει μελετηθεί ως προς τις τρεις διαστάσεις (εσωτερική/εξωτερική, σφαιρική/συγκεκριμένη, σταθερή/ασταθής), την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία που χαρακτηρίζει το στυλ απόδοσης, αλλά και ως προς την ανεξέλεγκτη ή ελέγξιμη φύση του αιτίου που προκάλεσε το γεγονός. Συνοπτικά, φαίνεται πως όταν το άτομο αποδίδει τα θετικά γεγονότα σε εξωτερικούς και ασταθείς παράγοντες, όταν αποδίδει τα αρνητικά γεγονότα σε εσωτερικούς, σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες ή σε εξωτερικούς, σταθερούς και ελεγχόμενους παράγοντες ή τέλος όταν αποδίδει τα αρνητικά γεγονότα με απαισιόδοξο στυλ, τότε

τείνει να εμφανίζει μετατραυματική διαταραχή του στρες. Σε κάθε περίπτωση, φαίνεται με σταθερότητα ότι οι αιτιολογικές αποδόσεις σχετίζονται σημαντικά με τη νοηματοδότηση του τραύματος και την επακόλουθη λειτουργικότητα του ατόμου (Massad & Hulsey, 2006).

Από την άλλη πλευρά, τα τελευταία χρόνια διερευνάται η σύνδεση ανάμεσα στο στυλ απόδοσης και τη μετατραυματική ανάπτυξη. Άλλωστε, όπως έχουμε επισημάνει ήδη, η μετατραυματική ανάπτυξη έχει εξηγηθεί κυρίως μέσω γνωστικών διεργασιών (Park & Helgeson, 2006), όπως ο μηρυκασμός (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998a), η συμμόρφωση και η αφομοίωση (Joseph & Linley, 2005), η αναδόμηση του νοήματος (Gillies & Neimeyer, 2006; Neimeyer 2000), οι θετικές πρωτογενείς και δευτερογενείς εκτιμήσεις σε συνδυασμό με τις στρατηγικές αντιμετώπισης (Schaefer & Moos, 2001), καθώς και το στυλ απόδοσης (Ho et al., 2011).

Πρόσφατα, προτάθηκε ένα μοντέλο κοινωνικό- γνωστικής μετάβασης (social- cognitive transition, SCT) για την επεξήγηση των θετικών και αρνητικών αλλαγών που βιώνει το άτομο μετά τη διάγνωση του καρκίνου (Brennan, 2001). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το άτομο δημιουργεί μια πολύπλοκη αναπαράσταση του κόσμου για να προβλέπει ή να προσαρμόζεται στις εκάστοτε συνθήκες. Αυτή η γνωστική αναπαράσταση διαμορφώνεται από το κοινωνικό- πολιτιστικό πλαίσιο του ατόμου και αναδιαμορφώνεται ανάλογα με τις προσωπικές του εμπειρίες. Αρνητικά και τραυματικά λοιπόν γεγονότα, όπως η διάγνωση του καρκίνου, προκαλούν σημαντικές αλλαγές στην αναπαράσταση του ατόμου, τόσο θετικές όσο και αρνητικές. Ο τρόπος με τον οποίο θα ερμηνεύσει, εξηγήσει ή αποδώσει την ασθένειά του το άτομο, θα επηρεάσει την κατεύθυνση των αλλαγών που θα επέλθουν.

Όπως έχουμε αναφέρει, ο τρόπος με τον οποίο εξηγεί τα αρνητικά ή θετικά γεγονότα το άτομο φαίνεται να ακολουθεί μια συγκεκριμένη τάση, ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο (Peterson, Buchanan & Seligman, 1995). Διακρίνεται κατά συνέπεια ένα στυλ απόδοσης ή εξήγησης για

κάθε άτομο, το οποίο επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τα αίτια που προκαλούν τις καταστάσεις και ως εκ τούτου επιδρά σημαντικά στη διαδικασία αναδόμησης της γνωστικής αναπαράστασης του ατόμου (Park & Helgeson, 2006).

Τα τελευταία χρόνια το ερευνητικό ενδιαφέρον στράφηκε στη μελέτη της επίδρασης των διαφορετικών συλ απόδοσης που ακολουθούν τα θύματα ενός τραύματος στη μετατραυματική ανάπτυξη που εμφανίζουν. Για παράδειγμα, η έρευνα των Ho, Chu & Yiu (2008) σε πενθούντες φοιτητές έδειξε ότι το αισιόδοξο συλ απόδοσης των θετικών γεγονότων σχετίζεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ η απόδοση των θετικών γεγονότων σε εσωτερικούς, σφαιρικούς και σταθερούς παράγοντες αυξάνει την πιθανότητα αντίληψης θετικών αλλαγών στη ζωή του ατόμου.

Τρία χρόνια αργότερα, η έρευνα των Ho, Chan, Yau & Yeung (2011) μελέτησε τη σχέση μεταξύ του συλ απόδοσης, της αντίληψης των θετικών αλλαγών, της μετατραυματικής ανάπτυξης και των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Στην έρευνα αυτή φάνηκε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη συνδέεται με τον τρόπο απόδοσης των θετικών και όχι των αρνητικών γεγονότων. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που είχαν την τάση να γενικεύουν τα αίτια των θετικών γεγονότων (σφαιρική απόδοση) έπρατταν το ίδιο και για την ασθένειά τους και για το λόγο αυτό βίωναν περισσότερη ανάπτυξη. Με τον τρόπο αυτό επηρεαζόταν η διαδικασία νοηματοδότησης (Neimeyer, 2001) και γνωστικής επεξεργασίας (Tedeschi et al., 1998b).

Επίσης, στην έρευνα αυτή, φάνηκε ότι το αισιόδοξο συλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων δε σχετιζόταν με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Συνεπώς, η αισιόδοξη τάση να αποδίδει κανείς τα άσχημα συμβάντα σε εξωτερικούς, ασταθείς και συγκεκριμένους παράγοντες μπορεί να μειώσει την ψυχική δυσφορία, αλλά είναι σχεδόν απίθανο να αυξήσει την αντίληψη των θετικών αλλαγών μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Συνολικά, από την εν λόγω έρευνα φάνηκε ότι το απαισιόδοξο

συλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων σχετίζεται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες, ενώ το αισιόδοξο συλ απόδοσης των θετικών γεγονότων σχετίζεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη.

Τέλος, στη συγκεκριμένη έρευνα παρατηρήθηκε διαφορά στο συλ απόδοσης ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών με καρκίνο που συναποτελούσαν το δείγμα. Πιο συγκεκριμένα, οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες είχαν την τάση να αξιολογούν τα αρνητικά γεγονότα ως συγκεκριμένα, εξωτερικά και ασταθή σε μεγαλύτερο βαθμό από τις νεότερες. Οι γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο εμφάνιζαν πιο αισιόδοξο συλ απόδοσης για τα θετικά γεγονότα και συνεπώς περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη. Οι γυναίκες με ισχυρή θρησκευτική πίστη εμφάνιζαν περισσότερη ανάπτυξη, λιγότερη διαταραχή μετατραυματικού στρες και πιο αισιόδοξο συλ απόδοσης των θετικών γεγονότων.

Συνοψίζοντας, το συλ απόδοσης φαίνεται να σχετίζεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα, όταν ένα άτομο αποδίδει τα θετικά μόνο γεγονότα με ένα αισιόδοξο τρόπο ή τα αποδίδει σε σταθερούς, εσωτερικούς και σφαιρικούς παράγοντες, τότε είναι πιο πιθανό να εμφανίσει μετατραυματική ανάπτυξη. Τέλος, το αισιόδοξο συλ απόδοσης φαίνεται να συνδέεται θετικά με την ηλικία, το υψηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο και το ισχυρό αίσθημα θρησκευτικής πίστης.

1.4.3. Κοινωνικό πλαίσιο

Το κοινωνικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο ζει και διαμορφώνει αντιλήψεις, εκφράζει συναισθήματα και υιοθετεί συμπεριφορές ένα άτομο, φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην αντίδραση του ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός. Για το λόγο αυτό, αρκετές διαστάσεις του κοινωνικού πλαισίου έχουν μελετηθεί ως προς την επίδρασή τους στην εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης.

1.4.3.1. Κοινωνικογνωστικό μοντέλο

Το κοινωνικό- γνωστικό μοντέλο (Lepore et al., 2001) αποτελεί μια προσπάθεια να εξηγηθεί η αντίδραση του ατόμου μετά από ένα τραυματικό γεγονός, χρησιμοποιώντας το θεωρητικό υπόβαθρο της γνωστικής επεξεργασίας του τραύματος, στο οποίο προστίθεται ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι θεμελιώδεις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τον εαυτό, τις σχέσεις με τους άλλους και το μέλλον, βοηθούν το άτομο να διατηρεί μια αίσθηση αυτό- αξίας, προβλεψιμότητας, σταθερότητας και ελέγχου για τον κόσμο (Janoff- Bulman, 1992). Οι πεποιθήσεις αυτές κλονίζονται σημαντικά μέσα από την τραυματική εμπειρία και προκαλείται δυσλειτουργία στο άτομο. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η ανοικοδόμηση των πεποιθήσεων του ατόμου μέσα από την ένταξη των νέων πληροφοριών σχετικά με το τραύμα στις ήδη υπάρχουσες πεποιθήσεις του ατόμου (Horowitz, 1986). Απαιτείται γνωστική επεξεργασία, κατανόηση, αντιμετώπιση και επανεκτίμηση του τραύματος, καθώς και επαναλαμβανόμενη έκθεση σε αυτό, για παράδειγμα μέσα από τη συζήτηση με άλλους, για να επιτευχθεί η ανοικοδόμηση των πεποιθήσεων. Μέσα από αυτή την επεξεργασία του τραύματος, ενισχύεται η συναισθηματική προσαρμογή του ατόμου, η εξοικείωση και την απευαισθητοποίηση του απέναντι στο τραύμα. Ενώ όταν αυτές οι διεργασίες λαμβάνουν χώρα μέσα σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, βοηθούν στη σύσταση θετικών συνδέσεων με το τραυματικό γεγονός.

Παράλληλα, όπως γνωρίζουμε, η γνωστική επεξεργασία του τραύματος χαρακτηρίζεται από εναλλασσόμενους κύκλους εισβολών και αποφυγών (Horowitz, 1986). Οι εισβολές συμβάλλουν στην ένταξη της εμπειρίας στα γνωστικά σχήματα του ατόμου, υποδηλώνοντας τη φυσική τάση του ατόμου προς την ολοκλήρωση της επεξεργασίας του ερεθίσματος. Μέσα από τις εισβολές αναδύονται στο συνειδητό και κατόπιν αναλύονται,

πληροφορίες και πλευρές του τραύματος που μέχρι τώρα έμεναν ανέγγιχτες. Η συζήτηση με τα άτομα του στενού περιβάλλοντος είναι βοηθητική κατά την ανάδυση τέτοιων πληροφοριών. Όμως, καθώς αυτή η διαδικασία έχει γνωστικό όφελος, αλλά και συναισθηματικό φορτίο, το άτομο οδηγείται στις αποφυγές για να μην κατακλυστεί από δυσφορικό συναίσθημα. Προσωρινά, οι αποφυγές έχουν ανακουφιστικό ρόλο, αν όμως διαιωνιστούν τότε παρεμποδίζουν τη γνωστική επεξεργασία του τραύματος, δυσχεραίνοντας την αποδοχή του. Έτσι, αν το κοινωνικό δίκτυο ενισχύει τις αποφυγές του ατόμου, για παράδειγμα με τη σύσταση να μην μιλάει ή σκέφτεται για το τραυματικό γεγονός, μειώνονται οι πιθανότητες αποδοχής του τραύματος.

Η συζήτηση με τους άλλους, είτε σύντομα μετά το τραυματικό γεγονός (Rime, 1995), είτε χρόνια μετά (Lehman et al., 1987) διευκολύνει τη γνωστική επεξεργασία του τραύματος, με την προϋπόθεση η ανταπόκριση των άλλων να είναι υποστηρικτική, δεκτική και μη επικριτική (Lepore et al., 1996). Άλλωστε, οι έρευνες δείχνουν ότι το μοίρασμα των σκέψεων και των συναισθημάτων γύρω από ένα γεγονός βοηθά το άτομο να νιώσει την αγάπη και την εκτίμηση των άλλων (Albrecht & Adelman, 1987), να αποκτήσει μια συνεπή άποψη για τον κόσμο (Janoff- Bulman, 1992), να αντιληφθεί νέους τρόπους αντιμετώπισης του τραύματος (Lepore et al., 1996) και να αποκτήσει έλεγχο πάνω στα αρνητικά του συναισθήματα (Lepore, 2001).

Σε αντίθεση, ένα επικριτικό, μη υποστηρικτικό περιβάλλον παρεμποδίζει τόσο τη γνωστική επεξεργασία, όσο και την προσαρμογή του ατόμου στη νέα κατάσταση. Όταν το κοινωνικό πλαίσιο δε διατηρεί μια δεκτική στάση, το άτομο νιώθει απομάκρυνση και αποφεύγει να συζητήσει ή ακόμα και να σκεφτεί για το τραυματικό γεγονός, καθώς πιστεύει ότι θα κριθεί από τους άλλους για αυτή του τη συμπεριφορά. Έτσι, οι σκέψεις γύρω από το τραύμα έρχονται ξαφνικά με τη μορφή ανεπιθύμητων εισβολών, οι οποίες αυξάνουν τη συναισθηματική δυσφορία και την ενόχληση (Major et al., 1990). Επίσης, η αποθάρρυνση του ατόμου από το περιβάλλον να συζητήσει σχετικά με το γεγονός, περιορίζει τη

δυνατότητα να αντλήσει το άτομο χρήσιμες πληροφορίες από τρίτους και να ανακαλύψει τη διαφορετική οπτική γωνία από την οποία αντιλαμβάνονται οι άλλοι τα ίδια γεγονότα (Janoff- Bulman, 1992). Κατά συνέπεια, το άτομο οδηγείται σε μια διαρκή αναζήτηση νοήματος μέσα από το δικό του μόνο πρίσμα και σε μια δυσκολία ανάκτησης ελέγχου των αρνητικών συναισθημάτων που τον κατακλύζουν λόγω της συνεχούς αυτής προσπάθειας (Lepore et al., 2001). Οι έρευνες σε άτομα με τραυματικά γεγονότα στο ιστορικό τους επιβεβαιώνουν τη θεωρία ότι ο παραπάνω αναφερόμενος κοινωνικός περιορισμός του ατόμου κατά την έκφραση και συζήτηση σχετικά με το τραύμα, οδηγεί σε αύξηση των εισβολών και των αποφυγών, γεγονός που διαταράσσει τη γνωστική επεξεργασία του τραύματος και δυσχεραίνει τη συναισθηματική προσαρμογή του ατόμου στη νέα κατάσταση (Lepore & Hegelson, 1998, Lepore, 1997b, Lepore et al., 1996, Lutgendorf et al., 1999, Major & Gramzow, 1999, Manne, 1999, Silver & Holman, 1994). Άλλωστε, διαπιστώνεται ερευνητικά ότι η προσαρμογή στη ζωή μετά από τραυματικά γεγονότα, όπως μια ασθένεια, βελτιώνεται μέσα από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων (Glanz & Lerman, 1992, Helgeson & Cohen, 1996).

1.4.3.2. Η έννοια των κοινωνικών περιορισμών

Αρχικά να αναφέρουμε ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί είναι ένας τρόπος με τον οποίο οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μπορεί να επιφέρουν ανεπανόρθωτες επιπτώσεις για το άτομο. Οι κοινωνικοί περιορισμοί προκύπτουν από κάθε κοινωνική κατάσταση που δημιουργεί στο άτομο την αίσθηση ότι δεν λαμβάνει την υποστήριξη ή την κατανόηση που χρειάζεται από το κοινωνικό του δίκτυο και οδηγεί το άτομο στο συμπέρασμα ότι πρέπει να απέχει από την έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων σε τρίτους σχετικά με το γεγονός που το απασχολεί (Lepore et al., 1996).

Οι έρευνες επιβεβαιώνουν τη θεωρητική προσέγγιση ότι οι κοινωνικές σχέσεις αποτελούν στήριγμα του ατόμου στις δύσκολες συνθήκες. Πιο

συγκεκριμένα, οι στενές σχέσεις, όπως η σχέση μεταξύ δύο συζύγων, φαίνεται ότι μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της πρακτικής και ψυχικής προσαρμογής μετά από στρεσογόνα ή τραυματικά γεγονότα (Bolger et al., 1996). Παρ' όλα αυτά, αξίζει να τονίσουμε ότι δεν είναι ωφέλιμες όλες οι κοινωνικές συναναστροφές, καθώς κάθε άτομο που σχετίζεται με το θύμα του τραύματος, δεν είναι δεδομένο ότι θα αντιδρά με βοηθητικό τρόπο. Υπάρχει πιθανότητα κάποιο άτομο να εκδηλώνει πιο έντονη ανησυχία ή απαισιοδοξία από ό,τι θα ήταν βοηθητικό, αντιθέτως μπορεί κάποιο άλλο άτομο να υποτιμά τη σοβαρότητα της κατάστασης, να αποφεύγει ή να απομακρύνεται από το θύμα ή ακόμα και να το επικρίνει για τον τρόπο που αντιδρά στο τραυματικό γεγονός (Manne et al., 1997). Η ποιότητα λοιπόν της αντίδρασης των ατόμων που συναποτελούν το κοινωνικό δίκτυο του θύματος, θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την συναισθηματική του αντίδραση, αλλά και τη γνωστική επεξεργασία του τραύματος στην οποία θα εμπλακεί για να το κατανοήσει και να το διαχειριστεί (Lepore et al., 1996).

Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, τέτοιου είδους κοινωνικός περιορισμός μπορεί να προκύπτει καθώς οι πάροχοι βοήθειας συχνά κατακλύζονται από την επαναλαμβανόμενη έκθεση στο τραύμα του δικού τους ανθρώπου και τη δυσφορία που αισθάνεται εξαιτίας αυτού (Bolger et al., 1996). Ταυτόχρονα, τα κοντινά πρόσωπα του θύματος μπορεί να οδηγηθούν στην εξουθένωση από τη διαρκή ή μακροχρόνια προσφορά υποστήριξης για μια άλυτη ή επώδυνη κατάσταση (Herzer et al., 2006). Επίσης, μπορεί το θύμα και ο πάροχος υποστήριξης να αντιλαμβάνονται διαφορετικά τη σοβαρότητα ή την απειλή από το γεγονός και συνεπώς η προσφερόμενη κοινωνική υποστήριξη να μην είναι η κατάλληλη ή η αναγκαία για το άτομο. Οι έρευνες δείχνουν ότι η αντίληψη του ίδιου του τραύματος από το άτομο καθορίζει την ικανοποίησή του από την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα των Herzer et al. (2006) σε ζευγάρια όπου η σύζυγος είχε καρκίνο του μαστού, έδειξε ότι όσο πιο απειλητικά εκλαμβάνει η ασθενής την ασθένειά της, τόσο μεγαλύτερο αισθάνεται τον

περιορισμό της ικανότητάς της να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με το τραύμα στον σύντροφό της, γεγονός που συνάδει με τη «θεωρία της διάβρωσης» (erosion theory) των Bolger και συνεργατών (1996).

Συνολικά, η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στο θύμα του τραύματος και τα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος, η φύση του τραύματος, οι προσωπικότητες των εμπλεκόμενων μερών και ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και οι δύο πλευρές τη σημασία του τραύματος, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης (Herzer et al., 2006). Αν το άτομο καλύπτεται από τη συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνει και αισθάνεται ότι του παρέχεται η δυνατότητα να μιλήσει για το τραύμα του ενισχύεται η επεξεργασία του και κατ'επέκταση η αποδοχή. Αντίθετα αποτελέσματα εμφανίζονται όταν το περιβάλλον οδηγεί το άτομο στο αίσθημα του κοινωνικού αποκλεισμού στο οποίο αναφέρθηκε το κοινωνικό- γνωστικό μοντέλο (Lepore et al., 2001).

Όπως αναφέραμε, οι κοινωνικοί περιορισμοί χαρακτηρίζονται από ένα απορριπτικό κοινωνικό δίκτυο που αποδοκιμάζει τη συζήτηση και ευνοεί την αποφυγή. Όταν το κοινωνικό δίκτυο της ασθενούς με καρκίνο του μαστού επικρίνει τον τρόπο με τον οποίο εκείνη σκέφτεται ή αισθάνεται για την ασθένειά της, όταν οι σημαντικοί άλλοι μειώνουν τις ανάγκες της ή τις ανησυχίες της σχετικά με την υγεία της ή όταν τα κοντινά της πρόσωπα αποφεύγουν να αναφερθούν στην ασθένειά της, τότε η γυναίκα νιώθει κοινωνικά περιορισμένη, αισθάνεται μοναξιά και δυσφορία. Σαν αποτέλεσμα, η ασθενής παραιτείται από την προσπάθεια να συζητήσει για την ασθένειά της και ως εκ τούτου στερείται της ευκαιρίας να αποκτήσει μια άλλη προοπτική στον τρόπο που σκέφτεται ή αντιμετωπίζει το πρόβλημά της. Η γνωστική επεξεργασία του τραύματός της παραμένει ατελής και βιώνει στρες και δυσφορία. Η ατελής αυτή γνωστική ανάλυση είναι εμφανής από τον υψηλό βαθμό παρεισφρητικών σκέψεων (Horowitz, 1997). Για την ακρίβεια, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών δείχνουν ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί που βιώνει ένα άτομο

συνδέονται με συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής του στρες, όπως, η ψυχική δυσφορία (Lepore 2001, Lepore et al., 1996, Lepore & Helgeson, 1998, Agustossdottir et al., 2010, Danoff- Burg et al., 2004, Ullrich, Lutgendorf & Stapleton, 2002, Lewis et al., 2006, Widows, Jacobsen & Field, 2000, Nenova, DuHamel, Zemon, Rini & Redd, 2013; Schmid & Andrykowski, 2004, Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001; Cordova et al., 2007, Zakowski et al., 2004) και οι παρεισοφρητικές σκέψεις (Agustossdottir et al., 2010, Belsher, Ruzek, Bongar & Cordova, 2012, Braitman et al., 2008, Lepore & Helgeson, 1998; Lepore 1997, b; Lepore et al., 1996, Zakowski et al., 2003).

Αντιθέτως, μια σειρά ερευνών έχουν δείξει ότι η ελαχιστοποίηση των κοινωνικών περιορισμών συνδέονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Όταν το κοινωνικό δίκτυο μιας ασθενούς προσφέρει συναισθηματική και πρακτική κοινωνική υποστήριξη, όταν η κοινωνική συνδιαλλαγή είναι διαθέσιμη, όταν οι αποκαλύψεις για την ασθένεια επιτρέπονται και όταν είναι διαθέσιμο ένα άτομο- πρότυπο μετατραυματικής ανάπτυξης, τότε διευκολύνεται η εκδήλωση μετατραυματικής ανάπτυξης. Αρκετές έρευνες δείχνουν ότι η έλλειψη κοινωνικών περιορισμών, η συζήτηση για την ασθένεια και η κοινωνική υποστήριξη από τον σύντροφο ή ομοιοπαθούσες ευνοούν τη μετατραυματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1995; Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004, Koutrouli et al., 2012, Weiss, 2004, Sabiston, McDonough, & Crocker, 2007, McDonough, Sabiston & Ullrich- French, 2011, Holland & Holahan, 2003, Nausheen, Gidron, Peveler & Moss- Morris, 2009; McDonough et al., 2014).

1.4.4. Προσωπικά στοιχεία

Κλείνοντας την περιγραφή των παραγόντων που συνδέονται με την εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής του στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης, δε θα μπορούσαμε να μην αναφερθούμε σε στοιχεία της προσωπικότητας του θύματος ενός τραύματος, όπως η αισιοδοξία και η

ελπίδα, στοιχεία που παίζουν καθοριστικό ρόλο στον τρόπο αντίληψης, ερμηνείας και αντίδρασης στο τραυματικό γεγονός.

1.4.4.1. Αισιοδοξία

Η έννοια της αισιοδοξίας περιλαμβάνει την προσδοκία του ατόμου ότι θα έχει μια θετική έκβαση και διακρίνεται σε δύο διαστάσεις (Reker & Wong, 1984): α) την εσωτερική διάσταση, σύμφωνα με οποία το άτομο προσδοκά μια θετική έκβαση, καθώς θεωρεί ότι οι δικές του ικανότητες και η αποτελεσματικότητά του θα τον οδηγήσουν στην επιτυχία, και β) την εξωτερική διάσταση, σύμφωνα με την οποία το άτομο προσδοκά μία θετική έκβαση, καθώς προσμένει ότι θα έχει καλή τύχη. Επίσης, η αισιοδοξία έχει θεωρηθεί αφενός χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου (Scheier & Carver, 1985) και αφετέρου ερμηνευτικό συλ (Peterson & Seligman, 1984).

Από τη μια πλευρά, σύμφωνα με τους Scheier και Carver (1985) ως αισιοδοξία ορίζεται η προσδοκία ενός ατόμου ότι είναι περισσότερο πιθανό να συμβεί κάτι καλό παρά κακό, καθώς και ότι η έκβαση των πραγμάτων θα πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τις επιθυμίες του. Ακριβώς στην αντίθετη όχθη, η απαισιοδοξία αναφέρεται στην προσδοκία του ατόμου ότι θα συμβεί κάτι κακό και όχι καλό, καθώς και ότι τα πράγματα δε θα εξελιχθούν όπως αυτό επιθυμεί. Η έννοια της αισιοδοξίας φαίνεται να συνδέεται στενά με τις έννοιες της αυτό-αποτελεσματικότητας (Bandura, 1977), και του έσω-προσωπικού/έξω-προσωπικού ελέγχου (Rotter, 1966). Η σύνδεση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι και οι τρεις έννοιες αναφέρονται από κοινού στην προσδοκία επιτυχούς εκβάσεως μιας κατάστασης (Scheier & Carver, 1987, Chang, 1998). Παρά τις όποιες όμως ομοιότητες, διακρίνονται και κάποιες σημαντικές διαφορές. Αφενός, η αυτό-αποτελεσματικότητα επικεντρώνεται στην προσδοκία επιτυχούς έκβασης εξαιτίας της πεποίθησης του ατόμου ως προς τις ικανότητές του (Bandura, 1977). Αφετέρου, ο έσω-προσωπικός/έξω-προσωπικός έλεγχος εστιάζει στην προσδοκία επιτυχούς έκβασης εξαιτίας της αντίληψης του ατόμου για

την ικανότητά του να ασκήσει αποτελεσματικό έλεγχο στις καταστάσεις (Rotter, 1966). Τέλος, η αισιοδοξία αναφέρεται στην προσδοκία επιτυχούς έκβασης εξαιτίας ποικίλων παραμέτρων, όπως η καλή τύχη, η ευλογία, η ύπαρξη ταλέντου ή ικανοτήτων, καθώς και οι ευνοϊκές συγκυρίες (Scheier & Carver, 1987).

Από την άλλη πλευρά, οι Peterson και Seligman (1987) όρισαν την αισιοδοξία ως την τάση ενός ατόμου να κατανοεί και να ερμηνεύει τα ατυχή και δυσάρεστα γεγονότα μέσα από αιτιολογικές αποδόσεις. Οι αιτιολογικές αποδόσεις, όπως προείπαμε, αναφέρονται στις εξηγήσεις που παρέχει το άτομο και στους λόγους τους οποίους επικαλούνται για να ερμηνεύσουν τα γεγονότα και τις καταστάσεις που προέκυψαν στη ζωή τους. Οι αποδόσεις μπορεί να είναι εξωτερικές ή εσωτερικές, σφαιρικές ή συγκεκριμένες, σταθερές ή ασταθείς.

Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, τα αισιόδοξα άτομα έχουν την τάση να αποδίδουν σε εξωτερικούς, ασταθείς και συγκεκριμένους παράγοντες τα δυσάρεστα γεγονότα που προκύπτουν στη ζωή τους (Peterson & Seligman, 1987). Αντιθέτως, τα απαισιόδοξα άτομα τείνουν να ερμηνεύουν τα γεγονότα με εσωτερικούς, σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες. Ως εκ τούτου, τα άτομα που υιοθετούν ένα απαισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ αξιολογώντας τα αρνητικά ή στρεσογόνα γεγονότα, πιστεύουν αφενός ότι οι ίδιοι είναι προσωπικά υπεύθυνοι για ό,τι συνέβη και αφετέρου ότι τα γεγονότα θα διαρκέσουν τόσο διάστημα ώστε να επιδράσουν αρνητικά σε πληθώρα τομέων της ζωής τους. Σαν λογικό αποτέλεσμα, τα απαισιόδοξα άτομα αισθάνονται επί το πλείστον αβοήθητα και θεωρούν τον εαυτό τους λιγότερο ικανό να αντιμετωπίσει μελλοντικές δυσκολίες, ενώ βιώνουν πιο συχνά ψυχικές διαταραχές (Di Matteo & Martin, 2006).

Ως προς το όφελος της αισιοδοξίας, πολλές έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα που διέπονται από υψηλό βαθμό αισιοδοξίας τείνουν να έχουν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία (Smith, 2006; Smith & McKenzie, 2006). Για παράδειγμα, σε μελέτες των Scheier και Carver (1987) και

των Scheier και συνεργατών (1999) διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που άνηκαν στην ομάδα με υψηλό βαθμό αισιοδοξίας ανέκαμπταν πιο γρήγορα, είχαν καλύτερη πρόγνωση και εμφάνιζαν λιγότερες επιπλοκές μετά από μια επέμβαση σε σχέση με τους ασθενείς που άνηκαν στην ομάδα με χαμηλό βαθμό αισιοδοξίας. Παράλληλα, φαίνεται πως τα άτομα με υψηλό βαθμό αισιοδοξίας δεν εντάσσονται σε ομάδα υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακές νόσους και φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με όσους διακρίνονται για το χαμηλό βαθμό της αισιοδοξίας τους (Kubzanky et al., 2001; Giltay et al., 2006). Αλλά και ως προς την ψυχική υγεία, τα άτομα με υψηλό βαθμό αισιοδοξίας φαίνεται να έχουν προβάδισμα. Στη μετά-ανάλυση του Anderson (1996) εντοπίστηκε ότι τα άτομα με υψηλό βαθμό αισιοδοξίας εμφάνιζαν καλύτερη ψυχική υγεία. Το εύρημα αυτό αιτιολογείται από το γεγονός ότι οι άνθρωποι με υψηλό βαθμό αισιοδοξίας τείνουν να αξιολογούν τις δυσκολίες ως αντιμετωπίσιμες και ελεγχόμενες, και όχι ως καταστροφικές. Ταυτόχρονα τείνουν να υιοθετούν πιο συχνά προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης από ότι δυσπροσαρμοστικές.

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ερευνητικά (Reker, 1988; Peacock & Wong, 1996; Chang, 1998) ότι τα αισιόδοξα και τα απαισιόδοξα άτομα διαφέρουν ως προς τις δευτερογενείς εκτιμήσεις που κάνουν για τα στρεσογόνα γεγονότα. Πιο συγκεκριμένα, όσοι διακατέχονται από αισιοδοξία έχουν την τάση να θεωρούν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα είναι περισσότερο αντιμετωπίσιμα. Παράλληλα, έχει φανεί σε έρευνες ότι τα άτομα με αισιόδοξο τύπο προσωπικότητας επιλέγουν πιο συχνά στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος και όχι στην αποφυγή του, καθώς πιστεύουν ότι τα προβλήματα είναι αντιμετωπίσιμα και θα επιλυθούν (Scheier and Carver, 1992). Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η αισιοδοξία σχετίζεται θετικά με τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης που εστιάζουν στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ενώ σχετίζεται αρνητικά με την αποφυγή και την άρνηση (Scheier et al., 1986, Scheier & Carver, 1987, Amirkhan et al., 1995). Τέλος, η αισιοδοξία φαίνεται να ευνοεί την υιοθέτηση

στρατηγικών όπως η αποδοχή, το χιούμορ και η θετική επανεκτίμηση (Scheier et al., 1994). Για το λόγο αυτό, φαίνεται πως η αισιοδοξία σχετίζεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ η απαισιοδοξία συνδέεται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες.

1.4.4.2. Ελπίδα

Σύμφωνα με τη θρησκευτική θεώρηση των πραγμάτων, η ελπίδα ενέχει ανακουφιστικές δυνάμεις και θεωρείται απαραίτητη για τη ζωή όσο η πίστη και η αγάπη (Scioli, Ricci, Nyugen & Scioli, 2011). Στην ψυχοθεραπεία πάλι η ενστάλαξη ελπίδας εκλαμβάνεται ως ισχυρό θεραπευτικό εργαλείο και θεωρείται απαραίτητο συστατικό για την ψυχική ευημερία (Carr, 2004). Ερευνητικά, η ελπίδα ορίζεται ως μια αφηρημένη έννοια που αποτελείται από τρεις αλληλοσχετιζόμενους γνωστικούς παράγοντες: στόχοι (goals), δρόμοι (pathways) και δράση (agency). Η ελπίδα κινητοποιεί το άτομο να ανοίξει και να ακολουθήσει, μέσω δράσης, δρόμους για να επιτύχει τους στόχους του (Snyder et al., 1991).

Η ελπίδα κατατάσσεται στα συναισθήματα, και όπως κάθε συναίσθημα έχει τη δύναμη να κινητοποιήσει τη συμπεριφορά, αλλά ταυτόχρονα επηρεάζεται από αυτή (Averill, Catlin & Chon, 1990). Φαίνεται να σχετίζεται με πληθώρα ψυχολογικών και συμπεριφορικών καταστάσεων και ενώ είναι αρκετά σταθερή ως ιδιοσυγκρασιακό στοιχείο, είναι ταυτόχρονα και ευαίσθητη στις αλλαγές των συνθηκών ζωής (Edwards, Rand, Lopez & Snyder, 2007).

Η ελπίδα συνδέεται με την εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται από τη βρεφική κιόλας ηλικία και έχει τη δύναμη να ενθαρρύνει το άτομο να αντέχει την ανησυχία και τον φόβο της απώλειας, του πόνου και του θανάτου. Η ελπίδα δεν είναι ισοδύναμη με την άρνηση, ούτε αποτελεί απλώς τη θεώρηση των πραγμάτων από τη θετική τους σκοπιά. Είναι μια κατάσταση ή ένα χαρακτηριστικό, ένα δίκτυο συναισθημάτων με κατεύθυνση προς το μέλλον, που σχετίζεται με τις προσδοκίες, τις πεποιθήσεις και τις κοινωνικό- πολιτιστικές επιρροές του ατόμου.

Το αίσθημα της ελπίδας βιώνεται από ένα άτομο όταν εκείνο αναγνωρίζει ότι το σύστημα των πεποιθήσεων που δημιούργησε, του επιτρέπει να προσμένει και να προβλέπει τα μελλοντικά γεγονότα με επιτυχία (McCoy, 1977). Η ελπίδα χαρακτηρίζεται από την ετοιμότητα του ατόμου να δεσμευτεί σε μια κατάσταση, να επηρεάσει και να επηρεαστεί (Ertling & Amerikaner, 1980). Υποδηλώνει την προθυμία του ατόμου να αλληλεπιδράσει με το περιβάλλον και να κινηθεί προς το μέλλον (Lane & Viney, 2005).

Η ελπίδα ενισχύεται όταν το άτομο εντάσσεται σε ένα πλαίσιο ασφάλειας, όπως μια συντροφική σχέση ή μια ψυχοθεραπευτική ομάδα, που παρέχει το αίσθημα της κατανόησης και της αποδοχής. Ένα τέτοιο κλίμα διευκολύνει την ανακατασκευή των πεποιθήσεων του ατόμου, το μοίρασμα των εμπειριών, την ανατροφοδότηση από τα άλλα μέλη και την ενστάλαξη της ελπίδας (Lane & Viney, 2005).

Συνεπώς, η ελπίδα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα επεξεργαστεί γνωστικά το τραυματικό γεγονός και επηρεάζεται από την στάση που διατηρεί το κοινωνικό δίκτυο του ατόμου που έχει ζήσει το τραύμα. Ερευνητικά, φαίνεται να επιδρά στον τρόπο με τον οποίο θα αποδώσει το τραύμα το άτομο και κατ' επέκταση η παρουσία της σχετίζεται με την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης, ενώ η απουσία της συνδέεται με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες.

1.4.5.Σύνοψη

Στην ενότητα αυτή πραγματοποιήθηκε αναφορά στις έννοιες που φαίνεται να σχετίζονται θεωρητικά και ερευνητικά με την εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης, δηλαδή στις στρατηγικές αντιμετώπισης με τις οποίες το άτομο αντιδρά στο τραύμα, τα είδη της γνωστικής επεξεργασίας των πληροφοριών που σχετίζονται με το τραύμα, αλλά και στον ρόλο του κοινωνικού πλαισίου και των στοιχείων της προσωπικότητας του ατόμου στην αντιμετώπιση του τραύματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.1. Θεωρητικό υπόβαθρο βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται η πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες (American Cancer Society, 2007), ενώ διαρκώς καταγράφονται αυξανόμενα ποσοστά επιζώντων από την ασθένεια (National Cancer Institute, 2009). Εκτός από τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης και επιβίωσης, ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ταυτόχρονα η πιο έντονα συναισθηματικά φορτισμένη μορφή καρκίνου (Turner, 2003), ένα στρεσογόνο γεγονός το οποίο περιλαμβάνει σημαντικές ψυχολογικές προκλήσεις για την ασθενή (Manne, Ostroff, Winkel, Grana & Fox, 2005; Royak- Schaler, Stanton & Danoff- Burg, 1997), οι οποίες θα οδηγήσουν είτε σε αποδεκτά επίπεδα λειτουργικότητας, είτε σε αρνητικές ψυχικές επιπτώσεις (Rowland & Massie, 1996), όπως δυσφορία, άγχος και κατάθλιψη (Henselmans, Sanderman, Baas & Smink, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, τις τελευταίες δεκαετίες αναγνωρίστηκε ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός αρκετά ισχυρό ώστε να οδηγήσει στην πρόκληση μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD) (Andrykowski, Cordova, Studts & Miller, 1998). Ως εκ τούτου, πληθώρα ερευνών κατέγραψαν τα ποσοστά και τη συχνότητα εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ενώ αρκετές μελέτες διερεύνησαν τους παράγοντες κινδύνου που προβλέπουν την ανάπτυξη της διαταραχής (βιβλιογραφική ανασκόπηση: Kangas et al., 2002; Smith, Redd, Peyser & Vogl, 1999). Ταυτόχρονα, σημαντικός αριθμός ερευνών μελέτησαν την εμφάνιση μεμονωμένων συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, όπως εισβολές και αποφυγή, σε δείγματα γυναικών με καρκίνο του μαστού (βιβλιογραφική ανασκόπηση: Gurevich, Devins & Rodin, 2002).

Την ίδια στιγμή, οι έρευνες δείχνουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου δεν εμφανίζουν μόνο διαταραχές, ούτε αναφέρουν μόνο αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις σχετικά με την ασθένειά τους, αλλά ταυτόχρονα περιγράφουν την

εμπειρία τους ως ορόσημο στη ζωή τους, ως μια συγκυρία που τις οδήγησε σε αναθεώρηση της ζωής τους και τις γέμισε σοφία και δύναμη. Μάλιστα οι ερευνητές στον τομέα αυτό εισήγαγαν έναν νέο όρο, τη μετατραυματική ανάπτυξη- posttraumatic growth (ptg). Ο όρος αυτός αντανάκλα τη βίωση θετικών αλλαγών στις πεποιθήσεις του ατόμου εξαιτίας ενός τραυματικού γεγονότος, όπως ο καρκίνος του μαστού (Tedeschi & Calhoun, 1995). Η εμφάνιση θετικών αλλαγών μετά από τον καρκίνο του μαστού διερευνήθηκε από αρκετές μελέτες (βιβλιογραφική ανασκόπηση: Barskova & Oesterreich, 2009; Hefferon, Grealy & Mutrie, 2009; Stanton, Bower & Low, 2006). Πρόσφατα, ορισμένοι ερευνητές έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μετατραυματικής διαταραχής του στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης, με ασαφή προς το παρόν συμπεράσματα (βιβλιογραφική ανασκόπηση: Jim & Jacobsen, 2008).

2.1.1. Μετατραυματική διαταραχή του στρες

Η μετατραυματική διαταραχή του στρες είναι μια ψυχιατρική κατάσταση που δημιουργείται στο άτομο όταν έρθει αντιμέτωπο με ένα τραυματικό και απειλητικό για τη ζωή του γεγονός, στο οποίο το άτομο αντιδρά με συναισθήματα έντονου φόβου, αβοηθητότητας ή τρόμου και για το λόγο αυτό παρουσιάζει κάποια συμπτώματα στρες (για παράδειγμα, αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, αποφυγή των ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, υπέρ-εγρήγορη και συναισθηματικό μούδιασμα) για τουλάχιστον ένα μήνα μετά την έκθεση στο τραυματικό αυτό γεγονός. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (American Psychiatric Association, 1994) για να αναπτυχθεί η διαταραχή, το ερέθισμα πρέπει να έχει μια φύση σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή και τη φυσική ακεραιότητα του ατόμου ή άλλων προσώπων, είτε ρεαλιστικά, είτε να την αντιλαμβάνεται το άτομο με αυτό τον τρόπο. Τα συμπτώματα του στρες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: αναβίωση του τραύματος (μέσα από εισβολές στη σκέψη, εφιάλτες και flashbacks), αποφυγή των ερεθισμάτων που θυμίζουν το τραύμα (όπως, αποφυγή να σκεφτούν ή να έρθουν

αντιμέτωποι με συνθήκες που σχετίζονται με το γεγονός, συναισθηματικό μούδιασμα, ανικανότητα να εκφράσουν έντονα συναισθήματα) και υπερδιέγερση (όπως, υπέρ-εγρήγορη, αίσθημα ετοιμότητας, ευερεθιστότητα, δυσκολίες με τον ύπνο) (American Psychiatric Association, 1994).

Η εν λόγω διαταραχή συνδέεται συνήθως με σωματικές επιθέσεις, συμμετοχή σε εμπόλεμη κατάσταση και αυτοκινητιστικά ατυχήματα (μετά-ανάλυση από: Ozer, Best & Lipsey, 2003), ενώ η σύνδεση της έννοιας του μετατραυματικού στρες με τον τομέα των ογκολογικών ασθενών είναι σχετικά πρόσφατη (National Cancer Institute, 2009). Σε σύγκριση με τα προαναφερθέντα τραυματικά γεγονότα, ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες που δημιουργούν επιπρόσθετες δυσκολίες στη μέτρηση της διαταραχής.

Καταρχάς, πολλά από τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες μοιάζουν με ορισμένα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού ή με παρενέργειες των συμπληρωματικών θεραπειών για την ασθένεια αυτή. Για παράδειγμα, η αϋπνία, η ευερεθιστότητα, η διαταραγμένη μνήμη, η περιορισμένη συγκέντρωση, η υπερδιέγερση (Guverich et al., 2002) και ένα αίσθημα περιορισμένου μέλλοντος (Kangas et al., 2002) μπορεί να προκύπτουν από την ασθένεια και όχι από την ψυχολογική αντίδραση σε αυτή.

Κατά δεύτερον, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια χρόνια κατάσταση, η οποία περιλαμβάνει πολλαπλά στρεσογόνα ερεθίσματα, όπως για παράδειγμα η στιγμή της διάγνωσης, το χειρουργείο, οι συμπληρωματικές θεραπείες ή οι τακτικές ιατρικές εξετάσεις (Kangas et al., 2002). Το γεγονός αυτό δυσχεραίνει τη διάκριση του αυθεντικού τραυματικού γεγονότος κατά την επαφή με την ασθένεια και συνεπώς δυσκολεύει τον εντοπισμό της έναρξης της διαταραχής. Παράλληλα, ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει μια εσωτερική παρά εξωτερική απειλή, δηλαδή το άτομο δεν απειλείται από κάποιον άλλο ή από μια κατάσταση όπως στα υπόλοιπα τραυματικά γεγονότα, αλλά από το ίδιο

του το σώμα που «παράγει» αυτή την ασθένεια (Green, Rowland, Krupnick, Epstein, Stockton & Stern, 1998; Koopman, Butler, Classen, Giese-Davis, Morrow, Westendor, Banerjee & Spiegel, 2002).

Επίσης, η ίδια η ασθένεια είναι διαρκώς παρούσα, λόγω των αλλαγών στο σώμα και των τακτικών ιατρικών εξετάσεων (Butler, Field, Busch, Seplaki, Hastings & Spiegel, 2005; Kangas et al, 2002), ενώ η αναβίωση του τραύματος δεν περιλαμβάνει μόνο εφιάλτες ή flashbacks (Kaasa, Malt & Hagen, 1993), αλλά και εικόνες που αφορούν στο μέλλον, λόγω του φόβου επανεμφάνισης ή υποτροπής (Mehnert & Koch, 2007; Spencer, Lehman, Wynings, Arena, Carver, Antoni, Derhagorian & Ironson, 1999). Σε αυτή την περίπτωση το ερέθισμα δεν παραμένει στο παρελθόν, αλλά μεταφέρεται στο παρόν και το μέλλον (Butler et al., 2005).

2.1.2. Μετατραυματική ανάπτυξη

Εκτός από τη μετατραυματική διαταραχή του στρες, ο καρκίνος του μαστού μπορεί να λειτουργήσει ως μια εμπειρία κάθαρσης και μεταμόρφωσης για την ασθενή (Calhoun & Tedeschi, 2006). Οι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης, το τραυματικό γεγονός τaráσσει τις βασικές πεποιθήσεις του ατόμου για τη ζωή, όπως την αντίληψή του ότι ο κόσμος είναι δίκαιος ή ότι το άτομο είναι άτρωτο (Janoff Bulman, 1992). Μέσα από τη διαδικασία ανασύνθεσης αυτών των πεποιθήσεων, το άτομο οδηγείται στη μεταμόρφωσή του και κατ' επέκταση στη μετατραυματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1995; 1996; 2004).

Ο όρος μετατραυματική ανάπτυξη (ptg), κατασκευάστηκε από τους Tedeschi and Calhoun (1995; 1996; 2004), και εσωκλείει όλες τις θετικές αλλαγές που βιώνει το άτομο ως αποτέλεσμα της «συνάντησης» με τις προκλήσεις των τραυματικών γεγονότων (Calhoun & Tedeschi, 2006). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, η μετατραυματική ανάπτυξη περιλαμβάνει θετικές αλλαγές στους εξής τομείς: Προσωπική δύναμη, Νέες δυνατότητες, Σχέσεις με άλλους,

Εκτίμηση Ζωής και Πνευματικές αλλαγές. Βέβαια, άλλοι ερευνητές που μελετούν τη μετατραυματική ανάπτυξη αναφέρουν κι άλλες πλευρές της έννοιας όπως: αλλαγές στην υγεία (Sears et al, 2003), βελτίωση στα ψυχικά αποθέματα (Fritz & Williams, 1988; Fromm, Andrykowski & Hunt, 1996), απόκτηση νέας οπτικής στη ζωή (Fromm et al., 1996; O'Connor et al., 1990; Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Wasserman, Thomson, Williams & Fairclough, 1987) και αλλαγή προτεραιοτήτων (Collins, Taylor & Skokan, 1990; Curbow, Somerfield, Baker, Wingard, & Legro, 1993).

Συνολικά, φαίνεται ότι η εμπειρία του καρκίνου του μαστού είναι δυσβάστακτη για τη γυναίκα και ως εκ τούτου αλλάζει τον κόσμο της δραματικά. Εάν καταφέρει να ανταπεξέλθει στο τραύμα, και ταυτόχρονα να αναθεωρήσει τις προτεραιότητές της, να βάλει στόχο την ίδια τη ζωή, να αφιερώνει ουσιαστικό χρόνο στα αγαπημένα της πρόσωπα, να μην εκλαμβάνει τη ζωή ως δεδομένη και να αναζητά το βαθύτερο νόημα των πραγμάτων, τότε θα βιώνει τη μετατραυματική ανάπτυξη ως αποτέλεσμα της ασθένειάς της.

Από τα προαναφερθέντα διαφαίνεται ότι για να δημιουργηθεί η μετατραυματική ανάπτυξη το εκλυτικό γεγονός πρέπει να εκλαμβάνεται από το άτομο ως εξαιρετικά στρεσογόνο, σαν ένας σεισμός που συνταράσσει τα θεμέλια του γνωστικού χάρτη της ασθενούς (Calhoun & Tedeschi, 2006). Ο βαθμός της μετατραυματικής ανάπτυξης που θα βιώσει το άτομο είναι ανάλογος με το ποσοστό της γνωστικής επεξεργασίας στην οποία εμπλέκεται για να αντιληφθεί το τραύμα (Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox & Grana, 2004; Linley & Joseph, 2004); είτε η επεξεργασία αυτή αφορά τον συλλογισμό - μηρυκασμό, μέσα από τον οποίο το άτομο προσπαθεί να αντιληφθεί τι και κυρίως γιατί συνέβη (Calhoun & Tedeschi, 1998), είτε μέσα από τις πρωτογενείς και δευτερογενείς εκτιμήσεις (Lazarus & Folkman, 1984) του τραύματος και των διαθέσιμων στρατηγικών αντιμετώπισης του ατόμου.

Στο θεωρητικό υπόβαθρο αναφέρεται ότι όσοι είναι πιο ικανοί ή προετοιμασμένοι να ανταπεξέλθουν σε ένα τραυματικό γεγονός είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν μετατραυματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1995). Εκτός από τις στρατηγικές αντιμετώπισης, αρκετοί άλλοι παράγοντες έχει προταθεί ότι συμβάλλουν στη δημιουργία μετατραυματικής ανάπτυξης, τόσο διαπροσωπικοί όσο και ενδο-ατομικοί, όπως η σύμφωνη με τους κοινωνικούς κανόνες συμπεριφορά (Wortman, 2004), η υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους (Calhoun & Tedeschi, 2006), η επαφή με ένα άτομο το οποίο μπορεί να λειτουργήσει ως πρότυπο μετατραυματικής ανάπτυξης (Weiss, 2004), τα θετικά συναισθήματα (Fredrickson, 2001; Stanton & Low, 2004), χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η εξωστρέφεια (Linley & Joseph, 2004), ή κάποια προδιαθεσικά γνωρίσματα όπως η αισιοδοξία και η ελπίδα (Tedeschi & Calhoun, 1996).

2.1.3. Η σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική διαταραχή και τη μετατραυματική ανάπτυξη

Αναμφίβολα, η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική διαταραχή του στρες αποτελούν δύο πιθανά αποτελέσματα της εμπειρίας του καρκίνου του μαστού. Ταυτόχρονα, υπάρχει αρκετό θεωρητικό υπόβαθρο που υποστηρίζει την υπόθεση ότι αυτά τα δύο φαινόμενα συσχετίζονται, ιδιαίτερα στην περίπτωση ογκολογικών ασθενών.

Πρώτα από όλα, σύμφωνα με την υπαρξιακή θεωρία (Spiegel, 1993; Yalom, 1980), όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τη θνητότητά του αναγκάζεται να αναδιαμορφώσει τις βασικές αξίες του στη ζωή. Αυτή η διαδικασία τον οδηγεί σε προσωπική βελτίωση και μετατραυματική ανάπτυξη, η οποία μάλιστα αυξάνεται ανάλογα με το βαθμό της απειλής που αντιλαμβάνεται το άτομο σε σχέση με την τραυματική εμπειρία. Την ίδια στιγμή, όσο πιο έντονη είναι η απειλή που νιώθει το άτομο από το γεγονός, τόσο περισσότερο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Αυτή η σύνδεση υποδηλώνει ότι όταν ένα γεγονός εκλαμβάνεται από το άτομο ως εξαιρετικά απειλητικό,

αυξάνεται η πιθανότητα να εμφανιστούν τόσο η μετατραυματική ανάπτυξη, όσο και η μετατραυματική διαταραχή. Συνεπώς, η αντίληψη του τραύματος ως απειλητικό αποτελεί το σημείο έναρξης και των δύο φαινομένων. Και φαίνεται πως η αντικειμενική σοβαρότητα του τραύματος δε συνάδει πάντα με την υποκειμενική αντίληψή του από το άτομο (Koutrouli, Anagnostopoulos & Potamianos, 2012).

Ένα δεύτερο σημείο που διαφωτίζει την πιθανή σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες είναι ο ρόλος που παίζει η γνωστική επεξεργασία του τραυματικού γεγονότος. Σύμφωνα με τους Jim & Jacobsen (2008), το μετατραυματικό στρες προκύπτει από την πάλη του ατόμου να συμβιβάσει το σοκ από την διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου με τις προϋπάρχουσες αντιλήψεις του για τη ζωή, τη δικαιοσύνη και τον κόσμο. Η ίδια γνωστική διαδικασία όπως έχουμε ήδη περιγράψει μπορεί να οδηγήσει και σε μετατραυματική ανάπτυξη. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι το μετατραυματικό στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη αποτελούν διαφορετικές εκβάσεις της γνωστικής επεξεργασίας του ίδιου γεγονότος. Αν λοιπόν τα δύο αυτά φαινόμενα αποτελούν τους δύο πιθανούς δρόμους μετά από τον καρκίνο του μαστού, πρέπει να υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες οι οποίοι να καθορίζουν ποια πορεία θα ακολουθήσει το άτομο. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να διερευνηθεί αν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, για παράδειγμα τα ιατρικά δεδομένα του ασθενή (πχ, στάδιο νόσου, θεραπεία), τα δημογραφικά του στοιχεία (πχ, η ηλικία, η οικονομική κατάσταση κα) ή οι στρατηγικές αντιμετώπισης (πχ, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αποφυγή κα) που χρησιμοποιεί, παρεμβαίνουν με διαφορετικό τρόπο και εξηγούν τον δρόμο που θα διαβεί το άτομο.

Εκτός βέβαια από τη θεωρία ότι το μετατραυματικό στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη αποτελούν δύο ξεχωριστά φαινόμενα, έχει συζητηθεί κατά πόσον μπορεί να εμφανιστούν και τα δύο σε ένα άτομο, απλώς με διαφορετικά σειρά, σε διαφορετική δηλαδή χρονική περίοδο. Έχουν καταγραφεί υποθέσεις ότι η μετατραυματική ανάπτυξη ακολουθεί το μετατραυματικό στρες στη ζωή ενός ατόμου που έρχεται αντιμέτωπο

με ένα απειλητικό για τη ζωή του γεγονός. Σύμφωνα με τη θεωρία εξάτμισης του στρες- stress evaporation theory- (Figley, 1978) η μετατραυματική διαταραχή είναι μια αρνητική αντίδραση του ατόμου στη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού που εξατμίζεται με το πέρασμα του χρόνου. Παρ' όλο αυτά, η παρουσία των συμπτωμάτων της διαταραχής, όπως οι εισβολές, δηλώνουν ξεκάθαρα ότι το γεγονός ήταν αρκετά στρεσογόνο για το άτομο και ότι το παρακίνησε να εμπλακεί σε μια γνωστική επεξεργασία. Εφ' όσον αυτά τα στοιχεία αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμφάνιση και της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι λογικό να υποθέσουμε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα είναι πιο συχνή ανάμεσα στα άτομα που εμφάνισαν μετατραυματική διαταραχή του στρες κατά το πρώτο διάστημα της διάγνωσης τους με καρκίνο του μαστού (Bellizzi & Blank, 2006). Συνεπώς, όσοι εμφανίζουν μετατραυματική διαταραχή αρχικά είναι πιο πιθανό να αναφέρουν αργότερα και μετατραυματική ανάπτυξη (Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004).

Από την άλλη πλευρά, κάποιοι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι τα δύο αυτά φαινόμενα μπορούν να εμφανιστούν ακόμα και ταυτόχρονα σε ένα άτομο (Cordova & Andrykowski, 2003). Οι μελέτες των Bower, Meyerowitz, Desmond, Bernaards, Rowland & Ganz (2005) και των Park, Cohen & Murch (1996) σε ογκολογικούς ασθενείς έδειξαν ότι υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στις εισβολές, το στρες και την ανάπτυξη. Ανεξαρτήτως του αν τα δύο φαινόμενα μπορούν να εμφανιστούν ταυτόχρονα ή ακολουθούν το ένα το άλλο, η μετατραυματική ανάπτυξη αναμένεται να αποτελέσει έναν αμυντικό μηχανισμό ενάντια στις αρνητικές επιπτώσεις των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού (Morrill, Brewer, O'Neill, Lillie, Claire Dees & Carey, 2008).

Ένα τρίτο σημείο που αναδεικνύει μια πιθανή σύνδεση ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη προέρχεται από το κοινωνικό- γνωστικό μοντέλο - social cognitive processing model (Lepore, 2001). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ύπαρξη ενός μη

υποστηρικτικού δικτύου, για παράδειγμα η έλλειψη φίλων με τους οποίους μπορεί κανείς να μιλήσει για την εμπειρία του καρκίνου, για τις σκέψεις και τα συναισθήματα σχετικά με το τραυματικό αυτό γεγονός, μπορεί να οδηγήσει σε μια αναπόφευκτη αποφυγή των ερεθισμάτων που σχετίζονται με την ασθένεια. Από την μία πλευρά λοιπόν, η αποφυγή μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες εμφάνισης μετατραυματικού στρες, από την άλλη πλευρά όμως μια τόσο περιορισμένη γνωστική επεξεργασία του τραύματος, θεωρείται ως ένα εμπόδιο στην εξέλιξη του ατόμου, και συνεπώς δεν επιτρέπει τη μετατραυματική ανάπτυξη. Οι παραπάνω υποθέσεις είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσες, αλλά απαιτούν επιπρόσθετες έρευνες για να απαντηθούν ξεκάθαρα.

Συνολικά, αρκετές έρευνες δείχνουν ότι μετά από ένα τραυματικό γεγονός (όπως, κακοποίηση, επίθεση, απώλεια, ασθένεια) τα άτομα που βιώνουν έντονα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, εμφανίζουν ταυτόχρονα περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη (McMillen et al., 1997; Park, Aldwin, Fenster & Snyder, 2008; Park et al, 1996; Schorr & Roemer, 2002; Shiri, Wexler, Alkaly, Meiner & Kreitler, 2008; Snape, 1997). Αντιθέτως, άλλες έρευνες σε άτομα με ιστορικό ανάλογων τραυμάτων υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες εμφανίζει το άτομο, τόσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της μετατραυματικής ανάπτυξής του (Aldwin, Levenson & Spiro, 1994; Frazier, Conlon, Glaser, 2001; Ickovics, Meade, Kershaw, Milam, Lewis & Ethier, 2006). Παράλληλα, άλλες έρευνες καταγράφουν απουσία συσχέτισης μεταξύ των δύο εννοιών (Cordova, Cunningham, Carlson, 2001; Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi & Calhoun, 2003) ή μια ασαφή σχέση (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006; Linley & Joseph, 2004; Stanton, Bower & Low, 2006; Zoellner & Maercker, 2006). Τέλος, ορισμένες έρευνες επισημαίνουν μια καμπυλόγραμμη σχέση μεταξύ μετατραυματικής διαταραχής του στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης (Butler, 2007, Lechner, Carver, Antoni, Weaver & Phillips, 2006). Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι δεν μπορούν ακόμα να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα για τη σχέση ανάμεσα

στα δύο φαινόμενα και για το λόγο αυτό απαιτείται περαιτέρω έρευνα. Στόχος λοιπόν της παρούσας έρευνας τίθεται η καταγραφή της εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής του στρες και μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα, η μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνισή τους και η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των δύο αυτών φαινομένων.

2.2. Σχεδιασμός βιβλιογραφικής ανασκόπησης

2.2.1. Κριτήρια ένταξης μελετών στη βιβλιογραφική ανασκόπηση

Αναλογιζόμενοι τους στόχους αυτής της έρευνας διεξήχθη μια βιβλιογραφική ανασκόπηση με βάση ορισμένα αξιολογικά κριτήρια. Καταρχάς, όλες οι έρευνες που εντάχθηκαν έπρεπε να έχουν ποσοτικό σχεδιασμό. Ειδικά για την έννοια της μετατραυματικής ανάπτυξης, είναι απαραίτητο οι έρευνες να είναι ποσοτικές καθώς μας παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για τη γένεση, τους προγνωστικούς παράγοντες και τα αποτελέσματα της μετατραυματικής ανάπτυξης, ενώ οι ποιοτικές έρευνες εστιάζουν συνήθως στον εντοπισμό των θεμάτων που συναποτελούν την έννοια αυτή (Tedeschi & Calhoun, 2006).

Ένα επόμενο σημαντικό κριτήριο για την επιλογή των κατάλληλων ερευνών ήταν να συμπεριλαμβάνουν δείγμα αποτελούμενο αποκλειστικά από ασθενείς με καρκίνο του μαστού ή επιζώντες από την ασθένεια αυτή και όχι από μικτές ομάδες ατόμων με καρκίνο. Επιπρόσθετα, καθώς η έρευνά μας δεν είναι μετα- ανάλυση, τέθηκε ως όρος να εξεταστούν μόνο πρωταρχικές έρευνες. Ως εκ τούτου, αποκλείστηκαν άρθρα ανασκόπησης και περιλήψεις διατριβών.

Ως προς το θέμα του μετατραυματικού στρες, οι έρευνες που περιλήφθηκαν έπρεπε να εξετάζουν το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής με βάση τα κριτήρια της 4^{ης} έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου για τις Ψυχικές Διαταραχές (APA, 1994) και όχι με βάση τις προηγούμενες εκδόσεις. Επίσης, να τονίσουμε ότι το εν λόγω εγχειρίδιο εκδόθηκε και πάλι πρόσφατα (DSM 5, APA, 2013),

μεταγενέστερα όμως της έναρξης αυτής της έρευνας και συνεπώς δε λήφθηκε υπ' όψιν κατά τον σχεδιασμό της ερευνητικής διαδικασίας.

Εκτός αυτού του σημείου, οι έρευνες που περιλήφθηκαν στη μελέτη έπρεπε να χρησιμοποιούν ένα σταθμισμένο εργαλείο με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, κατάλληλα σχεδιασμένο για τη μέτρηση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες, κι όχι μόνο για τον εντοπισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής, όπως τις εισβολές ή την αποφυγή. Αυτού του είδους τα συμπτώματα μετρώνται συνήθως με το ευρέως διαδεδομένο ερωτηματολόγιο «Κλίμακα Επίδρασης Γεγονότων»- Impact of Events Scale (IES, Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979), το οποίο αντανakλά περισσότερο τη συναισθηματική δυσφορία και τα προβλήματα προσαρμογής, παρά την καθ' αυτό διαταραχή. Αντιθέτως, ένα άλλο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο, το PTSD Check List Civilian version (PCL-C, Weathers, Hulska, Keane, 1991) θεωρείται χρήσιμο και κατάλληλο για τη διάγνωση μετατραυματικού στρες σε ασθενείς με καρκίνο (Andrykowski, Cordova, Studts & Miller, 1998). Το PCL-C σχεδιάστηκε ειδικά για τη μέτρηση της μετατραυματικής διαταραχής και περιλαμβάνει ερωτήσεις για όλα τα συμπτώματά της, ενώ ταυτόχρονα παρέχει νόρμες, κριτήρια και μεθόδους για να εντοπιστούν οι συμμετέχοντες που δικαιούνται να λάβουν τη διάγνωση της διαταραχής (Cordova, Andrykowski, Kenady, McGrath, Sloan & Redd, 1995). Τέλος, το εν λόγω ερωτηματολόγιο έχει επαρκή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και δοκιμής επανελέγχου (Shelby, Kreutz & Andersen, 2005). Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα προαναφερθέντα στοιχεία, η βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριέλαβε μόνο έρευνες που χρησιμοποίησαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο.

Όσον αφορά στη μετατραυματική ανάπτυξη, οι έρευνες που συμπεριλήφθηκαν έπρεπε να μετρούν αυτή την έννοια μόνο και όχι ανάλογες έννοιες, όπως η εύρεση θετικών- benefit finding (Tomich & Helgeson, 2004) ή η σχετική με το στρες ανάπτυξη- stress related growth (Park, Cohen & Murch, 1996). Οι όροι αυτοί μπορεί να επικαλύπτονται εννοιολογικά σε κάποια σημεία, αλλά αποτελούν

ξεχωριστές κατασκευές (Mols, Vingerhoets, Coebergh & van de Poll-Franse, 2009). Οι βασικές διαφορές τους εναπόκεινται στον χρόνο έναρξης κάθε μιας και στο είδος των αλλαγών που περιλαμβάνουν. Όπως ανέφεραν οι Sears, Stanton & Danoff-Burg (2003) η εύρεση θετικών προετοιμάζει το έδαφος για την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης, ενώ οι Calhoun & Tedeschi (1998) επισημαίνουν ότι η εύρεση θετικών ξεκινά αμέσως μετά τη διάγνωση, ενώ η μετατραυματική ανάπτυξη δημιουργείται στις εβδομάδες, τους μήνες, ακόμα και τα χρόνια μετά την εμπειρία του καρκίνου. Ως προς τη σχετική με το στρες ανάπτυξη, φαίνεται ότι μπορεί να αντανάκλα όλες τις θετικές αλλαγές στα προσωπικά αποθέματα, τις ικανότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων και στις κοινωνικές σχέσεις, αλλά σύμφωνα με την έως τώρα γνώση μας, δεν υπάρχει κάποια έρευνα που να αποδεικνύει ότι είναι ταυτόσημη έννοια με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Κατά συνέπεια, οι έρευνες που αναφέρονταν στην εύρεση θετικών ή τη σχετική με το στρες ανάπτυξη αποκλείστηκαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Τέλος, να επισημάνουμε ότι όλες οι έρευνες που περιλήφθηκαν, χρησιμοποίησαν τη μοναδική σταθμισμένη κλίμακα για τη μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης, την «Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης»- Post Traumatic Growth Inventory (PTGI), η οποία κατασκευάστηκε από τους Tedeschi & Calhoun (1996) και θεωρείται αξιόπιστη και έγκυρη.

2.2.2. Στρατηγική εντοπισμού μελετών για την ένταξή τους στη βιβλιογραφική ανασκόπηση

Για τον εντοπισμό των κατάλληλων ερευνών ακολουθήθηκε η ενδεικνυόμενη στρατηγική που περιγράφεται σε αυτή την ενότητα. Το πρώτο βήμα ήταν να διεξαχθούν τρεις ξεχωριστές έρευνες στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PsychInfo και Heal-link, για τον εντοπισμό άρθρων που δημοσιεύτηκαν κατά το χρονικό διάστημα 1990-2010 (όπου και πραγματοποιήθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση) αναγράφοντας τον όρο καρκίνος του μαστού μεμονωμένα και

συνδυαστικά με τις λέξεις μετατραυματική διαταραχή του στρες και μετατραυματική ανάπτυξη. Οι τρεις αυτές έρευνες κατέληξαν σε μια μήτρα σχετικών άρθρων, 39 εκ των οποίων αφορούσαν στη μετατραυματική διαταραχή του στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Alter et al., 1996; Amir & Ramati, 2002; Andrykowski et al., 1998; Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski, Cordova, Grath, Sloan & Kenday, 2000; Baider & De Nour, 1997; Bleiker et al., 2000; Brewin et al., 1998; Butler et al., 1999; Classen et al., 2001; Cordova, et al., 1995; Cordova et al., 2000; Cordova et al., 2007; Epping-Jordan et al., 1994; Epping-Jordan et al., 1999; Golden-Kreutz et al., 2005; Green, et al., 1998; Hampton et al., 2000; Hunter et al., 1996; Jacobsen et al., 1998; Jacobsen et al., 2002; Kaasa et al., 1993; Levine et al., 2005; Lewis et al., 2001; Manne et al., 1999; Manne et al., 2001; Mehnert et al., 2007; Mundy et al., 2000; Naidich & Motta, 2000; Palmer et al., 2004; Pitman et al., 2001; Shelby et al., 2005; Shelby et al., 2008; Tjemsland et al., 1996b; Tjemsland et al., 1998; Vickberg et al., 2000; Walker et al., 1999; Wanzel et al., 1999; Widows et al., 2000), 25 έρευνες που μελετούσαν τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Antoni et al., 2001; Bellizzi & Blank, 2006; Bellizzi et al., 2009; Bower et al., 2005; Bozo et al., 2009; Carver & Antoni, 2004; Cordova et al., 2001; Cordova et al., 2007; Cruess et al., 2000; Hegelson, 2010; Karanci & Erkam, 2007; Lechner et al., 2006; Lerolain et al., 2010; Manne et al., 2004; McGregor et al., 2004; Morrill et al., 2008; Mols et al., 2009; Oh et al., 2004; Sears et al., 2003; Stanton et al., 2005; Tomich & Helgeson, 2004; Tomich & Helgeson, 2006; Urcuyo et al., 2005; Weiss, 2002; Weiss, 2004) και μόλις δύο έρευνες που μελετούσαν και τις δύο έννοιες σε δείγμα από γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Cordova et al., 2007; Morrill et al., 2008).

Οι παραπάνω αναφερόμενες έρευνες εξετάστηκαν επαρκώς για να ελεγχθεί κατά πόσον κάλυπταν τα κριτήρια για την ένταξή τους στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Μετά από την ολοκλήρωση αυτής της

διαδικασίας 11 έρευνες σχετικά με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες (Andrykowski et al., 1998; Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Cordova, et al., 1995; Cordova et al., 2000; Jacobsen et al., 1998; Levine et al., 2005; Mehnert et al., 2007; Pitman et al., 2001; Shelby et al., 2005; Shelby et al., 2008;), 12 έρευνες σχετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη (Bellizzi & Blank, 2006; Bellizzi et al., 2009; Bozo et al., 2009; Cordova et al., 2001; Lerolain et al., 2010; Manne et al., 2004; Mols et al., 2009; Oh et al., 2004; Sears et al., 2003; Stanton et al., 2005; Weiss, 2002; Weiss, 2004) και μόλις μια έρευνα για τη μελέτη και των δύο φαινομένων σε πληθυσμό με καρκίνο του μαστού (Cordova et al., 2007) κρίθηκαν κατάλληλες για να συμπεριληφθούν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Οι έρευνες αυτές παρουσιάζονται ξεχωριστά στους πίνακες 2.1., 2.2., και 2.3., όπου αναφέρεται μια σύντομη περιγραφή του σχεδιασμού της έρευνας, του μεγέθους του δείγματος, του τρόπου μέτρησης των εννοιών και του χρονικού διαστήματος όπου διεξήχθη η έρευνα.

2.3. Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

2.3.1. Μετατραυματική διαταραχή και καρκίνος του μαστού

Όλες οι έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες και περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.1. Οι έρευνες αυτές είχαν διατμηματικό σχεδιασμό (Andrykowski et al., 1998; Andrykowski & Cordova, 1998; Cordova et al., 1995; Cordova et al., 2000; Jacobsen et al., 1998; Levine et al., 2005; Pitman et al., 2001; Shelby et al., 2005; Shelby et al., 2008) εκτός από την έρευνα των Mehnert και Koch (2007), που ήταν διαχρονική μελέτη και την έρευνα των Andrykowski et al. (2000) που ήταν διαχρονική και συγχρονική. Επιπρόσθετα, όλες οι έρευνες χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο PCL-C για να μετρήσουν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες, με εξαίρεση την έρευνα των Cordova et al. (1995) όπου χορηγήθηκε το PCL-C και το IES, ενώ σε ορισμένες άλλες έρευνες χορηγήθηκε το PCL-C και παράλληλα

διεξήχθησαν συνεντεύξεις (Andrykowski et al., 1998; Andrykowski et al., 2000; Mehnert & Koch, 2007; Pitman et al., 2001; Shelby et al., 2008).

Πίνακας 2.1. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού

Έρευνες	Σχεδιασμός	Μέγεθος δειγματος	Ερωτηματολόγια	Χρόνος μέτρησης
Andrykowski et al., 1998	Συγχρονικός	84	PCL-C, SCID	M.O.: 37 μήνες μετά τη θεραπεία
Andrykowski & Cordova, 1998	Συγχρονικός	82	PCL-C	M.O.: 37.3 μήνες μετά τη θεραπεία
Andrykowski et al., 2000	Συγχρονικός & Διαχρονικός	46	PCL-C συνέντευξη T2	& T1: μ.ο. 29.8 μήνες μετά τη θεραπεία T2: 1 χρόνο μετά
Cordova, et al., 1995	Συγχρονικός	55	IES, PCL-C	M.O.: 30.5 μήνες μετά τη θεραπεία
Cordova et al., 2000	Συγχρονικός	142	PCL-C	M.O.: 19.4 μήνες μετά τη θεραπεία
Jacobsen et al., 1998	Συγχρονικός	43 (receiving BMT)	PCL-C	M.O.: 19.36 μήνες μετά τη θεραπεία
Levine et al, 2005	Συγχρονικός	181	PCL-C	18 μήνες μετά τη διάγνωση
Mehnert et al., 2007	Συγχρονικός	98	SCIC, IES, PCL-C	Μετά το χειρουργείο και 6 μήνες μετά

Pitman et al., 2001	Συγχρονικός	87	CAPS, SCID, M.O.: PCL-C, μετά τη διάγνωση Mississippi PTSD Scale	20.5 μήνες
Shelby et al., 2005	Συγχρονικός	148	PCL-C	Περίπου 18 μήνες μετά τη διάγνωση
Shelby et al., 2008	Συγχρονικός	74	PCL-C, SCID	30-40 μήνες μετά τη διάγνωση

Το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού ήταν σχετικά χαμηλό, με διακύμανση από 2.4% (Mehnert & Koch, 2007) έως 19% (Jacobsen et al., 1998). Κάποιες μεθοδολογικές διαφορές μπορεί να εξηγούν την απόκλιση στα ποσοστά εμφάνισης μεταξύ των ερευνών. Για παράδειγμα, οι συμμετέχουσες στην έρευνα των Jacobsen et al (1998) είχαν υποβληθεί λίγο χρονικό διάστημα πριν από την έρευνα σε μεταμόσχευση μυελού των οστών (ABMT) σαν τμήμα της θεραπείας τους για τον καρκίνο του μαστού. Πιθανόν, το γεγονός ότι έλαβαν μια τόσο ισχυρή θεραπεία να ώθησε τις γυναίκες αυτές να πιστέψουν ότι η ασθένειά τους ήταν πιο σοβαρή ή ταυτόχρονα μπορεί η ίδια η θεραπεία να ήταν μια ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία για τις ασθενείς. Άλλωστε, οι Amir & Ramati (2002) μελετώντας τις αντιδράσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού, χρησιμοποίησαν τη ρήση του φιλοσόφου Publilius Syrus που αναφέρει ότι καμιά φορά η θεραπεία είναι χειρότερη από την ίδια την ασθένεια. Συνεπώς, αυτοί θα μπορούσαν να είναι οι λόγοι που τα ποσοστά εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες είναι τόσο αυξημένα στην έρευνα αυτή σε σύγκριση με τις ανάλογες τιμές κάθε άλλης έρευνας.

Επιπρόσθετα, εκτός από την εμφάνιση της διαταραχής, κάποιες έρευνες εξέτασαν τους παράγοντες που επηρέαζαν τη δημιουργία της διαταραχής σύμφωνα με το μοντέλο της Andersen (1994) για την προσαρμογή μετά από τη θεραπεία του καρκίνου, το οποίο περιλαμβάνει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή (ηλικία, κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, ένταξη σε μειονότητα), τα ιατρικά στοιχεία (χρονικό διάστημα από τη διάγνωση ή τη θεραπεία του καρκίνου, στάδιο της ασθένειας, είδος θεραπείας) και τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους (ιστορικό τραυμάτων, προηγούμενες διαταραχές, εκτίμηση του τραύματος, στρατηγικές αντιμετώπισης και κοινωνική υποστήριξη).

Όσον αφορά στους δημογραφικούς παράγοντες, η ηλικία φαίνεται να έχει μια σχέση με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Πιο συγκεκριμένα, οι νεότερες γυναίκες φαίνεται ότι βιώνουν συχνότερα την εν λόγω διαταραχή (Cordova et al., 1995; Jacobsen et al., 1998; Levine et al., 2005). Το εύρημα αυτό πιθανόν να εξηγείται από το γεγονός ότι οι νεότερες γυναίκες βιώνουν πιο έντονο σοκ και απειλή από την αναπάντεχη ανακοίνωση της διάγνωσης τους με μια τόσο σοβαρή ασθένεια, ενώ επιπρόσθετα τείνουν να αντιδρούν με μεγαλύτερο αίσθημα αβοηθητότητας και απαισιοδοξίας και κατ' επέκταση να νιώθουν πιο έντονα συμπτώματα στρες.

Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της διαταραχής (Cordova et al., 1995; Jacobsen et al., 1998). Το εύρημα αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, και συνεπώς με χαμηλότερες οικονομικές απολαβές, επιβαρύνονται περισσότερο από τα δυσβάσταχτα έξοδα της θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού. Η εξήγηση αυτή επικυρώνεται από το παράλληλο εύρημα ότι το χαμηλότερο κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής (Cordova et al., 1995; Levine et al., 2005). Ταυτόχρονα, οι γυναίκες με χαμηλότερη μόρφωση και περιορισμένα οικονομικά αποθέματα, μπορεί

να στερούνται των δυνατοτήτων πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και κατ' επέκταση να αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης μιας ψυχιατρικής διαταραχής. Άλλωστε, συστηματικά καταδεικνύεται η χρησιμότητα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ως μέσον αντιμετώπισης ενός τραυματικού γεγονότος (Green et al., 1990). Ταυτόχρονα, σύμφωνα με το μοντέλο των πόρων-resource model- (Hobfoll, 1989), οι προσωπικοί πόροι, όπως το εισόδημα ή το επάγγελμα, έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν την ασθενή στην προσπάθειά της να ανταπεξέλθει με τις πολλαπλές απώλειες που προκαλούνται από τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Ως εκ τούτου, περιορισμένοι πόροι σε επίπεδο μόρφωσης, εργασίας και οικονομικής δυνατότητας μπορεί να εξηγήσουν τη δημιουργία της διαταραχής, ενώ παράλληλα αναφέρεται ότι η εμπλοκή με την επαγγελματική δραστηριότητα μπορεί να λειτουργήσει μερικώς σαν ένας μηχανισμός άμυνας ενάντια στο στρες (Updegraff & Taylor, 2000).

Εκτός από τους δημογραφικούς παράγοντες που περιγράφηκαν έως τώρα, μια σειρά από ιατρικά δεδομένα, όπως η σοβαρότητα της ασθένειας, το στάδιο της νόσου, ο χρόνος που έχει μεσολαβήσει από τη διάγνωση της ασθένειας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόστηκε, εξετάστηκαν για να διευκρινιστεί η σχέση τους με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Αρχικά, η λήψη του διαγνωστικού αποτελέσματος και η ενημέρωση της γυναίκας ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού, έχει αναγνωριστεί ως μια εξαιρετικά τραυματική στιγμή της ασθενούς. Επεκτείνοντας αυτή την πληροφορία, μπορούμε να υποθέσουμε ότι όσο πιο προχωρημένη είναι η ασθένεια, τόσο πιο τραυματική θα είναι η ανακοίνωση της διάγνωσης για τη γυναίκα. Όσο πιο σοβαρή και τραυματική αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας της η ασθενής, τόσο περισσότερο αίσθημα αβοηθητότητας και απελπισίας θα βιώσει. Η αντίδραση με αίσθημα αβοηθητότητας και απελπισίας κλινικά αποτελεί μια προϋπόθεση για την ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Τα ερευνητικά

ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι όντως η αντίληψη της ασθένειας ως πιο στρεσογόνα και απειλητική, λόγω της σοβαρότητάς της, συνδέεται με την εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής (Andrykowski & Cordova, 1998; Cordova et al., 2003; Jacobsen et al., 1998). Ακόμα και αν η ασθένεια δεν είναι τόσο επικίνδυνη όσο την αντιλαμβάνεται το άτομο, και μόνο η διαστρεβλωμένη αυτή αντίληψη αρκεί για να αυξηθούν τα επίπεδα δυσφορίας, το αίσθημα αβοηθητότητας και η απελπισία του ατόμου, στοιχεία που διευκολύνουν την ανάπτυξη της διαταραχής. Μια αντίδραση με έντονη δυσφορία ή μια περιορισμένη ή και αρνητική προσαρμογή στην ασθένεια ανοίγει το δρόμο για την εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής (Levine et al., 2005). Συμπερασματικά, η υποκειμενική αντίληψη της ασθένειας ως πιο απειλητική λόγω της βαρύτητάς της ή η πιο εξελιγμένη ασθένεια, οδηγούν σε μια κατάσταση ψυχικής δυσφορίας, η οποία αυξάνει την ευαλωτότητα του ατόμου για την ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Jacobsen et al., 1998).

Όσον αφορά στο χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τη διάγνωση της ασθένειας, φαίνεται ότι υπάρχει μια πολύπλοκη σχέση με την ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής του στρες σε ασθενείς και επιζούσες του καρκίνου του μαστού. Τα ευρήματα της έρευνας των Cordova et al. (1995) προτείνουν ότι η χρονική απόσταση από τη στιγμή της διάγνωσης δε σχετίζεται με την ανάπτυξη της διαταραχής, πιθανόν επειδή η εκδήλωση της διαταραχής δεν είναι το αποτέλεσμα του χρόνου που περνάει, αλλά όλων των γεγονότων που μεσολαβούν. Δέκα χρόνια αργότερα, η έρευνα των Levine et al. (2005) επιβεβαίωσε ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές. Παρόλο αυτά, στο μεσοδιάστημα, οι Andrykowski και Cordova (1998) ανέφεραν στην έρευνά τους ότι όσο μικρότερο το χρονικό διάστημα από την ολοκλήρωση της θεραπείας για την ασθένεια τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, ενώ οι Andrykowski et al. (2000) κατέγραψαν ότι όσο περισσότερος χρόνος περνάει από την θεραπεία της ασθένειας, τόσο

περιορίζονται τα αποφευκτικά συμπτώματα του μετατραυματικού στρες. Τα ευρήματα των δύο τελευταίων αυτών ερευνών συνάδουν με την θεωρία εξάτμισης του στρες - stress evaporation theory- η οποία υποστηρίζει ότι το στρες μειώνεται με την πάροδο του χρόνου και συνεπώς τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες θα εξαλείφονται όσο περνάει ο καιρός, ενώ θα είναι πιο έντονη η παρουσία τους στο χρονικό διάστημα που ακολουθεί τη διάγνωση, το χειρουργείο και τη θεραπεία από την ασθένεια (Figley, 1978). Συνολικά, η ασυμφωνία στα ερευνητικά αποτελέσματα δεν μπορεί να εξηγηθεί από τις διαφορές στον ερευνητικό σχεδιασμό, εφ' όσον η πλειοψηφία των ερευνών μελέτησαν την εμφάνιση της διαταραχής 30-37 μήνες από τη θεραπεία, χρησιμοποίησαν το PCL-C για τη μέτρηση της διαταραχής και το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά περιορισμένο σε όλες τις έρευνες. Μόνο η έρευνα των Levine et al. (2005) αποτελεί εξαίρεση, καθώς το δείγμα που ερευνήθηκε ήταν τριπλάσιο από τις υπόλοιπες μελέτες, ενώ ο χρόνος χορήγησης του ψυχομετρικού εργαλείου ήταν περίπου οι 18 μήνες μετά τη διάγνωση. Τα αντιφατικά αυτά ευρήματα απλώς υποδηλώνουν ότι απαιτείται περαιτέρω προοπτική (prospective) έρευνα στον τομέα της ψυχολογίας. Μια εγγυημένη λύση για να ξεκαθαριστεί η σχέση ανάμεσα στο πέρασμα του χρόνου και την εμφάνιση της διαταραχής θα ήταν να εξετάζεται συστηματικά το άτομο από τη στιγμή της διάγνωσης και μετά.

Τέλος, το είδος της θεραπείας για την ασθένεια έχει προταθεί σαν προγνωστικός παράγοντας για τη δημιουργία της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Η υπόθεση αυτή έχει λάβει την υποστήριξη των Andrykowski & Cordova (1998), οι οποίοι βρήκαν ότι η λήψη χημειοθεραπευτικών σκευασμάτων αυξάνει τα συμπτώματα υπέρ-εγρήγορης, μια από τις προϋποθέσεις δηλαδή της μετατραυματικής διαταραχής. Επιπρόσθετα, η αυξημένη παραμονή στο νοσοκομείο σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έκαναν μεταμόσχευση μυελού των οστών ως μέρος της θεραπείας για την ασθένεια (Jacobsen et al., 1998) σχετιζόταν θετικά με το μετατραυματικό στρες. Είναι πιθανό ότι οι ενοχλητικές και διασπαστικές παρενέργειες των συμπληρωματικών

θεραπειών, καθώς και ο εγκλεισμός στο νοσοκομείο να δημιουργούν μια αυξημένη αίσθηση αβεβαιότητας και αντίληψης απειλής από την ασθένεια, γεγονός που ευνοεί την ανάπτυξη της διαταραχής. Αντιθέτως, μια τέτοια σύνδεση ανάμεσα στο είδος της θεραπείας και του ποσοστού εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής δεν εντοπίστηκε στην έρευνα των Cordova et al. (1995). Η προαναφερθείσα ασυμβατότητα ανάμεσα στα ευρήματα μπορεί να εξηγηθεί από τις μεθοδολογικές διαφορές στις έρευνες. Για παράδειγμα, οι συμμετέχουσες στην έρευνα των Jacobsen et al. (1998), βρίσκονταν σε πιο προχωρημένο στάδιο της ασθένειας και λάμβαναν μια πιο παρεμβατική θεραπεία, παράμετροι που θεωρείται αποδεκτό ότι αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής. Από την άλλη πλευρά, οι συμμετέχουσες στην έρευνα των Cordova et al. (1995) χαρακτηρίζονταν από υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και βρίσκονταν σε πιο αρχικό στάδιο της ασθένειας, παράμετροι που δε σχετίζονται με υψηλά ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής ούτως ή άλλως. Επιπρόσθετα, παρ' όλο που το είδος της θεραπείας και το ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής δε βρέθηκε να σχετίζονται στην έρευνα των Cordova et al. (1995), οι συμμετέχουσες δήλωσαν ότι η πιο ενοχλητική και επώδυνη ανάμνηση που είχαν, αλλά και τα πλέον ταραγμένα όνειρα που έβλεπαν, σχετίζονταν με τη χειρουργική επέμβαση στην οποία υποβλήθηκαν και με τις παρενέργειες των συμπληρωματικών θεραπειών που έλαβαν. Συνεπώς, ακόμα και αν το είδος της θεραπείας δεν αλλάζει τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής, η όποια θεραπεία και αν ακολουθηθεί για την ασθένεια σχετίζεται με την παρεμβατική φύση αυτής της διαταραχής.

Εκτός αυτών, ορισμένοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (κοινωνική υποστήριξη και ιστορικό τραυμάτων) έχουν διερευνηθεί από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, ως προς τη σχέση τους με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες.

Πρώτα από όλα, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η αντίληψή της ως ικανοποιητική από το άτομο θεωρήθηκε από τους ερευνητές ότι θα κατείχε σημαντικό ρόλο στην εξάλειψη της πιθανότητας να

αναπτυχθεί μετατραυματική διαταραχή του στρες. Αυτή η υπόθεση επιβεβαιώθηκε όντως από την έρευνα των Andrykowski et al. (2000), οι οποίοι κατέγραψαν ότι η λήψη κοινωνικής υποστήριξης περιορίζει τα μετατραυματικά συμπτώματα, ενώ άλλοι ερευνητές σημείωσαν ότι η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης μετατραυματικού στρες (Andrykowski & Cordova, 1998). Συνολικά, μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η λήψη ή η αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης από φίλους, συγγενείς και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παρέχει στην ασθενή τη δυνατότητα να μιλήσουν για την εμπειρία τους, να μοιραστούν συναισθήματα και σκέψεις, ακόμα και να αντιληφθούν τα πράγματα από μια διαφορετική οπτική γωνία. Μέσα από την κοινωνική υποστήριξη και τη συναισθηματική έκφραση η ασθενής μπορεί να μειώσει την πιθανότητα να αναπτύξει μετατραυματική διαταραχή ή μπορεί να περιορίζει τις επιπτώσεις των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες.

Επιπλέον, οι έρευνες έχουν εξετάσει το ιστορικό των τραυμάτων στη ζωή μιας γυναίκας, διατυπώνοντας την υπόθεση ότι όσο πιο πλούσιο σε τραυματικά γεγονότα είναι το ιστορικό ενός ατόμου, τόσο πιο ευάλωτο είναι το άτομο να αναπτύξει μετατραυματικό στρες μετά από την εμπειρία του καρκίνου. Η προαναφερθείσα υπόθεση επιβεβαιώθηκε από δύο έρευνες (Andrykowski et al., 1998; Andrykowski et al., 2000). Εκτός αυτού, οι Mehnert et al. (2007) μελετώντας ένα δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού βρήκαν ότι η εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες μετά τον καρκίνο του μαστού σχετιζόταν σημαντικά με την ύπαρξη life time μετατραυματικής διαταραχής, που εμφανίζεται σε άτομα με πλούσιο ιστορικό σε τραύματα.

Συμπερασματικά με βάση τις έρευνες της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, πρέπει να σημειωθεί ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες είναι μια ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, σε σχετικά χαμηλά βέβαια ποσοστά. Παρόλο αυτά, όταν αναπτύσσεται η διαταραχή φαίνεται να σχετίζεται με κάποιους παράγοντες, όπως η νεαρή ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό-

οικονομικό επίπεδο, η διάγνωση της ασθένειας σε προχωρημένο στάδιο, η αντίληψη της ασθένειας ως σοβαρή- ακόμα και αν δε δικαιολογείται από το στάδιο της νόσου-, η λήψη πολύπλοκης θεραπείας, η περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη και ένα ιστορικό πλούσιο σε τραυματικά γεγονότα.

2.3.2. Μετατραυματική ανάπτυξη και καρκίνος του μαστού

Όσον αφορά στις έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική ανάπτυξη και οι οποίες παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.2, είχαν στην πλειοψηφία τους διατμηματικό σχεδιασμό (Bellizzi & Blank, 2006; Bellizzi et al., 2009; Bozo et al., 2009; Cordova et al., 2001; Lerolain et al., 2010; Mols et al., 2009; Oh et al., 2004; Weiss, 2002; Weiss, 2004), ενώ μόνο τρεις από τις έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση είχαν διαχρονικό σχεδιασμό (Manne et al., 2004; Sears et al., 2003; Stanton et al., 2005). Όλες οι έρευνες χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο PTGI για τη μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης στο δείγμα τους, και μόνο στην έρευνα των Oh et al. (2004) χορηγήθηκε τόσο η Κλίμακα Νοήματος- Meaning Scale, όσο και το PTGI. Τέλος, μόνο σε δύο έρευνες πραγματοποιήθηκαν κλινικές συνεντεύξεις εκτός από τη χορήγηση σταθμισμένων ψυχομετρικών εργαλείων στο δείγμα (Sears et al., 2003; Weiss, 2002).

Πίνακας 2.2. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού

Έρευνα	Σχεδιασμός	Μέγεθος δείγματος	Ερωτηματολόγιο	Χρόνος μέτρησης
Bellizzi & Blank, 2006	Συγχρονικός	215	PTGI	1-4 χρόνια μετά τη θεραπεία
Bellizzi et al., 2009	Συγχρονικός και	802	PTGI	Αρχική: μ.ο. 6.1 μήνες μετά τη

	διαχρονικός			διάγνωση
				T2: περίπου 24 μήνες μετά την 1 ^η
Bozo et al., 2009	Συγχρονικός	104	PTGI	2-276 μήνες μετά τη διάγνωση
Cordova et al., 2001	Συγχρονικός	70	PTGI	2 χρόνια μετά τη διάγνωση
Lerolain et al., 2010	Συγχρονικός	307	PTGI	5-15 χρόνια μετά τη διάγνωση
Manne et al., 2004	Συγχρονικός	162	PTGI	4 έως 22 μήνες μετά τη διάγνωση
Mols et al., 2009	Συγχρονικός	183	PTGI	10 μετά τη διάγνωση
Oh et al., 2004	Συγχρονικός	108	PTGI, Meaning Scale	Έως 5 χρόνια μετά τη διάγνωση
Sears et al., 2003	Συγχρονικός	92	PTGI ποιοτική συνέντευξη	και 6 και 18 μήνες μετά το χειρουργείο
Stanton et al., 2005	Διαχρονικός	418	PTGI	5.6 και 18 μήνες μετά το χειρουργείο
Weiss, 2002	Συγχρονικός	41 couples	PTGI και ανοιχτές ερωτήσεις	1- 5.5. χρόνια μετά το χειρουργείο
Weiss, 2004	Συγχρονικός	72 couples	PTGI	39 μήνες μετά τη διάγνωση

Ανεξαρτήτως του ερευνητικού σχεδιασμού, οι μελέτες που περιλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού βιώνουν πράγματι μετατραυματική ανάπτυξη μετά την εμπειρία της ασθένειάς τους. Για παράδειγμα, η έρευνα των Sears et al. (2003) αναφέρει ότι το 83% των επιζώντων του καρκίνου του μαστού βίωναν θετικές αλλαγές μετά την ασθένειά τους, ενώ σε άλλη έρευνα (Weiss, 2002) βρέθηκε ότι το 98% των ασθενών ανέφεραν στοιχεία μετατραυματικής ανάπτυξης.

Εκτός από την καταγραφή του ποσοστού εμφάνισης της μετατραυματικής ανάπτυξης σε δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού, η πλειοψηφία των ερευνών που περιλαμβάνονται σε αυτή την ανασκόπηση διερεύνησαν τους παράγοντες που προβλέπουν την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης, μεταξύ των οποίων δημογραφικοί, ιατρικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Παρόλο αυτά, τα ευρήματα των ερευνών είναι σε αρκετές περιπτώσεις αντιφατικά και δυσχεραίνουν την εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων.

Ξεκινώντας, οι δημογραφικοί παράγοντες που προτάθηκαν συμπεριλαμβάνουν την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασία και την εθνικότητα. Οι περισσότερες από τις έρευνες ανέφεραν ότι οι νεότερες γυναίκες βίωναν σε μεγαλύτερο βαθμό μετατραυματική ανάπτυξη μετά την ασθένειά τους από ότι οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες (Bellizzi & Blank, 2006; Bellizzi et al., 2009; Manne et al., 2004). Φαίνεται λογικό ότι οι νεότερες γυναίκες είναι λιγότερο προετοιμασμένες να έρθουν αντιμέτωπες με ένα τόσο αναπάντεχο πρόβλημα υγείας και ως εκ τούτου αισθάνονται μεγαλύτερη απειλή και φόβο από την διάγνωσή τους. Μια τέτοια αντίδραση οδηγεί στη συντριβή και κατόπιν στην ανασκευή των πεποιθήσεων της ασθενούς, διαδικασία που όπως προαναφέρθηκε αποτελεί ορόσημο για την μετατραυματική ανάπτυξη. Επιπλέον, οι νεότερες γυναίκες μπορεί να ωθούνται από το περιβάλλον τους στην

υιοθέτηση μιας πιο θετικής στάσης απέναντι στην ασθένειά τους και για το λόγο αυτό να αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα ανάπτυξης (Manne et al., 2004). Μπορεί ακόμα να ειπωθεί ότι οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες ενδέχεται να εμφανίζουν ταυτόχρονα κι άλλα προβλήματα υγείας ή απώλειες στη ζωή τους (για παράδειγμα απώλεια συζύγου, συνταξιοδότηση) που δεν ευνοούν τη διαδικασία της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η ηλικία βέβαια δεν μπορεί πάντα να καθορίσει την αντίδραση του ατόμου, καθώς παρεμβαίνουν και τα υπόλοιπα ατομικά χαρακτηριστικά.

Ένα ακόμα δημογραφικό χαρακτηριστικό των γυναικών που μελετήθηκε ως προς τη σχέση του με την μετατραυματική ανάπτυξη ήταν το μορφωτικό επίπεδο. Οι έρευνες αναφέρουν ότι οι γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου βιώνουν μεγαλύτερη ανάπτυξη (Bellizzi & Blank, 2006; Weiss, 2004). Ενδεχομένως οι γυναίκες με χαμηλότερη μόρφωση να αξιοποιούν περισσότερο ως στρατηγική αντιμετώπισης, κατανόησης και αποδοχής της ασθένειάς του τη θρησκευτική πίστη. Η έρευνα στο χώρο των θρησκευτικών και πνευματικών στρατηγικών αντιμετώπισης δείχνει ότι αυτή η στρατηγική αντιμετώπισης σχετίζεται αρνητικά με το μορφωτικό επίπεδο, γεγονός που σημαίνει ότι η χαμηλότερη μόρφωση οδηγεί σε συχνότερη χρήση θρησκευτικής στρατηγικής αντιμετώπισης. Ταυτόχρονα, αυτού του είδους η στρατηγική αντιμετώπισης σχετίζεται θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη, δηλαδή η συχνή χρήση αυτού του είδους στρατηγικής αντιμετώπισης οδηγεί σε αυξημένη μετατραυματική ανάπτυξη (Frazier et al., 2001).

Σύμφωνα με τις έρευνες της ανασκόπησης, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο θεωρείται ένας μέτριος παράγοντας που επιδρά στην μετατραυματική ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα, το υψηλό εισόδημα συνδέεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Cordova et al., 2001), πιθανόν επειδή οι οικονομικοί πόροι λειτουργούν ως μηχανισμός αντιμετώπισης των δυσκολιών, εξουδετέρωσης των αρνητικών στιγμών και αναγνώρισης ακόμα και των ελάχιστων θετικών αλλαγών (Hobfoll, 1989).

Επιπλέον, η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να μη σχετίζεται με την μετατραυματική ανάπτυξη (Sears et al., 2003). Προφανώς, απλώς και μόνο η ύπαρξη ενός γάμου δεν εξασφαλίζει την προσωπική ανάπτυξη. Αυτό που χρειάζεται είναι μια υποστηρικτική, θερμή συντροφική σχέση. Η προαναφερθείσα εξήγηση υποστηρίζεται από το εύρημα ότι η λήψη υποστήριξης από έναν συναισθηματικά εκφραστικό σύζυγο (Manne et al., 2004) και η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στο ζευγάρι (Weiss, 2004; Weiss, 2002) συνδέονται θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Παρόλο αυτά, οι Manne et al. (2004), δεν εντόπισαν σχέση ανάμεσα στην ποιότητα του γάμου και τη μετατραυματική ανάπτυξη. Ενδεχομένως η ποιότητα ενός γάμου να μην είναι προγνωστικός παράγοντας, αλλά αποτέλεσμα της ανάπτυξης. Ταυτόχρονα, τα ζευγάρια που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα είχαν μακροχρόνιους γάμους που ξεπερνούσαν τα 20 χρόνια, γεγονός που υπονοεί μια σταθερότητα στη σχέση του ζευγαριού, με φυσιολογικούς ρυθμούς και αίσθημα εξοικείωσης, χωρίς διακυμάνσεις που θα επέτρεπαν την εμφάνιση της ανάπτυξης. Τέλος, φαίνεται να μην υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και τους συζυγικούς καυγάδες (Weiss, 2002; Weiss, 2004). Πιθανόν, τα ζευγάρια του δείγματος των συγκεκριμένων ερευνών να είχαν μια αποτελεσματική επικοινωνία και λιγότερους συζυγικούς καυγάδες, και για το λόγο αυτό να αποφάσισαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μαζί. Συνεπώς, η δεδομένα καλή σχέση ανάμεσα στους συντρόφους που συμμετείχαν στο δείγμα μπορεί να εξηγεί τα μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που καταγράφηκαν στις έρευνες αυτές.

Μια τελευταία δημογραφική μεταβλητή που εξετάστηκε ήταν η εθνικότητα. Σύμφωνα με τις έρευνες, οι λευκές γυναίκες βιώνουν λιγότερη μετατραυματική ανάπτυξη (Bellizzi et al., 2009), ενώ η ένταξη σε μια μειονότητα, για παράδειγμα Αφρο-αμερικάνικη ή Ισπανική, σχετίζεται θετικά με υψηλότερο επίπεδο ανάπτυξης (Bellizzi et al., 2009). Το παραπάνω εύρημα μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι μέσα στους κόλπους μίας μειονότητας αναπτύσσονται ισχυροί δεσμοί και

καθιερώνονται σταθερές θρησκευτικές ρουτίνες. Είναι άλλωστε ήδη εμφανές ότι οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης συνδέονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Lerolain et al., 2010). Παρόλο αυτά, αξίζει να σημειωθεί ότι οι μειονότητες συνήθως δεν αντιπροσωπεύονται επαρκώς στις έρευνες, γεγονός που μπορεί να παραποιεί τα ευρήματα.

Εκτός από τους δημογραφικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν, έχουν εξεταστεί και τα ιατρικά στοιχεία των ασθενών, όπως το στάδιο της ασθένειας, η χρονική απόσταση από τη διάγνωση και το είδος της θεραπείας, για να διαλευκανθεί η σύνδεσή τους με τη μετατραυματική ανάπτυξη.

Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο των Tedeschi and Calhoun (1995), βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη είναι η εμπειρία ενός σοβαρά τραυματικού γεγονότος. Λογικά, μια ασθένεια σε προχωρημένο στάδιο θα προκαλέσει μια περισσότερο στρεσογόνο αντίληψη της απειλής και του κινδύνου λόγω της ασθένειας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μετατραυματική ανάπτυξη. Οι έρευνες καταλήγουν ότι όταν η ασθενής αντιλαμβάνεται την ασθένειά της με μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση (Bellizzi & Blank, 2006) και βιώνει υψηλότερα επίπεδα στρες (Cordova et al., 2001; Sears et al., 2003) όντως οδηγείται στην ανάπτυξη. Παρόλο αυτά, μια τόσο προσωπική και υποκειμενική αντίληψη της διάγνωσης δε συνάδει απαραίτητα με τα αντικειμενικά μετρήσιμα στοιχεία της ασθένειας, όπως είναι το στάδιο της νόσου. Ως απόδειξη, σε αρκετές έρευνες δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη σοβαρότητα της νόσου και τη μετατραυματική ανάπτυξη (Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004; Oh et al., 2004; Weiss, 2004). Ταυτόχρονα, η έρευνα των Bellizzi et al. (2009) έδειξε ότι όσο πιο αρχικό είναι το στάδιο της νόσου, τόσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα της ανάπτυξης. Ενδεχομένως, οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται σε αρχικά στάδια της ασθένειας να έχουν λιγότερες επιπτώσεις ή δυσκολίες από την θεραπεία, καθώς και περιορισμένο φόβο υποτροπής ή επανεμφάνισης της ασθένειας, συνεπώς δε βιώνουν έντονη απειλή από τον καρκίνο του μαστού και ως εκ τούτου δεν οδηγούνται στη μετατραυματική ανάπτυξη.

Επιπρόσθετα, ελέγχθηκε ο ρόλος του χρονικού διαστήματος από τη στιγμή της διάγνωσης στη δημιουργία μετατραυματικής ανάπτυξης. Πιο λεπτομερώς, κάποιες έρευνες ανέφεραν ότι η αύξηση του χρόνου από τη διάγνωση σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά ανάπτυξης (Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004; Sears et al., 2003). Το εύρημα αυτό συνάδει με τη θεωρία των Tedeschi & Calhoun (1995) ότι η ανάπτυξη εμφανίζεται με το πέρασμα του χρόνου από το τραυματικό γεγονός. Αντιθέτως, σε άλλη έρευνα (Weiss, 2004) εντοπίστηκαν διαφορετικά αποτελέσματα που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η μικρή χρονική απόσταση από τη διάγνωση σχετίζεται με την ανάπτυξη. Για να εξετάσουμε την αντίθεση στα αποτελέσματα αυτά πρέπει να καταγραφούν οι μεθοδολογικές διαφορές ανάμεσα στις έρευνες. Οι έρευνες που ανέφεραν ότι το πέρασμα του χρόνου διευκολύνει την ανάπτυξη πραγματοποιήθηκαν στα δύο πρώτα χρόνια μετά τη διάγνωση ή το χειρουργείο (Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004; Sears et al., 2003), πολύ νωρίτερα από ότι η έρευνα (Weiss, 2004) που έδειξε τα αντίθετα συμπεράσματα, όπου η στιγμή της μέτρησης απείχε τουλάχιστον τρία χρόνια από την ασθένεια. Αυτή η διαφορά στη χρονική φάση της μέτρησης υποστηρίζει το θεωρητικό μοντέλο και δείχνει ότι η ανάπτυξη συντελείται όσο περνάει ο καιρός από τη διάγνωση, αγγίζει το ανώτερο σημείο της περίπου δύο χρόνια αργότερα και κατόπιν παραμένει σταθερή.

Τέλος, ως προς τα ιατρικά στοιχεία, ερευνήθηκε ο ρόλος των διαφορετικών ειδών θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού στη μετατραυματική ανάπτυξη. Τα ερευνητικά αποτελέσματα δείχνουν ότι η λήψη χημειοθεραπείας αποτελεί ένα προγνωστικό παράγοντα της μετατραυματικής ανάπτυξης (Lerolain et al., 2010), κάτι που δε φαίνεται να ισχύει για την ακτινοθεραπεία (Mols et al., 2009). Ενδεχομένως, η υποβολή σε μια ισχυρή και μακροχρόνια θεραπεία, με ενοχλητικές παρενέργειες, όπως η χημειοθεραπεία, ενισχύει τη θεώρηση της ασθένειας ως πιο σημαντική, γεγονός που αναστατώνει τις πεποιθήσεις της γυναίκας οδηγώντας την στην ανάπτυξη. Αναφορικά με το είδος του

χειρουργείου, η πλειονότητα των ερευνών αναφέρει στατιστικά μη σημαντικά αποτελέσματα (Manne et al., 2004; Sears et al., 2003; Weiss, 2004). Προφανώς δεν είναι τόσο σημαντικό αν η γυναίκα υποβληθεί σε ογκεκτομή ή μαστεκτομή. Και μόνο το γεγονός της υποβολής της γυναίκας σε εγχείρηση για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, είναι αρκετό για να αφήσει σημάδια στο σώμα της ασθενούς, τραύματα στον ψυχισμό της και σημαντικές αλλαγές στη ζωή της.

Εκτός από τις δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές, ορισμένοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά, η κοινωνική υποστήριξη και οι στρατηγικές αντιμετώπισης, έχουν προταθεί ως καθοριστικοί για τον σχηματισμό μετατραυματικής ανάπτυξης.

Βασιζόμενοι στη θεωρητική υπόθεση ότι η ανάπτυξη επηρεάζεται από την ελπίδα, την αισιοδοξία και τους κοινωνικούς πόρους (Park et al., 1996), τόσο τα εν λόγω χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όσο και η παροχή υποστήριξης από το κοινωνικό δίκτυο έχουν μελετηθεί. Παρόλο το θεωρητικό πλαίσιο, οι έρευνες που συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση δεν επιβεβαίωσαν την υπόθεση των Tedeschi & Calhoun (1995) ότι η αισιοδοξία είναι ένας δρόμος προς την ανάπτυξη, καθώς βρήκαν στατιστικά μη σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές (Bellizzi & Blank, 2006; Sears et al., 2003). Την ίδια στιγμή, και η ελπίδα βρέθηκε να μην συνδέεται σημαντικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Bellizzi & Blank, 2006). Αυτό που μπορεί να ισχυριστεί κανείς είναι ότι η μετατραυματική ανάπτυξη είναι κάτι πολύ περισσότερο από μια αισιόδοξη στάση ζωής όπου ευελπιστεί το άτομο σε ένα καλύτερο μέλλον.

Όσον αφορά στη συμβολή του κοινωνικού δικτύου, η επικρατούσα υπόθεση αναφέρει ότι θα διευκολύνει την ανάπτυξη, είτε με τον περιορισμό των παράπλευρων παρενεργειών του τραύματος (Cohen & Willis, 1985), είτε με την ενθάρρυνση του ατόμου να εμπλακεί σε ενεργητική γνωστική επεξεργασία του τραύματος μέσω της συζήτησης και της αποκάλυψης (Lepore et al., 2001). Πράγματι, οι έρευνες έδειξαν ότι

η συζήτηση για τον καρκίνο του μαστού (Cordova et al., 2001), η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (Sears et al., 2003) και η επαφή με ένα άτομο που βίωσε ανάπτυξη μετά από κάποια κρίσιμη συνθήκη (Weiss, 2004) σχετίζονται θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Παρόλο αυτά, η συνολική κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να μη σχετίζεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Bozo et al., 2009; Cordova et al., 2001; Weiss, 2004). Ενδεχομένως, είναι απαραίτητη η συναισθηματική υποστήριξη από το έτερον ήμισυ και όχι απλώς η κοινωνική υποστήριξη από το ευρύτερο περιβάλλον. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε όντως από την έρευνα των Bozo et al. (2009) όπου φάνηκε ότι η υποστήριξη από τον σύντροφο μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη και δεν μπορεί να υποκατασταθεί από την συνολική κοινωνική υποστήριξη.

Αναμφίβολα, η κοινωνική υποστήριξη δημιουργεί στο άτομο ένα αίσθημα φροντίδας και αξίας (Hegelson et al., 1996), ενώ ταυτόχρονα μειώνει τις αρνητικές επιπτώσεις από τα ερεθίσματα. Παρόλο αυτά, φαίνεται να μην κατέχει την απαιτούμενη δύναμη για να ωθήσει το άτομο να αναθεωρήσει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται, συστατικό απαραίτητο για την μετατραυματική ανάπτυξη. Πιθανόν να είναι καθοριστικός ο συνδυασμός της αισιοδοξίας με την υποστήριξη τόσο από το κοινωνικό δίκτυο, όσο και από το έτερον ήμισυ (Bozo et al., 2009).

Επιπλέον, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που επιστρατεύει ένα άτομο έχουν θεωρηθεί ως πιθανοί συμμετοχοί στη μετατραυματική ανάπτυξη. Πιο αναλυτικά, η μετατραυματική ανάπτυξη φάνηκε ότι σχετίζεται θετικά με τη στρατηγική ενεργητικής προσαρμογής στην κατάσταση (Bellizzi & Blank, 2006; Lerolain et al., 2010), με τη θρησκευτική αντιμετώπιση (Lerolain et al., 2010), την αντιμετώπιση εστιασμού στο πρόβλημα (Sears et al., 2003) και τη θετική επανεκτίμηση (Sears et al., 2003). Η αναζήτηση νοήματος στην εμπειρία του καρκίνου και η έκφραση των συναισθημάτων του ατόμου σε άλλους θεωρούνται ως αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης του τραύματος που οδηγεί σε ανάπτυξη. Τα ευρήματα των ερευνών υποδηλώνουν ότι οι ενεργητικοί και θετικοί

τρόποι διαχείρισης της διαβρωτικής φύσης της ασθένειας και των θεραπειών που εφαρμόζονται για την αντιμετώπισή της, μπορεί να βοηθήσουν τη γυναίκα να αναθεωρήσει τους στόχους της και να αλλάξει την οπτική γωνία από την οποία επεξεργάζεται την εμπειρία της, αντιμετωπίζοντάς την ως μια πρόκληση για θετικές αλλαγές στη ζωή της.

Συνολικά, μπορεί να ειπωθεί ότι η πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο του μαστού βιώνουν σε ένα ποσοστό μετατραυματική ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα, η μετατραυματική ανάπτυξη είναι περισσότερο συχνή σε γυναίκες νεότερης ηλικίας, χαμηλότερης μόρφωσης, υψηλότερου οικονομικού επιπέδου και στα μέλη μειονοτήτων. Επίσης, εμφανίζεται σε γυναίκες οι οποίες αντιλαμβάνονται το τραύμα ως πιο στρεσογόνο, όσες λαμβάνουν ισχυρή θεραπεία για την ασθένειά τους, έχουν περισσότερη υποστήριξη από τον σύντροφο, συζητούν αρκετά για την εμπειρία τους, έρχονται σε επαφή με πρότυπα μετατραυματικής ανάπτυξης και χρησιμοποιούν βοηθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

2.3.3. Μετατραυματική ανάπτυξη, μετατραυματική διαταραχή και καρκίνος του μαστού

Τέλος, μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης εντοπίστηκε μόλις μια έρευνα που μελετούσε τη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού, η οποία να πληρούσε τα κριτήρια που τέθηκαν κατά την αναζήτηση. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε από τους Cordova και συνεργάτες το 2007. Η εν λόγω έρευνα ήταν ποσοτική, είχε συγχρονικό σχεδιασμό και χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο PCL-C για τη μέτρηση της μετατραυματικής διαταραχής και το ερωτηματολόγιο PTGI για την μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η συγκεκριμένη έρευνα παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.3. Να σημειωθεί ότι και η έρευνα των Morrill et al. (2008) μελέτησε τη σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες. Παρόλο αυτά αποκλείστηκε από την ανασκόπηση καθώς μετρούσε τα μετατραυματικά συμπτώματα του στρες και όχι την καθ' αυτό διαταραχή.

Πίνακας 2.3. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού

Έρευνες	Σχεδιασμός	Μέγεθος δειγματος	Ερωτηματολόγια	Χρόνος μέτρησης
Cordova et al., 2007	Συγχρονικός	92	PCL-C PTGI	M.O.: 9.4 μήνες μετά τη θεραπεία

Μέσα από την έρευνα αυτή ξεκαθαρίστηκε ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη αποτελούν δύο ξεχωριστά φαινόμενα της γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας της τραυματικής εμπειρίας. Παρόλο που αποτελούν διακριτές εννοιολογικές κατασκευές, φαίνεται να μοιράζονται ορισμένους κοινούς προγνωστικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το μορφωτικό και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, τη σοβαρότητα της ασθένειας και τη θεραπεία αυτής, την αντίληψη της ασθένειας ως στρεσογόνου παράγοντα, καθώς και την υποστήριξη από το έτερον ήμισυ. Η έρευνα των Cordova et al. (2007) βασιζόμενη σε σχετικά συμπεράσματα, διατύπωσε την υπόθεση ότι οι δύο αυτές έννοιες δε θα σχετιζόνταν, αλλά θα είχαν ορισμένους κοινούς προγνωστικούς παράγοντες.

Πράγματι, τα αποτελέσματα από την συγκεκριμένη έρευνα έδειξαν ότι μόλις το 11-17% των συμμετεχόντων επιδέχονταν της διάγνωσης μετατραυματικής διαταραχής του στρες, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος βίωναν μετατραυματική ανάπτυξη. Ταυτόχρονα, τα δύο αυτά φαινόμενα δε σχετιζόνταν, αλλά ήταν ανεξάρτητα. Τα ίδια συμπεράσματα διατυπώθηκαν και από μια έρευνα που μελέτησε τις δύο αυτές μεταβλητές σε ένα δείγμα αποτελούμενο από ογκολογικούς ασθενείς με διαφορετικές διαγνώσεις που υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση μυελού των οστών (Widows et al., 2005), καθώς και στην έρευνα των Ho, Chan, Yau

& Yeung (2011) που μελέτησε μεταξύ άλλων τη σύνδεση ανάμεσα στη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Αντιθέτως και παρόλο το θεωρητικό υπόβαθρο, οι Cordova & Andrykowski (2003) πρότειναν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική διαταραχή του στρες θα μπορούσαν να εμφανίζονται ταυτόχρονα. Η ίδια υπόθεση προτάθηκε και από τους Morrill et al. (2008), εξετάζοντας τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε ασθενείς με καρκίνο. Στην έρευνα αυτή φάνηκε ότι οι δύο μεταβλητές σχετίζονταν και συνδέονταν με την ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη μείωνε την αρνητική επίπτωση των συμπτωμάτων του στρες στα επίπεδα της διάθεσης του ατόμου και στην ποιότητα της ζωής του. Παρόμοια σχέση παρατηρήθηκε και σε άλλες έρευνες σε ογκολογικούς ασθενείς, όπου βρέθηκε ότι τα έντονα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, όπως για παράδειγμα οι εισβολές, σχετίζονται με πιο υψηλά επίπεδα ανάπτυξης (Barakat et al., 2006; Jaarsma et al., 2006), ευρήματα που υποδηλώνουν ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη μπορούν να συνυπάρχουν, ενώ η παρουσία της μιας κατάστασης δεν αποκλείει την άλλη (Barskova & Oesterreich, 2009).

Συνοψίζοντας, το μετατραυματικό στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη όντως παρουσιάζονται σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ενώ και οι δύο καταστάσεις υποδηλώνουν ότι η ασθενής αντιλαμβάνεται την ασθένειά της ως στρεσογόνα και τραυματική. Παρόλο αυτά, η σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες δεν είναι ακόμα ξεκάθαρη. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αυτές οι μεταβλητές δε σχετίζονται, ενώ άλλοι αναφέρουν ότι μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα στη ζωή ενός ατόμου. Σύμφωνα με τους Cordova et al. (2007), το μοναδικό κοινό στοιχείο ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές είναι ότι εμφανίζονται σε άτομα που αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους ως στρεσογόνο ερέθισμα, ενώ αυτή η υποκειμενική αντίληψη της απειλής από την ασθένεια

αποτελούσε και τον μοναδικό κοινό προγνωστικό τους παράγοντα. Παρόλο αυτά, τα ερευνητικά ευρήματα είναι ανεπαρκή και περιορισμένα, για το λόγο αυτό δεν είναι εφικτό να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα.

2.4. Περιορισμοί των ερευνών της βιβλιογραφικής ανασκόπησης

2.4.1. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες

Αναμφίβολα οι έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι πολύτιμες και παρέχουν σημαντικές πληροφορίες. Παρόλο αυτά, όπως σε κάθε επιστημονική έρευνα, παρατηρούνται ορισμένοι μεθοδολογικοί περιορισμοί, τους οποίους οφείλουμε να αναφέρουμε. Καταρχάς, η πλειοψηφία των ερευνών που συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση έχουν συγχρονικό σχεδιασμό (Andrykowski et al., 1998; Andrykowski & Cordova, 1998; Cordova et al., 1995; Cordova et al., 2000; Jacobsen et al., 1998; Levine et al., 2005; Pitman et al., 2001; Shelby et al., 2005; Shelby et al., 2008), συνεπώς παρέχουν περιορισμένες πληροφορίες για την αναπτυξιακή διαδικασία της διαταραχής, καθώς και την κατεύθυνση της σχέση ανάμεσα στους αιτιολογικούς παράγοντες και τα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής. Επιπλέον, οι έρευνες αυτές επί το πλείστον περιλαμβάνουν στο δείγμα τους λευκές, μορφωμένες, παντρεμένες γυναίκες μεσαίας οικονομικής τάξης. Αυτού του είδους τα ομοιογενή δείγματα περιορίζουν σημαντικά την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Παράλληλα, το μέγεθος του δείγματος στις περισσότερες έρευνες δεν κρίνεται ικανοποιητικό (πχ, Cordova et al., 1995: N=55) γεγονός που μειώνει σημαντικά τη στατιστική δύναμη της έρευνας και την αξιοπιστία των ευρημάτων. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που περιλαμβάνονταν στο δείγμα επέλεξαν αυτοβούλως τη συμμετοχή τους, είτε λόγω προσωπικότητας, είτε λόγω ενδιαφέροντος, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μεροληπτικά ευρήματα. Αξίζει να τονίσουμε ότι στην έρευνα των Andrykowski et al. (2000), οι συμμετέχοντες της πρώτης φάσης της έρευνας που εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά της

διαταραχής, δε συμμετείχαν στη δεύτερη ερευνητική φάση. Το γεγονός αυτό δημιουργεί την υποψία ότι τα άτομα που μπορεί να βρίσκονται στην πιο δύσκολη θέση, πιθανόν να αποφεύγουν να απαντήσουν στις έρευνες, άρα μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα τα ερευνητικά δεδομένα.

Τέλος, οι έρευνες βασίζονται σε αυτό- χορηγούμενα ερωτηματολόγια, όπως το PCL-C για τη μέτρηση της διαταραχής. Όμως, σύμφωνα με τους Andrykowski et al. (2000), το PCL-C (Weathers, et al., 1991) δε μετρά αν το γεγονός- ερέθισμα καλύπτει τα κριτήρια για να θεωρηθεί ως τραυματικό. Κάποιες έρευνες διεξήγαγαν κλινικές συνεντεύξεις επιπρόσθετα (Andrykowski et al., 1998; Andrykowski et al., 2000; Mehnert et al., 2007; Pitman et al., 2001; Shelby et al., 2008). Αυτή η ποικιλομορφία μπορεί να εξηγήσει μέρος των αντιφατικών ευρημάτων από τις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες, τόσο στα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής, όσο και στον εντοπισμό των δημογραφικών, ιατρικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τη δημιουργία της διαταραχής.

2.4.2. Έρευνες που μελέτησαν τη μετατραυματική ανάπτυξη

Αντίστοιχα, τα ευρήματα των μελετών που αφορούν στη μετατραυματική ανάπτυξη είναι πολύτιμα για την κατανόηση αυτής της έννοιας και τον σχεδιασμό ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που θα την ευνοούν. Παρόλο αυτά, εντοπίζονται κάποιοι μεθοδολογικοί περιορισμοί τους οποίους καλούμαστε να αναφέρουμε.

Πρώτα από όλα, όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, η πλειοψηφία των ερευνών έχουν συγχρονικό σχεδιασμό (Bellizzi & Blank, 2006; Bellizzi et al., 2009; Bozo et al., 2009; Cordova et al., 2001; Lerolain et al., 2010; Mols et al., 2009; Oh et al., 2004; Weiss, 2002; Weiss, 2004) μέσω του οποίου δεν είναι εφικτό να μελετηθούν οι αιτιολογικές σχέσεις ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και τις προτεινόμενες μεταβλητές. Είναι εμφανής η ανάγκη για νέες, διαχρονικές και πειραματικές έρευνες, οι οποίες θα προσφέρουν σημαντικά στην

κατανόηση της γένεσης της μετατραυματικής ανάπτυξης και του τρόπου με τον οποίο καθορίζουν την μετατραυματική ανάπτυξη οι δημογραφικές, ιατρικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές.

Επιπλέον, οι περισσότερες έρευνες βασίζονται σε εκ των υστέρων μέτρηση της ανάπτυξης (retrospective measurement) γεγονός το οποίο αφενός μειώνει την προβλεπτική αξία των ερευνών και αφετέρου αυξάνει την πιθανότητα σφάλματος προκατειλημμένης ανάκλησης (recollection bias). Αυτό μπορεί να συμβαίνει, καθώς βασιζόμαστε στην ανάκληση των πληροφοριών από τη μνήμη του ατόμου, στοιχείο που δημιουργεί αμφιβολίες για την αμεροληψία και τη μη διαστρέβλωση ή αλλοίωση των πληροφοριών από μεταγενέστερα συμβάντα, σκέψεις ή συναισθήματα.

Ταυτόχρονα, οι έρευνες βασίζονται σε αυτό-χορηγούμενα ερωτηματολόγια, τα οποία θεωρούνται ευπαθή σε μεροληπτικές απαντήσεις, συνεπώς το προαναφερθέν μειονέκτημα ενισχύεται. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, αλλά δε μετρά τις αρνητικές αλλαγές στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων λόγω της ασθένειάς τους. Είναι λογικό ότι αν δε μελετάται το πλήρες μοντέλο στη συμπεριφορά ενός ατόμου δεν είναι εφικτό να εξαχθούν συμπεράσματα για τη σημασία ή την επικράτηση των θετικών αλλαγών μέσω της ανάπτυξης. Ενδεχομένως, οι αρνητικές αλλαγές να είναι πολύ περισσότερες από τις θετικές, απλώς δε δίνεται η δυνατότητα να καταγραφούν μέσα από αυτό το ερωτηματολόγιο. Η υπόθεση αυτή θα εξηγούσε το λόγο για τον οποίο οι συμμετέχουσες τελικά δεν αναφέρουν βελτιώσεις στην ποιότητα της ζωής τους, τη λειτουργικότητα και τη διάθεσή τους μετά την ασθένειά τους στις έρευνες αυτές.

Ένας ακόμα μεθοδολογικός περιορισμός που πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν είναι ότι οι περισσότερες έρευνες δεν πραγματοποίησαν στατιστικές αναλύσεις που να αναζητούν καμπυλόγραμμη συσχέτιση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και των μεταβλητών. Όμως, από την έρευνα

των Lechner et al. (2006) ήταν εμφανές ότι τέτοιου είδους συσχετίσεις υπάρχουν και εξηγούν πολύ καλύτερα τα ευρήματα. Επίσης, να αναφερθεί ότι η πλειοψηφία των ερευνών δεν εξέταζε κατά πόσον οι αλλαγές που αναφέρονται στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου είναι πράγματι εμφανείς στη συμπεριφορά της γυναίκας. Θα ήταν χρήσιμο για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων να μπορούσε να ακολουθηθεί μια επιβεβαίωση, όπως σχεδιάστηκε στις έρευνες της Weiss (2002 & 2004). Στις συγκεκριμένες έρευνες συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα και οι σύντροφοι των ασθενών, οι οποίοι ρωτήθηκαν τόσο για τη δική τους ανάπτυξη, όσο και για την εκτίμησή τους ως προς τις αλλαγές της συντρόφου τους. Στις εν λόγω έρευνες, οι απαντήσεις των συντρόφων επιβεβαίωσαν τα ευρήματα του ψυχομετρικού εργαλείου που χορηγήθηκε στις γυναίκες.

Επίσης, οι περισσότερες έρευνες δεν υπολογίζουν κατά πόσον οι θετικές αλλαγές που καταγράφονται πηγάζουν από την ίδια τη μεταμορφωτική δύναμη της ασθένειας ή είναι απλώς το αποτέλεσμα του χρόνου που περνάει και αλλάζει το άτομο με ποικίλους τρόπους. Μόνο η έρευνα των Cordova et al. (2001) ακολούθησε αυτό το σκεπτικό, όπου μελετήθηκε και ένα δείγμα υγιών ατόμων ως ομάδα ελέγχου για να συγκριθούν τα ποσοστά εμφάνισης μετατραυματικής ανάπτυξης ανάμεσα στις δύο ομάδες. Τα αποτελέσματα από αυτή την έρευνα έδειξαν ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού εμφάνισαν περισσότερες θετικές αλλαγές σε σχέση με τις υγιείς συμμετέχουσες στο ίδιο χρονικό διάστημα.

Επιπλέον, να τονιστεί ότι σε αρκετές έρευνες το δείγμα που επιστρατεύτηκε περιελάμβανε λιγότερα από 100 άτομα (όπως, Weiss, 2002; Weiss, 2004), γεγονός που μειώνει, όπως αναφέρθηκε και για τις έρευνες που μέτρησαν τη μετατραυματική διαταραχή του στρες, τη στατιστική δύναμη και περιορίζει την πιθανότητα εύρεσης στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων. Επίσης, οι έρευνες βασίστηκαν σε ομοιογενή δείγματα από γυναίκες που προσφέρθηκαν εθελοντικά να συμμετάσχουν στην έρευνα, ενώ τα μέλη των μειονοτήτων δεν αντιπροσωπεύτηκαν επαρκώς. Για παράδειγμα στην έρευνα της Weiss

(2002), όπου μελετήθηκε η μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και τους συντρόφους τους, μόνο ζευγάρια με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και χωρίς σοβαρές διαμάχες συμπεριλήφθησαν, γεγονός που δεν αντιπροσωπεύει το γενικό πληθυσμό. Φυσικά, υπάρχουν και εξαιρέσεις, όπως η έρευνα των Bellizzi et al. (2009), που μελέτησε ένα πολυπληθές δείγμα με άτομα διαφορετικής εθνικότητας.

2.4.3. Έρευνα που μελέτησε τη μετατραυματική διαταραχή και τη μετατραυματική ανάπτυξη

Όπως αναφέρθηκε και στις έρευνες που μετρούσαν τη μετατραυματική διαταραχή ή τη μετατραυματική ανάπτυξη, έτσι και στη μοναδική έρευνα που συμπεριλήφθηκε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατηρούνται κάποιοι μεθοδολογικοί περιορισμοί.

Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα των Cordona και συνεργατών (2007), είχε συγχρονικό σχεδιασμό μέσω του οποίου δεν είναι εφικτό να μελετηθούν οι αιτιολογικές σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές. Επίσης, η έρευνα βασίστηκε σε εκ των υστέρων μετρήσεις, γεγονός το οποίο μειώνει την προβλεπτική αξία της έρευνας και αυξάνει την πιθανότητα σφάλματος από την ανάκληση των πληροφοριών. Παράλληλα, καθώς χρησιμοποιήθηκαν αυτό-χορηγούμενα ερωτηματολόγια, αυξάνεται η πιθανότητα μεροληπτικών απαντήσεων. Τέλος, το δείγμα της έρευνας ήταν περιορισμένο σε μέγεθος- 65 γυναίκες-, γεγονός που μειώνει τη στατιστική δύναμη.

2.5. Προτάσεις βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα αποτελέσματα και τους μεθοδολογικούς περιορισμούς που αναφέρθηκαν, μπορούν να εξαχθούν κάποια προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. Πρώτα από όλα, χρειάζεται να διεξαχθούν κι άλλες έρευνες που να μετρούν τόσο ξεχωριστά, όσο και συνδυαστικά, τη μετατραυματική ανάπτυξη και τη μετατραυματική διαταραχή τους στρες σε δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού. Οι

έρευνες αυτές είναι προτιμότερο να έχουν διαχρονικό, προοπτικό σχεδιασμό, να χρησιμοποιούν έγκυρα και αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία και να μετρούν τόσο τις θετικές, όσο και τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας. Θα ήταν βοηθητική η ύπαρξη μιας ομάδας ελέγχου για σύγκριση των αποτελεσμάτων ή μια επιπλέον μελέτη στο περιβάλλον των ασθενών για επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων, για παράδειγμα μέσω συνέντευξης ή παρατήρησης της συμπεριφοράς. Επιπλέον οι έρευνες θα πρέπει να δώσουν την ευκαιρία σε άτομα που ανήκουν σε μειονότητες ή χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές και μορφωτικές βαθμίδες να εκφράσουν την άποψή τους και να ακουστεί η φωνή τους. Οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διερευνήσουν τις σχέσεις, καμπυλόγραμμες ή μη, τόσο ανάμεσα στη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη, όσο και μεταξύ κάθε έννοιας και των μεταβλητών που προτείνονται βιβλιογραφικά ως σημαντικοί παράγοντες.

Κλείνοντας είναι σημαντικό να λεχθεί ότι οι μελλοντικές έρευνες καλούνται να φωτίσουν τα σκοτεινά σημεία της δημιουργίας της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης, των παραγόντων που τις καθορίζουν και των μεταξύ τους σχέσεων, με σκοπό να σχεδιαστούν οι κατάλληλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας των ασθενών.

2.6.Σύνοψη βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Συμπερασματικά, η διάγνωση και η θεραπεία μιας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, όπως ο καρκίνος του μαστού, θεωρούνται αρκετά στρεσογόνες και ενοχλητικές εμπειρίες. Ο καρκίνος του μαστού περιλαμβάνει ποικίλα και μακροχρόνια τραυματικά ερεθίσματα, ενώ αντιπροσωπεύει μια εσωτερική απειλή που ευνοεί την ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Πράγματι, οι έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξαν ότι ένα μικρό ποσοστό των ασθενών εμφανίζουν τη διαταραχή αυτή, λόγω της ασθένειάς

τους. Ορισμένοι από τους πιο σταθερά εμφανιζόμενους παράγοντες που σχετίζονται με τη διαταραχή ήταν η νεαρή ηλικία, η πιο προχωρημένη ασθένεια, η περιορισμένη λήψη κοινωνικής υποστήριξης και το πλούσιο σε τραυματικά γεγονότα ιστορικό ζωής. Παρόλο αυτά, λόγω των μεθοδολογικών διαφορών και περιορισμών, οι μελέτες συχνά καταλήγουν σε αντιφατικά ευρήματα. Υπάρχει λοιπόν ουσιαστική ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της εμφάνισης της διαταραχής σε αυτό τον πληθυσμό, καθώς και των παραγόντων που επηρεάζουν τη δημιουργία της.

Παράλληλα, τις τελευταίες δεκαετίες ο καρκίνος του μαστού έχει αναγνωριστεί σαν ένα πιθανό τραυματικό γεγονός που μπορεί να συγκλονίσει τις βασικές πεποιθήσεις της ασθενούς. Όσο η ασθενής προσπαθεί να αντιληφθεί, να αποδεχτεί και να εξηγήσει την εμπειρία της, της προσφέρεται η δυνατότητα να γίνει πιο δυνατή, να εκτιμήσει περισσότερο τη ζωή, να αφιερώσει πιο πολύ χρόνο στις σχέσεις και να βρει οφέλη μέσα στο τραύμα της. Μια τέτοια μετατραυματική ανάπτυξη όπως ονομάστηκε ήταν εμφανής σε έρευνες των τελευταίων ετών. Παρόλο αυτά, λόγω μεθοδολογικών διαφορών και περιορισμών, οι έρευνες συχνά κατέληγαν σε αντιφατικά αποτελέσματα ως προς τους παράγοντες που παρεμβαίνουν στη δημιουργία μετατραυματικής ανάπτυξης. Η νεαρή ηλικία, η χαμηλή μόρφωση, η καλή οικονομική κατάσταση, η ένταξη σε μειονότητα, η λήψη ισχυρής θεραπείας, η αντίληψη μεγάλης απειλής από την ασθένεια, η υποστήριξη από τον σύντροφο και η χρήση θετικών, ενεργητικών και θρησκευτικών στρατηγικών αντιμετώπισης φαίνεται να είναι από τους πλέον σημαντικούς και συχνά αναφερόμενους παράγοντες που επιδρούν θετικά στη μετατραυματική ανάπτυξη.

Τέλος, ως προς τη σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης και της μετατραυματικής διαταραχής του στρες, η μοναδική έρευνα που συμπεριλήφθηκε στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε ότι τα φαινόμενα αυτά δε συνδέονται, ότι ήταν πιο συχνή η εμφάνισή τους σε γυναίκες που αντιλαμβάνονταν την ασθένειά τους ως τραυματικό

γεγονός, καθώς και ότι ο μοναδικός κοινός τους παράγοντας ήταν ο βαθμός της απειλητικής και στρεσογόνου αντίληψης της ασθένειάς τους. Σαφώς, τα αποτελέσματα μόνο μιας έρευνας δε δύναται να οδηγήσουν σε καθοριστικά συμπεράσματα, για το λόγο αυτό εκλαμβάνονται ως ενδείξεις ή υποδείξεις και απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εξακρίβωση της ορθότητάς τους.

2.7. Θεωρητικό μοντέλο παρούσας έρευνας

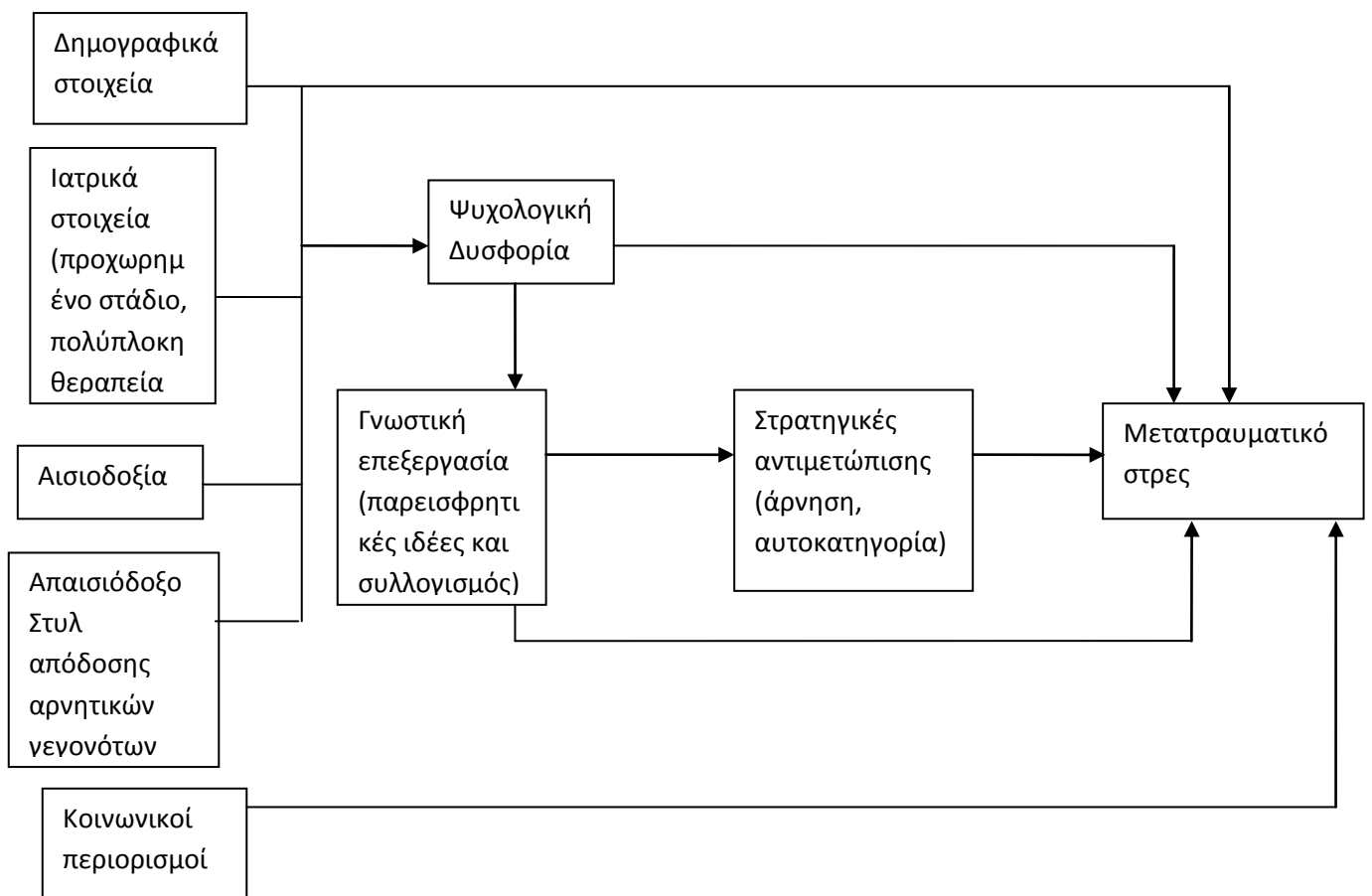
Για την παρούσα έρευνα δημιουργήθηκαν δύο θεωρητικά μοντέλα, ένα για τη δημιουργία της διαταραχής μετατραυματικού στρες και ένα για την μετατραυματική ανάπτυξη. Τα θεωρητικά μοντέλα βασίστηκαν στα κύρια ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και στα εξής θεωρητικά μοντέλα: το μοντέλο της Andersen (1994) για την προσαρμογή στον καρκίνο, το κοινωνικό- γνωστικό μοντέλο του Lepore (2001) για την προσαρμογή στον καρκίνο, τη γνωστική θεωρία για τη διαχείριση του στρες του Lazarus (1979) και το υπαρξιακό μοντέλο των Tedeschi & Calhoun (1996) για τη μετατραυματική ανάπτυξη. Ο μηχανισμός που εξηγεί τη δημιουργία της μετατραυματικής ανάπτυξης, την εμφάνιση του μετατραυματικού στρες αλλά και τη σχέση ανάμεσα στη διαταραχή του μετατραυματικού στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού περιγράφεται σε αυτές τις παραγράφους.

Μια γυναίκα που διαγιγνώσκεται με καρκίνο του μαστού βιώνει έναν βαθμό ψυχικής δυσφορίας από την ασθένεια. Ο βαθμός αυτός εξαρτάται από κάποια αντικειμενικά στοιχεία, όπως το στάδιο της ασθένειας, η πολυπλοκότητα της ασθένειας και ο χρόνος που περνά από τη διάγνωση, καθώς από κάποια υποκειμενικά στοιχεία, όπως τα δημογραφικά στοιχεία κάθε γυναίκας, το ιστορικό τραυματικών γεγονότων της ζωής της, τον τρόπο που έχει μάθει να αποδίδει τα αρνητικά γεγονότα στη ζωή της και κάποια ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία, όπως η ελπίδα και η αισιοδοξία που την διακατέχουν. Όταν το επίπεδο της ψυχικής δυσφορίας που βιώνει είναι υψηλό συντελείται μια κατάρριψη των

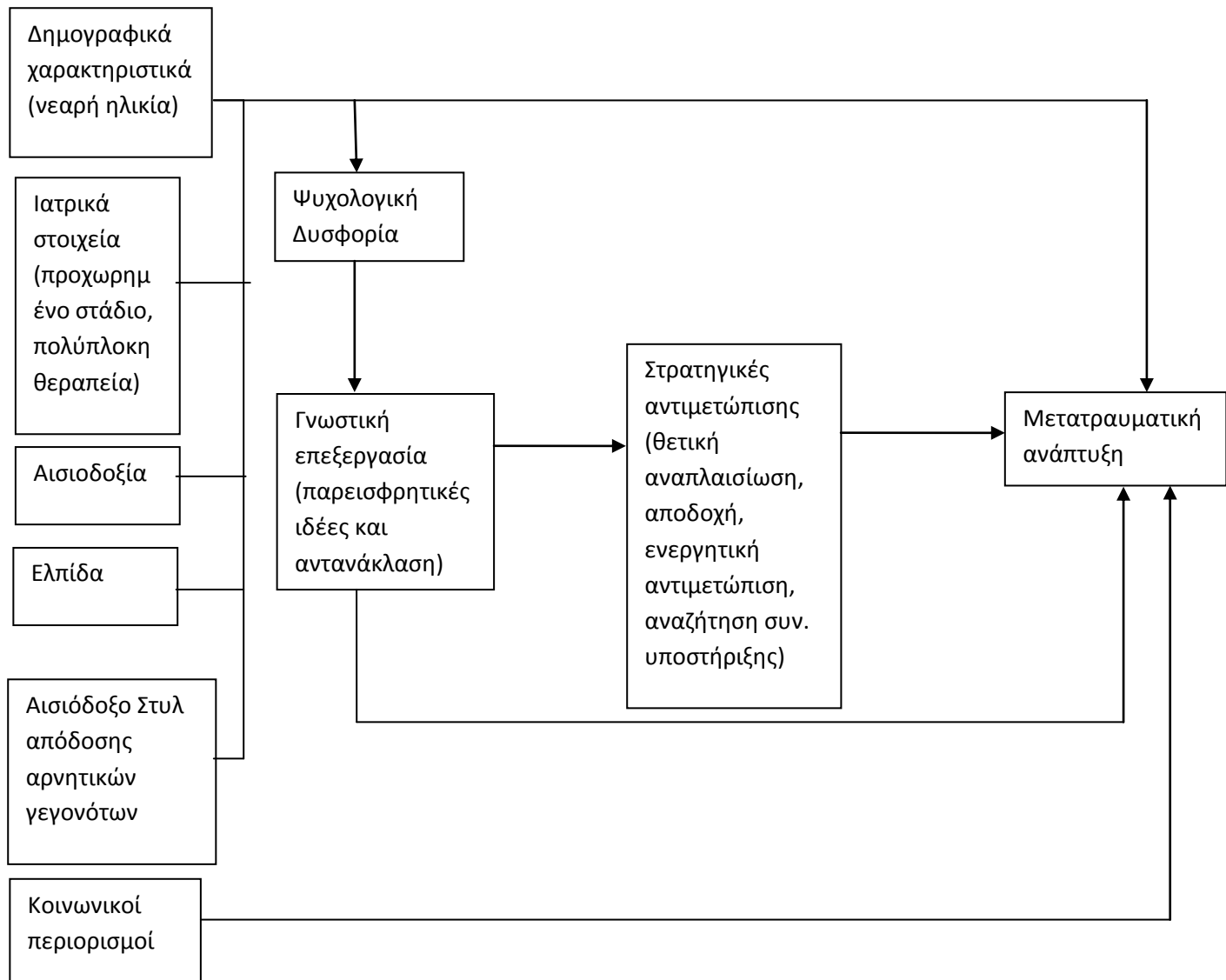
βασικών πεποιθήσεων της σχετικά με τον εαυτό («νόμιζα ότι είμαι άτρωτη»), το μέλλον («δε θα μου συμβεί τίποτα άσχημο») και τη δικαιοσύνη του κόσμου (δε συμβαίνουν άσχημα πράγματα σε καλούς ανθρώπους») (Janoff-Bulman, 1992). Λόγω της κατάρρευσης αυτού του γνωστικού οικοδομήματος, ξεκινά μια γνωστική επεξεργασία η οποία στοχεύει να συμβάλλει στην κατανόηση και νοηματοδότηση των πληροφοριών που σχετίζονται με την ασθένεια. Αρχικά, η γνωστική αυτή επεξεργασία είναι αυτόματη και αποτελείται κυρίως από παρεισφρητικές ιδέες, αναμνήσεις και αναβιώσεις του τραυματικού γεγονότος (Cordova & Andrykowski, 2001) και κατόπιν εξελίσσεται σε ηθελημένη γνωστική επεξεργασία, όπως ο συλλογισμός και η αντανάκλαση (Trapnell & Campbell, 1999). Η γνωστική επεξεργασία οδηγεί στην επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης για το τραυματικό γεγονός, που σχετίζονται άμεσα με την συναισθηματική αντίδραση που θα εκδηλώσει η ασθενής (μετατραυματικό στρες ή μετατραυματική ανάπτυξη), όπως άλλωστε και οι κοινωνικοί περιορισμοί που βιώνει.

Συνεπώς, όταν μια ασθενής έχει διαγνωστεί με προχωρημένο στάδιο καρκίνου, έχει υποστεί πολύπλοκη θεραπεία, είναι νεαρής ηλικίας, έχει πλούσιο ιστορικό τραυμάτων, διακατέχεται από απαισιοδοξία και από απαισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, βιώνει σημαντικούς κοινωνικούς περιορισμούς, βιώνει ψυχολογική δυσφορία, εμφανίζει παρεισφρητικές ιδέες, χρησιμοποιεί το συλλογισμό και όταν χρησιμοποιεί την αποφυγή και την αυτοκατηγορία ως στρατηγική αντιμετώπισης, τότε είναι πιο πιθανό να οδηγηθεί στην εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Αντιθέτως, όταν μια ασθενής έχει διαγνωστεί με προχωρημένο στάδιο καρκίνου, έχει υποστεί πολύπλοκη θεραπεία, είναι νεαρής ηλικίας, διακατέχεται από ελπίδα και αισιοδοξία, διακρίνεται από ένα αισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, το κοινωνικό περιβάλλον δεν την περιορίζει σημαντικά στην επικοινωνία, βιώνει ψυχολογική δυσφορία, εμφανίζει παρεισφρητικές ιδέες, χρησιμοποιεί ως ηθελημένη γνωστική επεξεργασία την αντανάκλαση και χρησιμοποιεί ως στρατηγική αντιμετώπισης την

αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, την ενεργητική αντιμετώπιση, την αποδοχή και την θετική αναπλαισίωση του τραύματος, τότε είναι πιο πιθανό να οδηγηθεί στη μετατραυματική ανάπτυξη. Τέλος, καθώς η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική διαταραχή του στρες έχουν κοινές βάσεις αλλά φαίνεται να καθορίζονται από αντιθετικούς παράγοντες και να δημιουργούνται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, θεωρείται ότι δε θα εμφανίζονται ταυτόχρονα και ότι τα δύο αυτά φαινόμενα δε θα σχετίζονται μεταξύ τους. Τα δύο ξεχωριστά θεωρητικά μοντέλα για τις έννοιες της μετατραυματικής ανάπτυξης και του μετατραυματικού στρες απεικονίζονται στα Διαγράμματα 2.1 και 2.2.



Διάγραμμα 2.1. Γραφική απεικόνιση θεωρητικού μοντέλου για το μετατραυματικό στρες



Διάγραμμα 2.2. Γραφική απεικόνιση θεωρητικού μοντέλου για τη μετατραυματική ανάπτυξη.

Συνεπώς, οι υποθέσεις της έρευνας μπορούν να οριστούν ως εξής:

1. Αναμένεται ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες θα εμφανιστεί σε μικρό ποσοστό στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού
2. Αναμένεται ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα εμφανιστεί στην πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο του μαστού
3. Αναμένεται ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες θα σχετίζεται θετικά με τους εξής δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες: νεαρή ηλικία, χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, σοβαρότητα της νόσου, πολυπλοκότητα της θεραπείας.
4. Αναμένεται ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα σχετίζεται θετικά με τους εξής δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες: νεαρή ηλικία, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, υψηλό κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο, ένταξη σε μειονότητα, πολυπλοκότητα της θεραπείας.
5. Αναμένεται ότι το πλούσιο ιστορικό τραυματικών γεγονότων, οι κοινωνικοί περιορισμοί, το απαισιόδοξο συλλ. απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, οι δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η γνωστική επεξεργασία του τραύματος- Συλλογισμός- θα αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες
6. Αναμένεται ότι η έλλειψη κοινωνικών περιορισμών, το αισιόδοξο συλλ. απόδοσης των θετικών και αρνητικών γεγονότων, η ελπίδα, η αισιοδοξία, οι λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η γνωστική επεξεργασία του τραύματος- Αντανάκλαση- θα αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη
7. Αναμένεται ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη δε θα σχετίζονται

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία

3.1. Διαδικασία συλλογής δεδομένων και δείγμα έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι τριπλός. Αρχικά, στοχεύει στην καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Κατά δεύτερον, έχει σκοπό τον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και με τη δημιουργία μετατραυματικής ανάπτυξης. Τρίτος στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις δύο προαναφερθείσες έννοιες. Για τη διερεύνηση των στόχων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ο σχεδιασμός της συγχρονικής συλλογής δεδομένων (cross-sectional design) με τη χορήγηση αυτό- συμπληρούμενων ερωτηματολογίων.

Για την εκπλήρωση των προαναφερθέντων σκοπών, η έρευνα σχεδιάστηκε να λάβει χώρα στο Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο – Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου». Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο βήμα για την έναρξη της έρευνας ήταν η κατάθεση έντυπης αίτησης στο επιστημονικό συμβούλιο του Νοσοκομείου. Μετά τη λήψη της έγκρισης η ερευνήτρια εντάχθηκε στο Κέντρο Μαστού του Νοσοκομείου για τη διεξαγωγή της έρευνας. Να επισημάνουμε ότι η ερευνήτρια παρίστατο τις ημέρες και ώρες λειτουργίας των πρωινών εξωτερικών ιατρείων, ενώ είχε εγκατασταθεί σε ένα κενό θάλαμο για να μπορεί να συζητά με τις συμμετέχουσες σε έναν ήσυχο χώρο, απομονωμένο από το υπόλοιπο νοσοκομειακό περιβάλλον. Με τη βοήθεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, εντόπιζε τις γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού, οι οποίες προσέρχονταν στο Κέντρο για τον τακτικό ιατρικό τους έλεγχο και απευθυνόταν σε κάθε γυναίκα ξεχωριστά, ενημερώνοντάς την για την έρευνα. Τα απαιτούμενα κριτήρια για να συμμετάσχει μια γυναίκα στην έρευνα ήταν τα ακόλουθα:

1. Να γνωρίζει επαρκώς την ελληνική γλώσσα ώστε να μπορεί να κατανοήσει τις ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων
2. Να έχει μεσολαβήσει τουλάχιστον ένας μήνας από τη χειρουργική επέμβαση και τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, χρονικό διάστημα απαραίτητο σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM- IV- TR) για τον εντοπισμό της μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Το χρονικό διάστημα αυτό θεωρείται επαρκές για την εκδήλωση της διαταραχής, καθώς οι έρευνες δείχνουν ότι η ετεροχρονισμένη εμφάνιση του PTSD είναι εξαιρετικά σπάνια (Andrews et al., 2007, Frueh et al., 2009).

Εφ' όσον μια γυναίκα κάλυπτε τα κριτήρια και επιθυμούσε να συμμετάσχει στην έρευνα, παραλάμβανε έναν προπληρωμένο ταχυδρομικό φάκελο με αναγεγραμμένη την διεύθυνση της ερευνήτριας για τη διευκόλυνση της αποστολής των συμπληρωμένων εγγράφων. Μέσα στον φάκελο περιλαμβάνονταν τα ακόλουθα έγγραφα: ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο καταγραφής ατομικών στοιχείων, τα δώδεκα ψυχομετρικά εργαλεία, το δελτίο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα και μια συνοδευτική επιστολή με σκοπό την ενημέρωση για τους στόχους της έρευνας, τη σημασία της συμβολής των συμμετεχόντων, καθώς και τη διαδικασία συμπλήρωσης και αποστολής των ερωτηματολογίων. Να σημειώσουμε στο σημείο αυτό ότι τα ιατρικά δεδομένα των γυναικών καταγράφονταν από την ίδια την ερευνήτρια προς αποφυγή λαθών, σύμφωνα με τα στοιχεία που αναγράφονταν στον ιατρικό φάκελο κάθε ασθενούς που φυλασσόταν στο αρχείο του Κέντρου Μαστού. Αφού λάμβανε τον φάκελο κάθε ασθενής, ενημερώνόταν προφορικά ότι έπρεπε να αποστείλει εντός χρονικού διαστήματος τεσσάρων έως έξι εβδομάδων τον φάκελο με τα συμπληρωμένα έγγραφα. Παράλληλα, δίνονταν οι απαραίτητες επεξηγήσεις για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, όπως προτροπή των γυναικών να απαντούν με αυθορμητισμό και ειλικρίνεια, αποτροπή συμπλήρωσης των εργαλείων από τρίτα πρόσωπα και συμπλήρωση όλων των εργαλείων.

Συνοπτικά λοιπόν, η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαία δειγματοληψία από τον υπάρχοντα πληθυσμό που απευθυνόταν σε ένα κεντρικό και ευρέως γνωστό Κέντρο Μαστού σε μια προσπάθεια εξασφάλισης της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος. Κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων που διήρκησε από τον Ιούλιο του 2012 έως τον Οκτώβριο του 2013, προσεγγίστηκαν και ενημερώθηκαν 265 γυναίκες, εκ των οποίων 252 δέχτηκαν να λάβουν τον φάκελο με τα ερωτηματολόγια (ποσοστό εξαιρετικά υψηλό= 95%). Από τις 252 γυναίκες, οι 202 επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια στην ερευνήτρια (ποσοστό 80%). Το ποσοστό ανταπόκρισης κρίνεται ικανοποιητικό, αξίζει όμως να τονίσουμε ότι ο χρόνος συμπλήρωσης των εργαλείων υπολογίζεται στα 30-40 λεπτά, γεγονός που μπορεί να αποθάρρυνε ή να κούρασε ορισμένες από τις γυναίκες.

Περίπου τρεις με τέσσερις εβδομάδες μετά τη λήψη των ερωτηματολογίων και εφ' όσον δεν είχε επιστραφεί ο φάκελος, η ερευνήτρια υπενθύμιζε τηλεφωνικά στις γυναίκες σχετικά με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Άλλωστε, ήδη από την παραλαβή του φακέλου, οι συμμετέχουσες είχαν ενημερωθεί για την τηλεφωνική υπενθύμιση και είχαν συναινέσει σε αυτό. Σε περίπτωση που από αυτή την τηλεφωνική επικοινωνία παρατηρούνταν κάποια δυσκολία στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, παρέχονταν περαιτέρω διευκρινίσεις. Φυσικά, αν κάποια γυναίκα δήλωνε ότι είχε αναθεωρήσει ως προς τη συμμετοχή της στην έρευνα, είχε το δικαίωμα να αποχωρήσει (ποσοστό 20%). Παρ' όλο αυτά, η τηλεφωνική επικοινωνία στάθηκε χρήσιμη, καθώς συνέβαλε στην παρακίνηση των συμμετεχόντων και την αύξηση του ποσοστού ανταπόκρισης.

3.2. Μέθοδος συλλογής ερευνητικών δεδομένων

Όπως προαναφέρθηκε, τα όργανα που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα για τη συλλογή των δεδομένων ήταν αυτό-χορηγούμενα ερωτηματολόγια. Άλλωστε, η εν λόγω μέθοδος συλλογής δεδομένων κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη. Σύμφωνα με τους Bourque & Fielder

(1995), η χρήση ερωτηματολογίων στην έρευνα παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα, όπως :

1. Περιορίζει το κόστος διεξαγωγής της έρευνας
2. Ελαχιστοποιεί τον αριθμό των ερευνητών που απαιτούνται για την ολοκλήρωση της έρευνας
3. Παρέχει στους συμμετέχοντες τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας που επιτρέπει την αυθόρμητη και ειλικρινή απάντηση, ακόμα και σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα
4. Εξασφαλίζει ότι οι συμμετέχοντες δε θα επηρεαστούν από την παρουσία του ερευνητή κατά τη συμπλήρωση, συνεπώς αποφεύγεται το συστηματικό αυτό σφάλμα (interviewer bias) και η αντανάκλαση προκαταλήψεων λόγω του φόβου επίκρισης από τον ερευνητή
5. Ενισχύει την τυποποίηση των δεδομένων, γεγονός που αυξάνει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων

Από την άλλη πλευρά, εντοπίζονται και τα παρακάτω μειονεκτήματα από αυτή τη μέθοδο συλλογής δεδομένων (Polit & Hunglar, 1999):

1. Αφενός, ουδείς μπορεί να εγγυηθεί ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν αυθεντικά από τους συμμετέχοντες
2. Αφετέρου, δε δίνεται η δυνατότητα παροχής περαιτέρω διευκρινίσεων κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων
3. Ως εκ τούτου, είναι πιθανόν να αυξηθεί η παράλειψη συμπλήρωσης ορισμένων ερωτήσεων ή ακόμα και ολόκληρων ερωτηματολογίων τα οποία δυσκολεύουν τους συμμετέχοντες
4. Επίσης, λόγω του ότι η ανάγνωση και η απάντηση των ερωτήσεων απαιτεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο μόρφωσης, αποκλείεται από την έρευνα ο πληθυσμός χαμηλότερης γνωστικής ικανότητας
5. Παράλληλα, εφ' όσον ορισμένα άτομα δέχτηκαν να συμπληρώσουν και να αποστείλουν τα ερωτηματολόγια, ενώ κάποια άλλα άτομα το αρνήθηκαν, υπάρχει η πιθανότητα σφάλματος ανταπόκρισης, καθώς δύναται να διαφέρουν σε ουσιώδη σημεία οι δύο

προαναφερθείσες υπό- ομάδες (άτομα που δέχτηκαν και άτομα που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν)

6. Τέλος, καθώς οι συμμετέχοντες αναλαμβάνουν να αποστείλουν μέσω ταχυδρομείου τα ερωτηματολόγια, δεν μπορεί να εξασφαλιστεί ένα υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης των συμμετεχόντων.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα παραπάνω μειονεκτήματα, στην παρούσα έρευνα ακολουθήθηκαν οι εξής μέθοδοι (Mangione, 1995):

1. Η ερευνήτρια ενημέρωσε γραπτά και προφορικά τις συμμετέχουσες τόσο για τη σημασία της συμμετοχής τους στην έρευνα, όσο και για τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Διευκρινίστηκε σε κάθε συμμετέχουσα ότι χρειάζεται να συμπληρώσουν αποκλειστικά ιδιοχείρως τα ερωτηματολόγια
2. Τονίστηκε ότι δεν ήταν υποχρεωτική η σημείωση του ονοματεπώνυμου της συμμετέχουσας για να διασφαλιστεί η ανωνυμία και να αισθανθεί κάθε γυναίκα μεγαλύτερη άνεση και προθυμία να απαντήσει αυθόρμητα σε όλες τις ερωτήσεις
3. Οι φάκελοι που παραδίδονταν στις συμμετέχουσες είχαν προ-πληρωμένο τέλος για να μην επιβαρυνθούν οικονομικά οι γυναίκες και να αυξηθεί η πιθανότητα επιστροφής των φακέλων
4. Πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική υπενθύμιση- κατόπιν ερώτησης και συμφωνίας των συμμετεχόντων εξ' αρχής- για να ενισχυθεί το ποσοστό ανταπόκρισης
5. Τα ερωτηματολόγια τοποθετήθηκαν με τυχαίο τρόπο και με διαφορετική σειρά ανά φάκελο, έτσι ώστε να αποφευχθεί το φαινόμενο της επίδρασης του ενός ερωτηματολογίου στο άλλο

3.3. Μετάφραση- προσαρμογή των ερωτηματολογίων

Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν ορισμένα ερωτηματολόγια τα οποία ήταν διαθέσιμα μόνο στην αγγλική γλώσσα. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια Ruminant Reflection Questionnaire- RRQ, State Level Measure of Reflection and Brooding, Social Constraints Scale- SCS και Adult Hope Scale δεν έχουν επίσημη μετάφραση στα ελληνικά δεδομένα. Για τα εν λόγω ερωτηματολόγια ζητήθηκε η άδεια των κατασκευαστών για τη μετάφραση και τη στάθμισή τους, ενώ ακολουθήθηκε η επιβεβλημένη διαδικασία προσαρμογής τους στην ελληνική γλώσσα. Αναφερόμαστε στον όρο προσαρμογή και όχι απλώς μετάφραση, καθώς είναι απαραίτητη η προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα και όχι απλώς στη γλώσσα για τη δημιουργία πολιτιστικά ισοδύναμων ερωτηματολογίων (Streiner & Norman, 2003).

Η διαδικασία περιλάμβανε την απόδοση των ερωτηματολογίων από τα αγγλικά στα ελληνικά από δύο δίγλωσσους επαγγελματίες μεταφραστές. Κατόπιν, η ερευνήτρια συνέκρινε τις δύο μεταφράσεις και προέβη στις απαραίτητες γλωσσικές βελτιώσεις προκειμένου να τελειοποιηθεί η απόδοση της ορολογίας στα ελληνικά. Στη συνέχεια, τα ερωτηματολόγια επανα-μεταφράστηκαν από τα ελληνικά στα αγγλικά με σκοπό τον έλεγχο της αξιοπιστίας της μετάφρασης. Επόμενο βήμα ήταν η σύγκριση των πρωτότυπων και των επανα-μεταφρασμένων ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση του ποσοστού της διαφοροποίησής τους. Συμπερασματικά, κρίθηκε ότι τα ερωτηματολόγια δε διέφεραν σημαντικά. Το γεγονός αυτό συμβάλλει στην αύξηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των εργαλείων, καθώς η επιτυχημένη μετάφραση εξασφαλίζει ότι τα ερευνητικά αποτελέσματα οφείλονται σε πραγματικές μετρήσεις της διαφοράς ή της ομοιότητας των ομάδων του δείγματος και όχι σε παρατυπίες της μετάφρασης (Munet- Vilar & Egan, 1990).

Στη συνέχεια, τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν δοκιμαστικά στα πλαίσια πιλοτικής μελέτης σε ένα δείγμα δέκα γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού που επισκέπτονταν τα

εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου-Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου». Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στον έλεγχο εγκυρότητας περιεχομένου του εργαλείου, καθώς και στον εντοπισμό ασαφών διατυπώσεων (McColl et al., 2001). Το δείγμα της πιλοτικής μελέτης αποτελούνταν από γυναίκες με σημαντική διαφοροποίηση στα δημογραφικά στοιχεία με στόχο να εξασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Για τον έλεγχο των μεταφρασμένων ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε η πειραματική μέθοδος των ατομικών συνεντεύξεων, κατά τη διάρκεια των οποίων οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να αναφέρουν ποιες ερωτήσεις ή απαντήσεις τους φάνηκαν ασαφείς, πολύπλοκες ή δυσνόητες (Collins, 2003). Με βάση τα δεδομένα αυτά, αναθεωρήθηκαν ή αναδιατυπώθηκαν κάποιες προτάσεις.

3.4. Ψυχομετρικά εργαλεία έρευνας

Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χορηγήθηκαν στο σύνολο των συμμετεχόντων είναι τα εξής:

1. Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Ατομικών Στοιχείων
2. Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Check List-Civilian version- PCL-C)
3. Κλίμακα Επίδρασης Γεγονότων (Impact of Events Scale- IES)
4. Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Post Traumatic Growth Inventory- PTGI)
5. Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας ή Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (Life Orientation Test Revised- LOT-R)
6. Σύντομη Κλίμακα Εκτίμησης των Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced- Brief COPE)
7. Ερωτηματολόγιο Τρόπου Απόδοσης (Attributional Style Questionnaire- ASQ)
8. Ερωτηματολόγιο Τραυματικών Γεγονότων (Traumatic Life Events Questionnaire- TLEQ)

9. Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας (Adult Hope Scale- AHS)
10. Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης (Rumination Reflection Questionnaire- RRQ)
11. Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης (State Level Measure of Reflection and Brooding)
12. Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale- SCS)
13. Κλίμακα Ψυχικής Δυσφορίας από το Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας (Mental Health Inventory- MHI)

3.4.1. Αυτοσχέδιο Ερωτηματολόγιο Ατομικών Χαρακτηριστικών

Η ερευνήτρια κατασκεύασε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο καταγραφής των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιελάμβανε την περιγραφή των εξής δημογραφικών στοιχείων: ημερομηνία γέννησης, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, μορφωτικό επίπεδο, εργασία, οικονομική τάξη, θρήσκευμα, ένταξη σε μειονότητα. Στο ίδιο έντυπο συμπλήρωνε στη συνέχεια η ερευνήτρια και τις πληροφορίες από τον ιατρικό φάκελο της συμμετέχουσας. Τα στοιχεία που καταγράφονταν ήταν τα εξής: μήνας και έτος διάγνωσης, είδος χειρουργείου, είδος συμπληρωματικής θεραπείας, στάδιο νόσου και ύπαρξη υποτροπής.

3.4.2. Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Check List- Civilian version- PCL-C)

Το PCL-C κατασκευάστηκε από τους Weathers, Litz, Huska & Keane (1994) και αποτελεί μια σταθμισμένη αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα για τη μέτρηση του μετατραυματικού στρες. Αποτελείται από 17 ερωτήσεις, κάθε μια εκ των οποίων αναφέρεται σε ένα από τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες (PTSD) σύμφωνα

με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM- IV- TR). Να σημειώσουμε ότι κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού της έρευνας δεν είχε δημοσιευτεί η νέα έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM 5), οπότε ακολουθήθηκαν στην αξιολόγηση τα κριτήρια της προγενέστερης έκδοσης. Άλλωστε, όπως έδειξε η έρευνα των Frue, Elhai & Acierno (2010) οι προτεινόμενες αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής μετατραυματικού στρες από το DSM5 αντιπροσωπεύουν μια ελάχιστη βελτίωση σε σχέση με την προηγούμενη έκδοση και συνεπώς οι αλλαγές αυτές δεν οδηγούν σε ουσιώδεις επιπτώσεις στα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής.

Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι υπάρχουν τρεις διαφορετικές μορφές του ερωτηματολογίου. Η πρώτη εκδοχή (PCL-M) μετρά την αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα ατόμων που έχουν συμμετάσχει σε στρατιωτικές επιχειρήσεις. Η δεύτερη εκδοχή, η οποία χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα (PCL-C), απευθύνεται στον γενικό πληθυσμό. Ενώ η τρίτη εκδοχή (PLC-S) καλεί τους συμμετέχοντες να επιλέξουν ποιο είναι το πλέον τραυματικό τους γεγονός και να απαντήσουν σε σχέση με αυτό.

Η συγκεκριμένη μορφή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας ζητά από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν πόσο τους απασχόλησε κάθε μια από τις 17 προτάσεις κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται προτάσεις όπως «Επαναλαμβανόμενα, ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος». Για την απάντηση των προτάσεων χρησιμοποιείται μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, όπου οι τιμές κυμαίνονται από 1= καθόλου έως 5= εξαιρετικά.

Για να ολοκληρωθεί το σκοράρισμα της κλίμακας, χρειάζεται να προστεθούν οι βαθμοί από τις 17 προτάσεις. Συνολικά, το σκορ κυμαίνεται από 17 έως 85 βαθμούς. Οι κατασκευαστές Weathers et al (1994) προτείνουν την τιμή 50 ως το κατώτερο όριο, πάνω από το οποίο θεωρείται ότι μπορεί να δοθεί η διάγνωση μετατραυματικής διαταραχής

του στρες. Να τονίσουμε ότι το cut-off σκορ 50, έχει δείξει καλή ευαισθησία (τιμές από 0.78 έως 0.82) καθώς και ειδικότητα (με τιμές από 0.83 έως 0.86). Εάν το κατώτατο σημείο μειωθεί στο σκορ 44, βελτιώνονται ελαφρώς οι αντίστοιχες τιμές, με ευαισθησία-sensitivity στο 0.94, ειδικότητα-specificity στο 0.86 και συνολική διαγνωστική ικανότητα στο 0.90 (Blanchard et al., 1996).

Ένας άλλος τρόπος ερμηνείας των αποτελεσμάτων είναι να ελεγχθεί αν καλύπτονται τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής με την ακόλουθη μέθοδο: οι ερωτήσεις που απαντώνται με βαθμό 1 ή 2 υποδηλώνουν απουσία των συγκεκριμένων συμπτωμάτων, ενώ όσες ερωτήσεις απαντώνται με βαθμό 3, 4 ή 5 υποδηλώνουν την παρουσία των συμπτωμάτων. Για να τεθεί η διάγνωση πρέπει να καταγράφονται ως παρόντα συμπτώματα: τουλάχιστον ένα από τις ερωτήσεις 1 έως 5, τρία από τις ερωτήσεις 6 έως 12 και δύο από τις ερωτήσεις 13 έως 17. Βεβαίως, διάφοροι ερευνητές αναφέρουν ότι στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και κατ' επέκταση των ερευνητικών ευρημάτων, πρέπει να συνυπολογίζονται ιστορικοί, πολιτισμικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες (Steel, Dunlavy, Stillman & Pape, 2011).

Στα ελληνικά, το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί από τους Calbari & Anagnostopoulos (2010). Σύμφωνα με τη διερευνητική ανάλυση παραγόντων που πραγματοποιήθηκε από τους ίδιους ερευνητές η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου μετρά τρεις παράγοντες, όπως και η αυθεντική εκδοχή του.

Ως προς τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου, τα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν τα εξής: ο βαθμός εσωτερικής συνοχής καταγράφεται στο Cronbach's alpha από 0.94 (Blanchard et al, 1996) έως 0.97 (Weathers et al., 1993). Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι το Cronbach's α για το σύνολο της κλίμακας είναι 0.939, για την υποκλίμακα B είναι 0.935, για την υποκλίμακα C είναι 0.820 και για την υποκλίμακα D είναι 0.839 (Steel et al., 2011). Ο βαθμός (test-

retest) αξιοπιστίας δομικής επανελέγχου κυμαίνεται από 0.96 στις δύο ημέρες έως 0.88 στη μια εβδομάδα (Blanchard et al., 1996).

Τέλος, το εν λόγω ψυχομετρικό εργαλείο φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την Mississippi Κλίμακα PTSD, με συγκλίνουσα εγκυρότητα r μεταξύ 0.85 και 0.93 (Weathers et al., 1993), ενώ καταγράφονται σημαντικές συσχετίσεις με το MMPI-2 Keane PTSD Scale ($r= 0.77$), το IES (r από 0.77 έως 0.90), και το CAPS ($r= 0.92$) (Blanchard et al., 1996).

3.4.3. Κλίμακα Επίδρασης Γεγονότων (Impact of Events Scale- IES)

Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε από τους Horowitz, Wilner & Alvarez (1979) για να μετρήσει την εμφανιζόμενη υποκειμενική ψυχική δυσφορία που σχετίζεται με ένα τραυματικό γεγονός. Η Κλίμακα Επίδρασης Γεγονότων εξετάζει δύο βασικές μορφές της επίπτωσης των τραυματικών γεγονότων, την Αποφυγή και τις Παρεισφρητικές σκέψεις.

Η ευρέως διαδεδομένη αυτή κλίμακα αυτοαναφοράς αποτελείται από 15 προτάσεις, επτά εκ των οποίων αφορούν τις εκδηλώσεις Παρεισφρητικών σκέψεων και οι υπόλοιπες οκτώ αντιστοιχούν στις εκδηλώσεις Αποφυγής. Στην κλίμακα περιλαμβάνονται προτάσεις όπως «*Το σκεφτόμουν παρότι δεν το ήθελα*». Οι συμμετέχοντες καλούνται να βαθμολογήσουν τις προτάσεις ανάλογα με το πόσο συχνά βίωσαν κάτι ανάλογο με αυτό που περιγράφει κάθε πρόταση κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Η κλίμακα των απαντήσεων περιλαμβάνει τις εξής τιμές 0= καθόλου, 1= σπάνια, 3= μερικές φορές και 5= συχνά.

Σχετικά με την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, όσο πιο υψηλό το σκορ, τόσο μεγαλύτερη η επίδραση του γεγονότος στη ζωή του ατόμου. Για να υπολογιστεί το τελικό σκορ, πρέπει πρώτα να προστεθούν οι βαθμολογήσεις από τις δύο υποκλίμακες. Για την υποκλίμακα Παρεισφρητικών σκέψεων προστίθενται οι απαντήσεις των προτάσεων 1, 4, 5, 6, 10, 11 και 14, όπου η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 έως το 35. Για την υποκλίμακα Αποφυγή, προστίθενται οι απαντήσεις

των προτάσεων 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 και 15, όπου η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 έως το 40.

Από το συνολικό άθροισμα προκύπτει και η αξιολόγηση των ευρημάτων της Κλίμακας. Ένα συνολικό σκορ άνω των 26 βαθμών αποτελεί ένδειξη μέτριας ή σοβαρής επίπτωσης του γεγονότος στο άτομο. Πιο συγκεκριμένα, η αξιολόγηση γίνεται με βάση τον παρακάτω πίνακα (Briere, 1997):

Πίνακας 3.1. Αξιολόγηση κλίμακας Επίδρασης Γεγονότων

Σκορ	Αξιολόγηση
0-8	Φυσιολογική αντίδραση
9- 25	Ελαφριά επίπτωση
26- 43	Μέτρια επίπτωση
44 +	Σοβαρή επίπτωση

Ως προς τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου φαίνεται να υπάρχει καλή εσωτερική συνοχή στις δύο υποκλίμακες, με τιμές που κυμαίνονται από το 0.79 έως το 0.92. Πιο συγκεκριμένα, η υποκλίμακα Εισβολές έχει μέση τιμή το 0.86 και η υποκλίμακα Αποφυγή παρουσιάζει μέση τιμή 0.90 (Corcoran & Fischer, 1994). Η κλίμακα έχει μεταφραστεί επίσημα στα ελληνικά από τους Mystakidou et al. (2007) και φαίνεται να έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες.

Οι κατασκευαστές του ερωτηματολογίου αναφέρουν τα εξής στοιχεία (Horowitz et al, 1979):

1. ικανοποιητική εσωτερική συνοχή των υποκλιμακών, όπου το Cronbach's alpha είναι 0.78 για την υποκλίμακα Παρεισφρητικές Σκέψεις και 0.82 για την Αποφυγή
2. Η (split half) αξιοπιστία ημίκλαστου ήταν υψηλή $r= 0.86$
3. Η αξιοπιστία δοκιμής επανελέγχου στις 7 και στις 15 ημέρες ήταν 0.87 για το σύνολο της κλίμακας και πιο συγκεκριμένα, 0.89 για

την υποκλίμακα Παρεισφρητικές σκέψεις και 0.79 για την υποκλίμακα Αποφυγή

Άλλοι ερευνητές καταγράφουν ότι η κλίμακα χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω:

1. Αποδεκτή προβλεπτική εγκυρότητα (Corcoran & Fisher, 1994, Weiss & Marmar, 1997)
2. Εγκυρότητα περιεχομένου $r = 0.86$ (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982)
3. Ως προς την εγκυρότητα κατασκευής, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την ύπαρξη δύο παραγόντων Αποφυγή (coefficients από 0.39 έως 0.86) και Παρεισφρητικές σκέψεις (0.58 έως 0.75) (Weiss & Marmar, 1997)
4. Το ερωτηματολόγιο είχε από χαμηλή συσχέτιση- 0.36 (Lauterbach et al., 1997) έως μέτρια- 0.51 (Deville & Spence, 1999) με το Mississippi Scale for Civilian PTSD- CMS.

3.4.4. Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Post Traumatic Growth Inventory- PTGI)

Οι κατασκευαστές του ερωτηματολογίου (Tedeschi & Calhoun, 1996) σχεδίασαν αρχικά μια κλίμακα με 34 προτάσεις και στην πορεία κατέληξαν στην τελική μορφή της Κλίμακας που περιλαμβάνει 21 προτάσεις για την μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η κλίμακα ζητά από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε τι βαθμό βίωσαν την αλλαγή που περιγράφει κάθε πρόταση ως αποτέλεσμα ενός τραυματικού γεγονότος. Στην κλίμακα περιλαμβάνονται προτάσεις όπως «*Άλλαξα τις προτεραιότητές μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή*». Το άτομο καλείται να απαντήσει επιλέγοντας από μια εξαβάθμια κλίμακα με διαβάθμιση από 0= δεν βίωσα αυτή την αλλαγή έως 5= βίωσα αυτή την αλλαγή σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Η κλίμακα διακρίνεται σε πέντε παράγοντες με ιδιοτιμές μεγαλύτερες του 1. Οι πέντε αυτοί παράγοντες είναι:

1. Νέες προοπτικές (περιλαμβάνει 5 προτάσεις)
2. Σχέσεις με άλλους (περιλαμβάνει 7 προτάσεις)
3. Προσωπική δύναμη (περιλαμβάνει 4 προτάσεις)
4. Εκτίμηση ζωής (περιλαμβάνει 3 προτάσεις)
5. Πνευματική αλλαγή (περιλαμβάνει 2 προτάσεις)

Σχετικά με τη βαθμολόγηση της κλίμακας, χρειάζεται να προστεθούν οι βαθμοί των απαντήσεων και όσο πιο υψηλό το τελικό σκορ, τόσο μεγαλύτερο το ποσοστό εμφάνισης μετατραυματικής ανάπτυξης.

Σε σχέση με τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας, οι κατασκευαστές αναφέρουν τα εξής (Tedeschi & Calhoun, 1996):

1. Έχει πολύ καλή εσωτερική συνοχή ($\alpha = 0.90$), ενώ όλες οι προτάσεις φαίνεται να συμβάλλουν σχετικών ισότιμα στη συνοχή της κλίμακας
2. Η κλίμακα έχει καλή αξιοπιστία δοκιμής επανελέγχου στους δύο μήνες, με $r = 0.71$
3. Pearson product - moment correlation μεταξύ των παραγόντων κυμαίνεται από 0.27 έως 0.52
4. Η συσχέτιση των παραγόντων με το τελικό σκορ κυμαίνεται μεταξύ 0.62 και 0.83

Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί στα ελληνικά από τους Mystakidou et al. (2008), όπου η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας ήταν 0.90. Σε γενικές γραμμές, η κλίμακα θεωρείται αξιόπιστη και έγκυρη, αλλά ταυτόχρονα καταγράφονται και κάποια μειονεκτήματά της. Σε κάποιες έρευνες αναφέρεται ότι υποβόσκει ο κίνδυνος της διαστρέβλωσης των απαντήσεων του συμμετέχοντα με στόχο τη δημιουργία μιας θετικής εικόνας εαυτού, όμως δεν παρατηρείται σχέση ανάμεσα στην μετατραυματική ανάπτυξη και τη μέτρηση της επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή (Tedeschi & Calhoun, 2006). Παράλληλα, η κλίμακα δεν επιτρέπει στους συμμετέχοντες να καταγράψουν αρνητικές

πλευρές ή αλλαγές του γεγονότος, συνεπώς τους υποχρεώνει να εστιάσουν μόνο στα θετικά τους βιώματα (Calhoun & Tedeschi, 1999).

3.4.5. Αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας (Life Orientation Test- LOT-R)

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας των Scheier et al. (1994) με σκοπό τη μέτρηση του βαθμού αισιοδοξίας του ατόμου ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Η αρχική μορφή της κλίμακας, η οποία κατασκευάστηκε από τους Scheier & Carver το 1985, είναι αναμφίβολα ευρέως διαδεδομένη. Στην πρώτη αυτή εκδοχή οι κατασκευαστές συμπεριλάμβαναν προτάσεις σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το άτομο. Η αναθεωρημένη της μορφή όμως που κρίθηκε καταλληλότερη για την έρευνα, αποτελείται από δέκα προτάσεις που αφορούν σε γενικευμένες προσδοκίες για το μέλλον του ατόμου. Ένα παράδειγμα δήλωσης που περιλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο είναι *«Σε στιγμές αβεβαιότητας, συνήθως αναμένω να συμβεί το καλύτερο»*. Από το σύνολο των δέκα προτάσεων μόνο οι έξι αξιολογούνται στο τελικό σκοράρισμα του ερωτηματολογίου. Από αυτές τις έξι, οι τρεις έχουν θετική διατύπωση και οι άλλες τρεις είναι διατυπωμένες αρνητικά. Ως εκ τούτου, κατά τον υπολογισμό της τελικής βαθμολογίας, οι τρεις αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις αντιστρέφονται και κατόπιν προστίθενται οι βαθμοί και των έξι ερωτήσεων. Το τελικό σκορ κυμαίνεται από το 0 έως το 24, καθώς σε κάθε δήλωση το άτομο αναφέρει τον βαθμό στον οποίο συμφωνεί ή διαφωνεί με τη δήλωση, επιλέγοντας από μια πενταβάθμια κλίμακα, όπου το 0 δηλώνει ότι διαφωνεί απόλυτα και το 4 ότι συμφωνεί απόλυτα. Ως προς την αξιολόγηση του τελικού σκορ, όσο πιο υψηλή η βαθμολογία, τόσο πιο ισχυρό θεωρείται το επίπεδο αισιοδοξίας που χαρακτηρίζει το άτομο.

Η αναθεωρημένη Κλίμακα Αισιοδοξίας έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική πραγματικότητα από τους Μαμαλάκη και Τριλίβα (2002), καθώς και από του Lyrakos et al. (2010). Σύμφωνα με τους πρώτους, η

αξιοπιστία εσωτερικής εγκυρότητας της Κλίμακας καταγράφεται στο 0.72, ενώ σύμφωνα με τους δεύτερους η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής είναι $\alpha = 0.71$ και η συγκλίνουσα εγκυρότητα είναι $r = 0.73$. Και οι δύο ερευνητικές ομάδες επιβεβαιώνουν ότι η κλίμακα μετρά μόνο έναν παράγοντα.

Σε σχέση με τη διάσταση που μετρά η κλίμακα βέβαια αναφέρονται συγκεκριμένα ερευνητικά δεδομένα. Οι κατασκευαστές παρουσιάζουν την Κλίμακα ως μονοδιάστατη, γεγονός που σημαίνει ότι η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία είναι οι δύο πόλοι ενός συνεχούς (Scheier & Carver, 1985). Αντιθέτως, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι δύο αυτές έννοιες είναι ξεχωριστές, μπορεί λοιπόν να εμφανίζονται ταυτόχρονα σε ένα άτομο (Chang et al., 1997; Mroczek et al., 1993; Marshall et al., 1992; Robinson-Whelen et al., 1997). Όσον αφορά στην αναθεωρημένη έκδοση LOT-R, οι Creed et al. (2002), Herzberg et al. (2006) και Vautier et al. (2003) στηρίζουν ερευνητικά τη θεώρηση των δύο ξεχωριστών εννοιών, γεγονός που συνάδει με τη χαμηλή συσχέτιση μεταξύ των δύο υποκλιμάκων που κυμαίνεται από 0.20 έως 0.54 (Marshall et al., 1992; Myers & Steed, 1999). Από την άλλη πλευρά, αναφέρουν ευρήματα που υποστηρίζουν την άποψη της μονοδιάστατης κλίμακας (Lai et al., 1998, Mehrabian & Ljunggren, 1997).

3.4.6. Σύντομη Κλίμακα Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced- Brief-COPE)

Η Κλίμακα Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων – COPE των Carver et al. (1989) μετρά τις στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων. Το ερωτηματολόγιο στην αρχική, πλήρη μορφή του μετρά τις δεκαπέντε στρατηγικές που καλύπτουν τους βασικούς τρόπους αντιμετώπισης του στρες με βάση τη θεωρία των Lazarus & Folkman (1984), τόσο σχετικά με την επίλυση προβλημάτων, όσο και με την ρύθμιση των συναισθημάτων.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή της κλίμακας (Brief COPE, Carver 1997). Το παρόν εργαλείο περιλαμβάνει 28 προτάσεις, όπως για παράδειγμα «*Στρέφομαι προς τη δουλειά και άλλες ασχολίες για να ξεχνάω το πρόβλημα μου*». Οι προτάσεις αυτές διακρίνονται σε 14 υποκλίμακες που αναφέρονται στις εξής στρατηγικές αντιμετώπισης των 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.

Το ερωτηματολόγιο καλεί τους συμμετέχοντες να απαντήσουν σε τι βαθμό ενεργούν όπως αναφέρει η κάθε πρόταση, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων. Οι απαντήσεις ακολουθούν την εξής κλίμακα: 1= δεν ενεργώ καθόλου, 2=ενεργώ λίγο, 3= ενεργώ σε μέτριο βαθμό, 4= ενεργώ πολύ. Το σκορ για κάθε στρατηγική υπολογίζεται προσθέτοντας τους βαθμούς των προτάσεων που της αναλογούν και κυμαίνεται από 2 έως 8 βαθμούς. Όσο μεγαλύτερος ο βαθμός, τόσο περισσότερο ενεργεί το άτομο με τη συγκεκριμένη στρατηγική.

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει προσαρμοστεί στην ελληνική κουλτούρα από τις Ρούσση και Βασιλάκη (2001) και από τους Kapsou, Panayiotou, Kokkinos & Demetriou (2010). Σύμφωνα με τις πρώτες ερευνήτριες, η αξιοπιστία εγκυρότητας των υποκλιμακών του ερωτηματολογίου κυμαίνεται από το 0.50 έως το 0.96, ενώ σύμφωνα με τους Kapsou et al. (2010) η αξιοπιστία εγκυρότητας των υποκλιμακών κυμαίνεται από 0.55 έως 0.93. Στην έρευνα των Kapsou και συνεργατών (2010), όπου μελετήθηκε η δομή και οι ψυχομετρικές ιδιότητες του ελληνικού Brief COPE, εντοπίστηκαν οκτώ παράγοντες: χιούμορ, θρησκεία, κατανάλωση ουσιών, συμπεριφορική αποσύνδεση, ενεργητικές στρατηγικές, αναζήτηση υποστήριξης, αποφυγή, έκφραση αρνητικών συναισθημάτων.

Ως προς την ταξινόμηση των υποκλιμακών του ερωτηματολογίου επικρατεί η θεωρητική προσέγγιση των Terry & Hynes (1998), σύμφωνα με την οποία οι υποκλίμακες χωρίζονται στις εξής ομάδες:

1. Στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος (problem management)
2. Στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος (problem appraisal)
3. Στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης (seeking emotional support)
4. Στρατηγικές άρνησης ή αποφυγής (avoidance or escapism)

3.4.7. Ερωτηματολόγιο Τρόπου Απόδοσης (Attributional Style Questionnaire- ASQ)

Το Ερωτηματολόγιο Τρόπου Απόδοσης κατασκευάστηκε από τους Peterson et al. (1982) για να μετρήσει τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα αποδίδουν- εξηγούν τα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή τους. Η απόδοση των γεγονότων μετράται σύμφωνα με τους εξής τρεις άξονες:

4. Εσωτερική/ Εξωτερική Απόδοση (Rotter, 1966)
5. Σφαιρική/ Συγκεκριμένη Απόδοση (Abramson et al., 1978)
6. Σταθερή/ Ασταθής Απόδοση (Weiner, 1988)

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι ένα αυτό-χορηγούμενο εργαλείο σχεδιασμένο να κατηγοριοποιήσει τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των αποδόσεων του ατόμου σε 12 υποθετικά σενάρια, έξι εκ των οποίων έχουν θετική χροιά και τα υπόλοιπα έξι έχουν αρνητικό φορτίο. Τα δώδεκα αυτά σενάρια σχετίζονται με την επίδοση ή τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου (Spangler & Burns, 1999). Άλλωστε, η ποικιλομορφία στα υποθετικά σενάρια εξασφαλίζει τη μέτρηση του στυλ απόδοσης ανεξαρτήτως κατάστασης (Reivich, 1995). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει σενάρια όπως «*Συναντάς ένα φίλο και σε αντιμετωπίζει εχθρικά*». Πιο συγκεκριμένα, τα σενάρια 3, 10 και 12 ανήκουν στην κατηγορία θετικών σεναρίων για θέματα επίδοσης, ενώ τα σενάρια 1,6

και 9 ανήκουν στην κατηγορία θετικών σεναρίων για θέματα διαπροσωπικών σχέσεων. Από την άλλη πλευρά, τα σενάρια 2, 5 και 8 ανήκουν στην κατηγορία αρνητικών σεναρίων για θέματα επίδοσης, και τα σενάρια 4, 7 και 11 ανήκουν στην κατηγορία αρνητικών σεναρίων για θέματα διαπροσωπικών σχέσεων.

Να σημειώσουμε ότι διατίθεται και το Expanded ASQ, το οποίο περιλαμβάνει 24 υποθετικά σενάρια. Στην παρούσα έρευνα κρίθηκε ως καταλληλότερη η πιο σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου, καθώς ο συνολικός αριθμός ερωτηματολογίων που χορηγούνταν στις συμμετέχουσες ήταν ήδη αυξημένος και επιλέχθηκε να περιοριστεί η επιπρόσθετη επιβάρυνση από ένα πολυσέλιδο ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο ζητά από τους συμμετέχοντες να φανταστούν ότι προκύπτει στη ζωή τους κάθε ένα από τα δώδεκα υποθετικά σενάρια και κατόπιν να απαντήσουν σε πέντε ερωτήσεις. Πρώτον, ζητείται από το άτομο να καταγράψει την πιο πιθανή κατά τη γνώμη του αιτία της υποθετικής κατάστασης. Κατόπιν, καλείται να απαντήσει τα παρακάτω ερωτήματα αναλογιζόμενος την αιτία που σημείωσε στο εκάστοτε σενάριο επιλέγοντας από μια διαφορετική σε κάθε ερώτηση επταβάθμια κλίμακα:

1. Αν η αιτία που σημείωσε αφορά περισσότερο τους άλλους και τις συνθήκες (= 1) ή τον εαυτό του (= 7). Το ερώτημα αυτό αναφέρεται στον άξονα Εσωτερική/Εξωτερική Απόδοση
2. Αν η αιτία που σημείωσε δε θα ισχύει ποτέ ξανά (= 1) ή θα ισχύει πάντα (=7). Το ερώτημα αυτό αναφέρεται στον άξονα Σταθερή/Ασταθής Απόδοση
3. Αν η αιτία που σημείωσε επηρεάζει μόνο αυτή την κατάσταση (=1) ή όλες τις πλευρές της ζωής του (=7). Το ερώτημα αυτό αναφέρεται στον άξονα Σφαιρική/ Συγκεκριμένη Απόδοση
4. Αν η κατάσταση παρουσιαζόταν στη ζωή του, θα ήταν καθόλου σημαντική (=1) ή εξαιρετικά σημαντική (=7)

Το ερωτηματολόγιο αξιολογείται με αρκετούς τρόπους. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές, χρειάζεται αφενός να προστεθούν οι βαθμοί για κάθε

έναν από τους τρεις άξονες που αναλογούν σε κάθε μια από τις έξι θετικές προτάσεις (18 συνολικά), για να αναδειχτεί το συλ απόδοσης στα θετικά γεγονότα. Αφετέρου, χρειάζεται να προστεθούν οι βαθμοί για κάθε έναν από τους τρεις άξονες που αναλογούν σε κάθε μια από τις έξι αρνητικές προτάσεις (18 συνολικά) για να αναδειχτεί το συλ απόδοσης στα αρνητικά γεγονότα (Peterson et al., 1982).

Ως προς τις ψυχομετρικές ιδιότητες, το ερωτηματολόγιο έχει μέτρια αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Peterson et al., 1982), ικανοποιητική εγκυρότητα (Schulman et al., 1989), καλή προβλεπτική εγκυρότητα (Metalsky et al., 1987), αποδεκτή αξιοπιστία δοκιμής επανελέγχου (Iardi et al., 1997) και σταθερότητα στο χρόνο (Burns & Seligman, 1989).

Φαίνεται να έχει όμως περιορισμένη διάκριση ανάμεσα στις τρεις διαστάσεις για τα θετικά γεγονότα (Peterson & Villanova, 1988). Πρόσφατες βέβαια έρευνες υποστηρίζουν τη χρησιμότητα του ερωτηματολογίου ως ερευνητικό και κλινικό εργαλείο (Blount & Erkins, 2009), ενώ έχει επιβεβαιωθεί η καταλληλότητα της εφαρμογής του σε μη κλινικό πληθυσμό (Sanjuan et al., 2008). Τέλος, έχει καλύτερη εγκυρότητα από το παρόμοιο εργαλείο Content Analysis of Verbatim Explanations – CAVE (Schulman et al., 1989).

3.4.8. Ερωτηματολόγιο Τραυματικών Γεγονότων (Traumatic Life Events Questionnaire – TELQ)

Το TLEQ κατασκευάστηκε από τους Kubany et al. (2000) για να αξιολογήσει την εμφάνιση τραυματικών γεγονότων στη ζωή του ατόμου. Στο ερωτηματολόγιο παρατίθενται δεκαεπτά- κοινώς εννοούμενα ως τραυματικά- γεγονότα και το άτομο καλείται να σημειώσει ποια από αυτά έχει βιώσει. Για παράδειγμα περιλαμβάνονται προτάσεις όπως «*Έχετε βιώσει ποτέ μια φυσική καταστροφή; (πλημμύρα, τυφώνα, σεισμό, κλπ);*». Η δέκατη όγδοη πρόταση επιτρέπει στο άτομο να προσθέσει κάποιο τραυματικό γεγονός που έχει ζήσει, αλλά δεν περιλαμβάνεται στη λίστα. Κατόπιν, το άτομο καλείται να επιλέξει ποιο από τα γεγονότα που

σημείωσε θεωρεί ως το πιο τραυματικό στη ζωή του και να καταγράψει το βαθμό δυσφορίας που αισθάνθηκε από αυτό το γεγονός, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα με διακύμανση από το 0= καμία δυσφορία, έως το 10= εξαιρετική δυσφορία.

Το παρόν ερωτηματολόγιο θεωρείται ως ένα έγκυρο, αξιόπιστο και άριστο παράδειγμα αξιολόγησης των τραυματικών γεγονότων (Gray et al, 2004, Weathers & Keane, 2007). Η κριτική που έχει ασκηθεί στο ερωτηματολόγιο εστιάζει στο ότι περιλαμβάνει αρκετά γεγονότα που μπορεί να μην θεωρηθούν απειλητικά για τη ζωή του ατόμου και συνεπώς τραυματικά (Norris & Hamblen, 2004). Παράλληλα, όπως και σε κάθε αυτό- συμπληρούμενο ψυχομετρικό εργαλείο, βασιζόμαστε στην ειλικρίνεια του συμμετέχοντα και δεν μπορούμε να επιβεβαιώσουμε την ορθότητα και την ισχύ των γεγονότων που καταγράφονται (Kubany et al., 2004). Παρ' όλα αυτά φαίνεται ότι η εξωτερική εγκυρότητα για τα τραυματικά γεγονότα είναι συνήθως ακριβής (Brewin et al., 1993).

Ως προς τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου, αναφέρεται ότι έχει καλή αξιοπιστία δοκιμής επανελέγχου ($r= 0.60$) και εξαιρετική εγκυρότητα περιεχομένου (Kubany et al., 2000). Όπως επίσης αναφέρεται καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα όταν συγκρίνεται με κλινική συνέντευξη (Kubany et al., 2004).

3.4.9.Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας (Adult Hope Scale- AHS)

Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από τους Snyder et al. (1991) για τη μέτρηση της ελπίδας. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές, η ελπίδα είναι μια αφηρημένη έννοια που αποτελείται από τρεις αλληλοσχετιζόμενους γνωστικούς παράγοντες: στόχοι (goals), δρόμοι (pathways) και δράση (agency). Η ελπίδα κινητοποιεί το άτομο να ανοίξει και να ακολουθήσει, μέσω δράσης, δρόμους για να επιτύχει τους στόχους του. Για τη μέτρηση αυτών των παραμέτρων που συναποτελούν την ελπίδα, δημιουργήθηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 12 προτάσεις καταγραφής σε πρώτο πρόσωπο, όπως

«Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους να κατακτήσω στη ζωή μου αυτά που είναι σημαντικά για εμένα». Το άτομο καλείται να σημειώσει σε τι βαθμό θεωρεί ότι είναι σωστή ή λάθος ως προς το άτομό του κάθε μια από αυτές τις δώδεκα προτάσεις. Η κλίμακα που χρησιμοποιείται κυμαίνεται από 1= απόλυτα λάθος, έως 8= απόλυτα σωστό.

Για τη βαθμολόγηση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, πρέπει να ακολουθηθεί η παρακάτω διαδικασία:

1. Πρόσθεση των τιμών στις προτάσεις 2, 9, 10 και 12. Το άθροισμα αυτό προσφέρει το τελικό σκορ στην υπο- κλίμακα Δράση
2. Πρόσθεση των τιμών στις προτάσεις 1, 4, 6 και 8. Το άθροισμα αυτό προσφέρει το τελικό σκορ στην υποκλίμακα Δρόμοι
3. Η πρόσθεση των τελικών σκορ στις δύο υποκλίμακες οδηγεί στο συνολικό τελικό σκορ.

Σύμφωνα με τους κατασκευαστές (Snyder et al., 1991), το ερωτηματολόγιο έχει αποδεκτή εγκυρότητα εσωτερικής συνοχής, με τιμές από 0.74 έως 0.88 συνολικά, από 0.70 έως 0.84 για την κλίμακα agency και για την κλίμακα pathways από 0.63- 0.86 (Gilman, Schumm & Chard, 2012) και test- retest αξιοπιστία, ενώ έχει επίσης επαρκή convergent και discriminant construct εγκυρότητα. Οι Babyak et al. (1993) αναφέρουν αξιοπιστία 0.96 και 0.99 για τις δύο υποκλίμακες, ενώ στην γαλλική μετάφραση του ερωτηματολογίου (Gana et al., 2013), η αξιοπιστία σημειώνεται στο $\alpha = 0.78$, η test- retest αξιοπιστία αναφέρεται στο 0.80 και συνολικά επιβεβαιώνεται η ύπαρξη των δύο παραγόντων (δρόμοι και δράση).

3.4.10. Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης (Rumination Reflection Questionnaire- RRQ)

Το ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης κατασκευάστηκε από τους Trapnell & Campbell (1999) για να μετρήσει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο συνηθίζει να επεξεργάζεται τα γεγονότα της ζωής του, κατά πόσον δηλαδή αναμασά/μηρυκάζεται (rumination) ή εμπλέκεται

σε μια αντανάκλαση (reflection) των γεγονότων. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές (Trapnell & Campbell, 1999, σελ. 297), «ο συλλογισμός αποτελεί μια επικέντρωση στον εαυτό που υποκινείται από αντιληπτές απώλειες, αλλαγές ή αδικίες προς τον εαυτό, ενώ η αντανάκλαση σχετίζεται με μια επικέντρωση στον εαυτό που υποκινείται από περιέργεια ή γνωσιολογικό ενδιαφέρον στον εαυτό». Συνεπώς, οι δύο αυτές έννοιες ενέχουν μια υψηλή συγκέντρωση προς τον εαυτό, αλλά διαφέρουν καθώς κρύβουν ένα αντιθετικό κίνητρο.

Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί την επεξεργασία των γεγονότων σε επίπεδο χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, καθώς αναφέρεται σε γενικές τάσεις και αντιδράσεις σε διαθέσεις (Trapnell & Campbell, 1999) και περιλαμβάνει 24 προτάσεις που χωρίζονται σε δύο υποκλίμακες, με βάση τις δύο διαστάσεις που περιγράφηκαν. Η υποκλίμακα Συλλογισμός και η υποκλίμακα Αντανάκλαση αποτελούνται από δώδεκα προτάσεις αντίστοιχα. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν κατά πόσον τους εκφράζουν προτάσεις όπως «*Η προσοχή μου επικεντρώνεται συχνά σε πλευρές του εαυτού μου που εύχομαι να σταματούσα να σκέφτομαι*» ή «*Οι άλλοι λένε συχνά ότι είμαι ένας βαθυστόχαστος, εσωστρεφής τύπος ανθρώπου*», επιλέγοντας από μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων με τιμές από 1= διαφωνώ απόλυτα, έως 5= συμφωνώ απόλυτα.

Ως προς την ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, χρειάζεται να αντιστραφούν οι βαθμολογίες στις προτάσεις 6, 9, 10, 13, 14, 17, 20, 24, κατόπιν να προστεθούν οι βαθμολογίες των δώδεκα προτάσεων που αποτελούν την κάθε κλίμακα για να παραχθεί το τελικό σκορ κάθε υποκλίμακας, ενώ με το άθροισμα των δύο αυτών τελικών σκορ παράγεται το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου.

Ως προς τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου, αναφέρεται καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής για τις δύο υποκλίμακες, από 0.88 έως 0.90 και από 0.91 έως 0.94 στις υποκλίμακες Συλλογισμός και Αντανάκλαση αντίστοιχα, καλή συγκλίνοσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα, ενώ όλες οι προτάσεις θεωρούνται επαρκείς μετρήσεις των μεταβλητών τους (Trapnell & Campbell, 1999).

3.4.11. Ερωτηματολόγιο Αντανάκλασης και Συλλογισμού-Επίπεδο Κατάστασης (State Level Measure of Reflection and Brooding)

Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε από τους McFarland & Buehler (1998) για τη μέτρηση του τρόπου με τον οποίο επεξεργάζεται το άτομο τα ερεθίσματα σε επίπεδο κατάστασης και όχι χαρακτηριστικού. Ως εκ τούτου, η κλίμακα ζητά από τους συμμετέχοντες να καταγράψουν τον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζονται το τραυματικό γεγονός την παρούσα στιγμή, απαντώντας σε 24 προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές διακρίνονται σε δύο ισάριθμες υποκλίμακες με ονομασία «Συλλογισμός» και «Αντανάκλαση». Οι δώδεκα προτάσεις στην υποκλίμακα «Συλλογισμός» περιγράφουν σκέψεις οι οποίες υποδηλώνουν ένα αίσθημα σύγχυσης για τη διάθεση του ατόμου, μια τάση να παρασύρεται και να επηρεάζεται παθητικά από τη διάθεσή του, μια τάση να εστιάζει επαναλαμβανόμενα στις αιτίες και τις επιπτώσεις της διάθεσης αυτής, καθώς και μια αδυναμία να τροποποιήσει τη διάθεσή του, όπως για παράδειγμα *«Νιώθω παθητική και εξαντλημένη»*. Αντιθέτως, οι δώδεκα προτάσεις στην υποκλίμακα Αντανάκλαση περιλαμβάνουν την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται, να εκφράζει και να ξεκαθαρίζει τα συναισθήματά του, την πρόθεσή του να αποσπάται από τις έμμονες σκέψεις σχετικά με τις αιτίες και τις επιπτώσεις του τραύματος και την ικανότητά του να τροποποιεί τη διάθεσή του, όπως για παράδειγμα *«Μπορώ να σκεφτώ θετικά για να εξαλείψω όποιο αρνητικό συναίσθημα έχω»*.

Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο σκέφτονται το τραυματικό γεγονός με τους τρόπους που περιγράφονται στις 24 προτάσεις, επιλέγοντας από μια κλίμακα με τιμές από 0 = σχεδόν ποτέ έως 3= σχεδόν πάντα. Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων χρειάζεται να προστεθούν οι βαθμοί των προτάσεων που αναλογούν σε κάθε υποκλίμακα, το άθροισμα των οποίων παράγει το τελικό σκορ για κάθε διάσταση. Το άθροισμα των τελικών σκορ των δύο διαστάσεων παράγει το

συνολικό σκορ που αντιπροσωπεύει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο επεξεργάζεται το τραυματικό γεγονός (McFarland & Buehler, 1998).

Ως προς τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου, αναφέρεται ότι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της υποκλίμακας Συλλογισμός είναι καλή (0.89), ενώ για την υποκλίμακα Αντανάκλαση είναι επαρκής 0.77 (McFarland & Buehler, 1998).

3.4.12. Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale-SCS)

Η σύγχρονη βιβλιογραφία δείχνει ότι η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων επηρεάζουν την έκβαση της προσαρμογής του ατόμου μετά από μια ασθένεια (Sarason et al., 1983). Μια όψη των δυσλειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων που μελετήθηκε είναι ο κοινωνικός περιορισμός (Lepore & Ituarte, 1999). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές, όρισαν τον κοινωνικό περιορισμό ως την αίσθηση του ατόμου ότι λαμβάνει ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη, η οποία του δημιουργεί απροθυμία να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα σε σχέση με συγκεκριμένα ερεθίσματα.

Για τη μέτρηση του κοινωνικού περιορισμού κατασκευάστηκε από τους Lepore και Ituarte (1999) η συγκεκριμένη κλίμακα, με στόχο την ποσοτικοποίηση του βαθμού στον οποίο το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου του αφήνει το περιθώριο να εκφράζει τις σκέψεις, τις ανάγκες και τα συναισθήματά του ή αν αντιθέτως περιορίζει αυτή τη δυνατότητά του, κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Η κλίμακα αποτελείται από δεκαπέντε προτάσεις, όπως *«Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου άλλαξαν θέμα όταν προσπαθούσες να μιλήσεις για την ασθένεια σου»*. Το άτομο καλείται να απαντήσει στις δεκαπέντε αυτές προτάσεις επιλέγοντας τον βαθμό που τον εκφράζει από μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων, με τιμές από 1= ποτέ, έως 4= συχνά.

Πιο συγκεκριμένα, οι οδηγίες του ερωτηματολογίου ωθούν το άτομο να σκεφτεί και να απαντήσει πόσο συχνά οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής του επέδειξαν μια συμπεριφορά κοινωνικού περιορισμού, όπως αυτές περιγράφονται στις δεκαπέντε προτάσεις. Ως προς την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, όσο πιο υψηλό το σκορ, τόσο μεγαλύτερο κοινωνικό περιορισμό βιώνει το άτομο.

Σε σχέση με τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου, οι κατασκευαστές αναφέρουν ότι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής είναι καλή ($\alpha = 0.89$). Σε άλλες έρευνες, η αξιοπιστία κυμαίνεται από $\alpha = 0.84$ (Dzwonkowska, 2007) έως 0.92 (Braitman et al., 2008). Ενώ η αξιοπιστία δοκιμής επανελέγχου καταγράφεται στο 0.71 στους εννέα μήνες και το Cronbach's alpha κυμαίνεται από 0.89 σε 0.92 (Lepore, 1999). Τέλος, στην έρευνα των Herzer et al. (2006) η αξιοπιστία της κλίμακας ήταν 0.89 .

3.4.13. Κλίμακα Ψυχικής Δυσφορίας από το Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας (Mental Health Inventory- MHI)

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ένα τυποποιημένο ψυχομετρικό εργαλείο που κατασκευάστηκε για να μετρήσει την ψυχική ευημερία και την ψυχική δυσφορία (Veit & Ware, 1983). Το ερωτηματολόγιο είναι ευρέως διαδεδομένο και συχνά χρησιμοποιούμενο. Μάλιστα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε 13 γλώσσες από την Elite Languages Services και την International Quality of Life Assessment Project Group, με στόχο τη χρήση του από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ερευνητές. Μια από τις 13 γλώσσες είναι και η ελληνική.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 38 προτάσεις στις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει επιλέγοντας από διαφορετικές κλίμακες ανά ερώτηση, πέντε ή έξι διαβαθμίσεων. Οι κατασκευαστές του ερωτηματολογίου, το χώρισαν σε δύο υποκλίμακες που ονόμασαν Ψυχική Δυσφορία και Ψυχική Ευημερία. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η υποκλίμακα Ψυχικής Δυσφορίας, η οποία περιλάμβανε ερωτήσεις για την ψυχική αναστάτωση του ατόμου, όπως

«Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά αισθανόσουν νευρική ή αναστατωμένη όταν αντιμετωπίζεις αναπάντεχες καταστάσεις;». Οι απαντήσεις επιλέγονταν από διαφορετικές κάθε φορά κλίμακες Likert, όπως για παράδειγμα η συγκεκριμένη: 1= Διαρκώς, 2= Πολύ συχνά, 3= Αρκετά συχνά, 4= Μερικές φορές, 5= Σχεδόν ποτέ, 6= Ποτέ.

Ως προς τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου, φαίνεται ότι η συσχέτιση ανάμεσα στις δύο υποκλίμακες είναι 0.69 (Heubeck & Neill, 2000). Συνολικά, το ερωτηματολόγιο έχει ισχυρή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, η οποία κυμαίνεται από 0.83 έως 0.96 (Stead et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα, για την Κλίμακα Ψυχική Δυσφορίας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, η αξιοπιστία καταγράφεται από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου στο 0.95 (Veit & Ware, 1983), ενώ σε άλλες έρευνες κυμαίνεται από 0.93 έως 0.94 (Elizur, 2001; Orban's, 2003).

3.5. Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων

3.5.1. Είδη δεδομένων

Τα δεδομένα στην παρούσα έρευνα χωρίζονται σε κατηγορικά, δихότομα, διατάξιμα και δεδομένα κλίμακας λόγου.

Πιο συγκεκριμένα, τα δεδομένα ονομάζονται κατηγορικά όταν τα αντικείμενα μιας ορισμένης κατηγορίας διασπώνται και εντάσσονται σε διάφορες ομάδες με τους αριθμούς να αποτελούν ουσιαστικά ονόματα ή κατηγορίες, χωρίς να έχουν δηλαδή αριθμητικό νόημα (Γαλάνης, 2009). Στην παρούσα έρευνα, κατηγορικά δεδομένα προέκυψαν από τις μεταβλητές που μέτρησαν την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το είδος της εργασίας, το θρήσκευμα, το είδος του χειρουργείου και το είδος της θεραπείας.

Όταν τα δεδομένα ονομαστικής/ κατηγορικής κλίμακας μπορούν να λάβουν μόνο μία από δύο συγκεκριμένες τιμές, όπως για παράδειγμα άνδρες και γυναίκες, τότε ονομάζονται δихότομα (Γαλάνης, 2009). Στην παρούσα έρευνα, δихότομα δεδομένα προέκυψαν από τις μεταβλητές

που αφορούσαν την ένταξη σε μειονότητα και την ύπαρξη υποτροπής της νόσου, καθώς και από την κλίμακα μέτρησης τραυματικών γεγονότων (TLEQ).

Άλλο είδος κατηγορίας δεδομένων αποτελούν τα διατάξιμα δεδομένα, στα οποία η σειρά ή η διάταξη μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών έχει σημασία, αφού οι μεγαλύτερες αριθμητικές τιμές αντιπροσωπεύουν την παρουσία ενός χαρακτηριστικού σε μεγαλύτερο βαθμό και οι μικρότερες τιμές υποδηλώνουν την παρουσία του ίδιου χαρακτηριστικού σε μικρότερο βαθμό (Γαλάνης, 2009). Στην παρούσα έρευνα, διατάξιμα δεδομένα προέκυψαν από τις μεταβλητές που μετρούσαν το στάδιο της ασθένειας και τις ψυχομετρικές μεταβλητές που μετρούσαν τα ερωτηματολόγια (IES PTGI, PCLC, LOTR, HOPE, MCF, RRQ, SOCIAL, BCOPE, MHI, ASQ).

Τέλος, στα δεδομένα κλίμακας λόγου οι αριθμοί αντιπροσωπεύουν πραγματικές μετρήσιμες ποσότητες ενώ η κλίμακα έχει το 0 ως σημείο έναρξης της μέτρησης, γεγονός που επιτρέπει τις μαθηματικές πράξεις (Γαλάνης, 2009). Στην παρούσα έρευνα τα δεδομένα κλίμακας λόγου προέκυψαν από τις μεταβλητές που μετρούσαν την ηλικία, τον αριθμό των παιδιών και τους μήνες από τη διάγνωση.

3.5.2. Μεταβλητές

Στην παρούσα έρευνα, οι μεταβλητές διαμορφώθηκαν με βάση τις ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων και των ερωτηματολογίων και προ-κωδικοποιήθηκαν για να εισαχθούν τα δεδομένα στο στατιστικό πρόγραμμα και να αναλυθούν. Για την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοση 17 (Statistic Package for Social Sciences, SPSS Inc, Chicago IL, USA, 2008). Για την ένταξη των δεδομένων στο πρόγραμμα, κάθε γραμμή αντιστοιχούσε σε μια περίπτωση και κάθε στήλη σε μια μεταβλητή. Για τη διαμόρφωση συμπερασμάτων σχετικά με τους ερευνητικούς στόχους, ορίστηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές οι απαντήσεις στα ψυχομετρικά εργαλεία και τα δημογραφικά και ιατρικά

στοιχεία των συμμετεχόντων και ως εξαρτημένες ορίστηκαν η μετατραυματική διαταραχή του στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη.

3.5.3. Έλεγχος υποθέσεων και στατιστική σημαντικότητα

Ο έλεγχος υποθέσεων αποτελεί μια μέθοδο για να ελεγχθεί αν η σχέση μεταξύ δύο στατιστικών κατανομών αποτελεί τυχαίο ή όχι εύρημα. Αν ο έλεγχος δείχνει ότι το αποτέλεσμα είναι απίθανο να έχει προκύψει τυχαία, τότε το αποτέλεσμα αυτό ονομάζεται στατιστικά σημαντικό. Όταν το αποτέλεσμα ταυτίζεται με την πραγματικότητα, τότε έχει γίνει σωστή εκτίμηση. Όταν όμως το αποτέλεσμα δεν ταυτίζεται με την πραγματικότητα, τότε έχει γίνει κάποιο είδος σφάλματος. Το είδος του σφάλματος υποδηλώνει αν απορρίφθηκε σωστά ή όχι η ερευνητική υπόθεση, δηλαδή η Μηδενική Υπόθεση (υπάρχει μηδενική επίπτωση- διαφορά ή συσχέτιση- της Ανεξάρτητης Μεταβλητής στην Εξαρτημένη Μεταβλητή) και η Εναλλακτική Υπόθεση (υπάρχει επίπτωση- διαφορά ή συσχέτιση- της Ανεξάρτητης Μεταβλητής στην Εξαρτημένη Μεταβλητή). Επίσης, υπάρχουν δύο είδη σφάλματος, το σφάλμα Τύπου I, το οποίο προκύπτει όταν απορρίπτεται εσφαλμένα η μηδενική υπόθεση ενώ ισχύει, και το σφάλμα Τύπου II, το οποίο προκύπτει όταν εσφαλμένα γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης, ενώ δεν ισχύει. Η πιθανότητα να συμβεί σφάλμα τύπου I ονομάζεται επίπεδο σημαντικότητας α .

Συνήθως το επίπεδο σημαντικότητας α ορίζεται στο 0.05. Όταν όμως πραγματοποιείται επαναληπτική χρήση στατιστικών κριτηρίων, όπως του t-test, ή των συντελεστών συσχέτισης r , προκαλείται το πρόβλημα των πολλαπλών συγκρίσεων. Σε αυτή την περίπτωση η πιθανότητα μία ή περισσότερες τιμές του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας (p) να εμφανιστούν ψευδώς στατιστικά σημαντικές αυξάνει και συνεπώς είναι πιο πιθανό να οδηγηθούμε σε εσφαλμένη απόρριψη της Μηδενικής Υπόθεσης. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος ακολουθήσαμε τις μεθόδους διόρθωσης του σφάλματος λόγω πολλαπλών ελέγχων, όπως είναι οι μέθοδοι FamilyWise Error (FWER), False Discovery Proportion (FDP), False Discovery Rate (FDR). Με τη μέθοδο διόρθωσης Bonferroni

(που αποτελεί τεχνική της μεθόδου FWER), όταν έχουμε πολλές ερευνητικές υποθέσεις τις οποίες θέλουμε να ελέγξουμε ταυτόχρονα, χρησιμοποιούμε την προσαρμοσμένη p- τιμή, που ορίζεται ως εξής: προσαρμοσμένη p- τιμή = p- τιμή/m, όπου m= το πλήθος των υποθέσεων.

Να υπενθυμίσουμε τις ερευνητικές υποθέσεις:

1. Αναμένεται ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες θα εμφανιστεί σε μικρό ποσοστό στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού
2. Αναμένεται ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα εμφανιστεί στην πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο του μαστού
3. Αναμένεται ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες θα σχετίζεται θετικά με τους εξής δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες: νεαρή ηλικία, χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, σοβαρότητα της νόσου, πολυπλοκότητα της θεραπείας.
4. Αναμένεται ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα σχετίζεται θετικά με τους εξής δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες: νεαρή ηλικία, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, υψηλό κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο, ένταξη σε μειονότητα, πολυπλοκότητα θεραπείας.
5. Αναμένεται ότι το πλούσιο ιστορικό τραυματικών γεγονότων, οι κοινωνικοί περιορισμοί, το απαισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, οι δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η γνωστική επεξεργασία του τραύματος- Συλλογισμός- θα αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες
6. Αναμένεται ότι η έλλειψη κοινωνικών περιορισμών, το αισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, η ελπίδα, η αισιοδοξία, οι λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η γνωστική επεξεργασία του τραύματος- Αντανάκλαση- θα αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη
7. Αναμένεται ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη δε θα σχετίζονται

3.5.4. Έλεγχος επάρκειας του μεγέθους του δείγματος

Το μέγεθος του δείγματος ελέγχθηκε ως προς την επάρκειά του ώστε να επιτευχθούν οι ερευνητικοί σκοποί (στάθμιση των μεταφρασμένων ερωτηματολογίων και έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων). Αναφορικά με το σκοπό της στάθμισης των ερωτηματολογίων ακολουθήθηκαν οι εμπειροτεχνικοί κανόνες των πολυπαραγοντικών αναλύσεων. Πιο συγκεκριμένα το δείγμα σε μελέτες πολυπαραγοντικών αναλύσεων πρέπει να είναι τουλάχιστον 100 ατόμων και να αναλογούν 3-5 άτομα ανά ερώτηση της κλίμακας (Gorsuch, 1983). Στην παρούσα έρευνα τα περισσότερα ερωτήματα είχε το ερωτηματολόγιο Brief COPE (28). Συνεπώς, ακολουθώντας αυτό τον κανόνα το δείγμα θα έπρεπε να είναι από 100 έως 140 άτομα. Το μέγεθος του δείγματος της παρούσας έρευνας (N= 202) κρίνεται ικανοποιητικό, εφ' όσον ξεπερνά τον ελάχιστο απαιτούμενο αριθμό για τη διεξαγωγή διερευνητικής πολυπαραγοντικής ανάλυσης των ερωτηματολογίων.

Στις αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης ακολουθήθηκαν εμπειροτεχνικοί κανόνες, όπως ότι θα πρέπει να αναλογούν δέκα άτομα ανά μεταβλητή που εισάγεται στο μοντέλο – πολλαπλής παλινδρόμησης ή δομικό (Norman & Streiner, 2008) ή να αποτελείται το δείγμα από 50 άτομα συν το γινόμενο από τον πολλαπλασιασμό του 8 με τον αριθμό των ανεξάρτητων μεταβλητών (Green, 1991). Επίσης, θα πρέπει να υπολογιστεί όχι μόνο ο αριθμός των ανεξάρτητων μεταβλητών, αλλά και το μέγεθος ισχύος της μελέτης. Για παράδειγμα, σε περίπτωση δέκα μεταβλητών και μέτριας ισχύος μελέτης απαιτείται δείγμα 150 ατόμων. Συνεπώς, σε κάθε περίπτωση, το μέγεθος του δείγματος της παρούσας μελέτης κρίνεται επαρκές για τη διεξαγωγή πολλαπλής παλινδρόμησης (N=202).

3.5.5. Αριθμητικά περιληπτικά μέτρα

Αρχικά, τα δεδομένα ελέγχθηκαν ως προς την κανονικότητα των κατανομών. Στις ποσοτικές μεταβλητές, ο έλεγχος κανονικότητας γίνεται μέσω επισκόπησης των ιστογραμμάτων και των διαγραμμάτων

πιθανότητας (p-p plots), μέσω των τεστ Kolomogorov- Smirnov & Shapiro- Wilk και μέσω του ελέγχου της συμμετρίας της κατανομής (τέλεια συμμετρική κατανομή έχουμε όταν η τιμή ασυμμετρίας είναι μηδενική). Όταν οι κατανομές δεν είναι κανονικές, πραγματοποιούνται μετασχηματισμοί για να κανονικοποιηθούν. Αναλόγως το βαθμό και το είδος της ασυμμετρίας που εμφανίζουν κάποιες κατανομές εφαρμόζονται λογαριθμικοί, αντίστροφοι, τετραγωνικής ρίζας ή αμοιβαίοι μετασχηματισμοί.

Στην παρούσα έρευνα υπολογίστηκαν τα εξής αριθμητικά περιληπτικά: μέτρα κεντρικής τάσης (μέση τιμή) και μέτρα διασποράς (εύρος και τυπική απόκλιση).

3.5.6. Ψυχομετρικές ιδιότητες των ερωτηματολογίων

Δεύτερο στάδιο της ανάλυσης αποτέλεσε ο έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του συνόλου των ερωτηματολογίων στα ελληνικά ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν στο δείγμα. Ελέγχθηκε δηλαδή η αξιοπιστία (reliability) και η εγκυρότητά τους (validity).

3.5.6.1. Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο το σφάλμα μέτρησης ελαχιστοποιείται και περιλαμβάνει τη σταθερότητα και την εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου. Ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο παρέχει ακριβή και σταθερά στο χρόνο αποτελέσματα, δηλαδή αν χορηγηθεί εκ νέου στο ίδιο δείγμα τα αποτελέσματα θα είναι σταθερά. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου δείχνει το βαθμό στον οποίο όλες οι προτάσεις ενός ερωτηματολογίου μετρούν την ίδια μεταβλητή. Για να ελεγχθεί η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής μιας κλίμακας χρησιμοποιείται ο συντελεστής Cronbach's alpha (α), ο οποίος προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο η κλίμακα μετρά μόνο μια μεταβλητή και το βαθμό στον οποίο οι διαφορές ανάμεσα στις προτάσεις μιας κλίμακας αποτελούν πηγή σφάλματος.

Στην παρούσα έρευνα, υπολογίστηκε ο συντελεστής άλφα για όλα τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στο δείγμα και ελέγχθηκε η τυχόν βελτίωση της τιμής του συντελεστή στην περίπτωση αφαίρεσης ερωτημάτων από την κλίμακα. Η τιμή του άλφα θεωρήθηκε επαρκής όταν ξεπερνούσε το 0.70 (Polit & Hunglar, 1999), ενώ αν η αφαίρεση ενός ερωτήματος από μια κλίμακα οδηγούσε σε αύξηση του συντελεστή άλφα της τάξεως του 0.1 ή περισσότερο, τότε το ερώτημα έπρεπε να αφαιρεθεί (Ferketich, 1991).

3.5.6.2. Εγκυρότητα

Η εγκυρότητα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα ερωτηματολόγιο μετρά όντως τη μεταβλητή για τη μέτρηση της οποίας κατασκευάστηκε. Ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο παρέχει τη βεβαιότητα ότι μετράται πράγματι η έννοια που μας ενδιαφέρει. Η εγκυρότητα διακρίνεται σε: κατά τεκμήριο εγκυρότητα, εγκυρότητα αντιπροσωπευτικού περιεχομένου και εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής θεωρείται η πλέον σημαντική (Κουλάκογλου, 2001) και προσδιορίζεται από τον έλεγχο της συγκλίνουσας και αποκλίνουσας εγκυρότητας, την ανάλυση παραγόντων και την τεχνική των γνωστών ομάδων. Πιο αναλυτικά, η συγκλίνουσα εγκυρότητα ελέγχει κατά πόσον μια κλίμακα συσχετίζεται με άλλες κλίμακες που μετρούν αντίστοιχες μεταβλητές, ενώ η αποκλίνουσα εγκυρότητα αναφέρεται στον βαθμό που η κλίμακα αποκλίνει από κλίμακες που μετρούν διαφορετικές έννοιες. Για να προσδιοριστεί ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ κλιμάκων χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης r .

3.5.6.3. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων (factor analysis) για όλα τα ερωτηματολόγια. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της παραγοντοποίησης κύριου άξονα (principal axis), με σκοπό τον εντοπισμό των υποκείμενων παραγόντων που εξηγούν τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Τα δεδομένα ομαδοποιούνται σε παράγοντες με βάση τη μήτρα συσχέτισης των

μεταβλητών (pattern matrix). Ο αριθμός των παραγόντων επιλέχθηκε με βάση τα εξής κριτήρια:

A) το κριτήριο του Kaiser, το οποίο ορίζει ότι επιλέγονται οι παράγοντες με ιδιοτιμές (eigenvalues) άνω του 1. Οι ιδιοτιμές προκύπτουν με βάση τη μήτρα συσχέτισης και αποτελούν μια ένδειξη διακύμανσης στη μήτρα συσχέτισης που ερμηνεύεται από τον κάθε παράγοντα. Οι παράγοντες με ιδιοτιμή μεγαλύτερη του 1 εκλαμβάνονται ως ισχυροί, ξεχωριστοί παράγοντες με ιδιαίτερο ερμηνευτικό νόημα

B) το κριτήριο του Catell, το οποίο ορίζει ότι επιλέγεται ο αριθμός των παραγόντων σύμφωνα με το σημείο κλίσης στη γραφική παράσταση απότομου κλιτύος (scree plot). Ο αριθμός των απαιτούμενων παραγόντων είναι αυτός μετά τον οποίο υπάρχει τάση ευθυγράμμισης της γραμμής που ενώνει τις τιμές των χαρακτηριστικών τιμών του αρχικού πίνακα

Γ) χρειάζεται να ληφθεί υπ' όψιν η συνολική διακύμανση. Δηλαδή, να διατηρηθεί ο αριθμός των παραγόντων που αθροιστικά εξηγούν τη μεγαλύτερη διακύμανση

Δ) χρειάζεται να επιλεγθούν θεωρητικά αποδεκτοί και ερμηνεύσιμοι παράγοντες

Ε) χρειάζεται να ληφθούν υπ' όψιν τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την parallel analysis των δεδομένων (Costello & Osborne, 2005)

Οι παράγοντες που επιλέγονται περιστρέφονται για να ερμηνευτούν πληρέστερα. Επιλέγεται η ορθογώνια περιστροφή τύπου Varimax όταν οι παράγοντες αναμένεται να είναι ανεξάρτητοι και η λοξή περιστροφή τύπου Promax, όταν οι παράγοντες αναμένεται να σχετίζονται. Για τις αναλύσεις των ερωτηματολογίων της παρούσας έρευνας επιλέχθηκε η λοξή περιστροφή. Τέλος, για να τοποθετηθεί κάθε μεταβλητή σε παράγοντα ορίστηκε ότι πρέπει η τιμή φόρτισης να είναι άνω του 0.32 (Zwick & Velicer, 1986).

Για να ελεγχθεί η καταλληλότητα των δεδομένων ακολουθήθηκαν τα εξής κριτήρια:

A) το κριτήριο σφαιρικότητας του Bartlett, σύμφωνα με το οποίο για να είναι στατιστικά σημαντικό το τεστ, πρέπει τα δεδομένα να συσχετίζονται. Όταν οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών είναι υψηλοί, τότε οι μεταβλητές μοιράζονται κοινούς παράγοντες

B) το τεστ Kaiser- Meyer- Olkin (KMO), το οποίο συγκρίνει τα μεγέθη των παρατηρούμενων συντελεστών συσχέτισης με τα μεγέθη των μερικών συντελεστών συσχέτισης. Η τιμή αυτού του λόγου κυμαίνεται από το 0 έως το 1, όπου το 1 υποδεικνύει ότι οι μεταβλητές σχετίζονται ισχυρά και γραμμικά. Οι τιμές από 0.7 και πάνω είναι ικανοποιητικές αφού υποδηλώνουν ότι υπάρχουν υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στα δεδομένα

Γ) τον έλεγχο των τιμών των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων (communalities), οι οποίες δείχνουν το βαθμό των συσχετίσεων ανάμεσα στα δεδομένα. Οι τιμές αυτές πρέπει να είναι του 0.35.

3.5.7. Μονοπαραγοντικές αναλύσεις

3.5.7.1. T test για ανεξάρτητα δείγματα

Ο στατιστικός έλεγχος Independent samples t test χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τη χρήση του ελέγχου λαμβάνουμε τις εξής παραδοχές: το δείγμα να είναι τυχαίο, η κατανομή των παρατηρήσεων να είναι κανονική και οι παρατηρήσεις να έχουν ομοιογένεια (Γαλάνης, 2009). Στον έλεγχο αυτό υπολογίζεται η τιμή t. Στην παρούσα έρευνα ελέγχθηκε ο Μηδενική Υπόθεση ότι είναι ίσες οι μέσες τιμές της συνεχόμενης μεταβλητής στους δύο πληθυσμούς από τους οποίους προέρχονται τα δύο ανεξάρτητα δείγματα. Για τον έλεγχο υπολογίστηκαν η τιμή p, η διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών και το διάστημα εμπιστοσύνης για αυτή τη διαφορά.

3.5.7.2. Ανάλυση διασποράς με ένα παράγοντα

Η ανάλυση διασποράς με ένα παράγοντα (One way ANOVA) χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση μέσων τιμών σε περισσότερα από δύο δείγματα. Για τη χρήση του ελέγχου λαμβάνονται οι εξής παραδοχές: το δείγμα να είναι τυχαίο, η κατανομή των παρατηρήσεων να είναι

κανονική και οι παρατηρήσεις να έχουν ομοιογένεια (Γαλάνης, 2009). Στον έλεγχο αυτό υπολογίζεται η τιμή F. Στην παρούσα έρευνα ελέγχθηκε η Μηδενική Υπόθεση ότι είναι ίσες οι μέσες τιμές της συνεχόμενης μεταβλητής των δύο ή περισσότερων πληθυσμών από τους οποίους προέρχονται τα δείγματα. Για την πραγματοποίηση ανά δύο συγκρίσεων μεταξύ των μέσων τιμών χρησιμοποιήθηκε μια μέθοδος πολλαπλής σύγκρισης (Post hoc Bonferroni ή Tukey).

3.5.7.3. Συσχετίσεις

Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) μέσω της ανάλυσης συσχέτισης και ο συντελεστής β μέσω της ανάλυσης απλής γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση του μεγέθους της γραμμικής σχέσης μεταξύ δύο συνεχόμενων μεταβλητών. Η ανάλυση παλινδρόμησης παρέχει τη δυνατότητα διερεύνησης της αλλαγής στην εξαρτημένη μεταβλητή, η οποία οφείλεται σε μια δεδομένη αλλαγή στην ανεξάρτητη μεταβλητή. Ο συντελεστής διασειριακής συσχέτισης εκτιμά το μέγεθος της γραμμικής σχέσης μεταξύ μιας συνεχόμενης και μια διχοτομικής μεταβλητής. Για την εφαρμογή των ελέγχων λαμβάνονται οι εξής παραδοχές: το δείγμα να είναι τυχαίο και η κατανομή των παρατηρήσεων να είναι κανονική (Γαλάνης, 2009). Οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης κυμαίνονται από το -1 έως το +1, όπου το -1 σημαίνει ότι υπάρχει τέλεια αρνητική γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών και το +1 σημαίνει ότι υπάρχει τέλεια θετική γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Όταν ο συντελεστής λαμβάνει την τιμή 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Όσο πιο μεγάλη είναι η τιμή του r , τόσο πιο μεγάλη είναι η συσχέτιση μεταξύ δύο μεταβλητών. Η μηδενική υπόθεση που ελέγχεται με αυτό το στατιστικό τεστ είναι ότι δεν υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

3.5.8. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, η οποία στοχεύει στην κατασκευή ενός μοντέλου το

οποίο να εξηγεί επαρκώς τη σχέση ανάμεσα σε μια εξαρτημένη και μίας ή περισσότερων ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι έλεγχοι έλαβαν υπ' όψιν την ύπαρξη συγχυτικών παραγόντων και τα μοντέλα χρησιμοποιήθηκαν για να εξουδετερωθούν οι συγχυτικοί παράγοντες.

3.5.8.1. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση

Για τη χρήση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης λαμβάνονται υπ' όψιν τα εξής: α) η εξαρτημένη μεταβλητή πρέπει να είναι συνεχής και να ακολουθεί την κανονική κατανομή με σταθερή διακύμανση, β) οι ανεξάρτητες μεταβλητές πρέπει να είναι συνεχείς ή κατηγορικές, γ) κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή πρέπει να συνδέεται γραμμικά με την εξαρτημένη μεταβλητή, δ) οι ανεξάρτητες μεταβλητές πρέπει να συσχετίζονται ισχυρά με την εξαρτημένη μεταβλητή και ε) οι ανεξάρτητες μεταβλητές πρέπει να μην σχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους.

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για να κατασκευαστεί ένα μοντέλο το οποίο να εξηγεί τη σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, αλλά και τη σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές. Για να εισαχθούν οι μεταβλητές στο μοντέλο ακολουθήθηκε η μέθοδος της σταδιακής εισαγωγής των μεταβλητών σε blocks, τόσο για να ελεγχθεί σταδιακά η δράση των μεταβλητών, όσο και για να ελεγχθεί στατιστικά το μοντέλο. Το μέγεθος της σχέσης μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης μεταβλητής ορίζεται από την τιμή του σταθμισμένου συντελεστή β . Όταν ο συντελεστής έχει θετικό πρόσημο υποδηλώνει ότι η συγκεκριμένη ανεξάρτητη μεταβλητή επιδρά θετικά στην εξαρτημένη μεταβλητή. Όταν ο συντελεστής έχει αρνητικό πρόσημο αποτελεί ένδειξη αντίστροφης σχέσης. Για να ελεγχθεί αν η σχέση μεταξύ Εξαρτημένης Μεταβλητής και Ανεξάρτητης Μεταβλητής είναι στατιστικά σημαντική πρέπει να ελεγχθεί η τιμή p .

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν διαγνωστικά μέτρα πολυσυγγραμικότητας, υπολογίστηκαν δείκτες ανθεκτικότητας, όπως το VIF (όπου τιμές μεγαλύτερες του 10 αποτελούν ένδειξη πολυσυγγραμικότητας) και το Tolerance (όπου τιμές μικρότερες του 0.10 αποτελούν ένδειξη πολυσυγγραμικότητας) και πραγματοποιήθηκε επιθεώρηση της απόστασης Cook, της απόστασης Mahalanobis, των standardized καταλοίπων και των studentized καταλοίπων (για την αναγνώριση ακραίων τιμών και καταλοίπων).

Για το στατιστικό έλεγχο της σειριακής συσχέτισης των καταλοίπων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό τεστ Durbin- Watson. Το τεστ αυτό εμφανίζει τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των καταλοίπων και τις προβλεπόμενες από το μοντέλο τιμές. Η τιμή του τεστ κυμαίνεται από το 0 έως το 4, όπου αποδεκτές είναι οι τιμές μεταξύ 1.5 και 2.5, καθώς η τιμή 2 υποδηλώνει ότι τα κατάλοιπα δε σχετίζονται. Ο συντελεστής προσδιορισμού R square φανερώνει το ποσοστό της μεταβλητότητας των δεδομένων που εξηγείται από την προσαρμογή του γραμμικού μοντέλου σε σχέση με το ποσοστό της μεταβλητότητας που δεν εξηγείται από το μοντέλο. Όσο καλύτερο το μοντέλο της παλινδρόμησης, τόσο μεγαλύτερο μέρος της συνολικής διακύμανσης του δείγματος εξηγεί. Η καλή προσαρμογή του μοντέλου υποδεικνύεται από τις υψηλές τιμές F και την αντίστοιχη στατιστική σημαντικότητα p.

Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα

4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 202 γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού, ηλικίας από 20 έως 88 ετών (μέσος όρος = 60.47 και τυπική απόκλιση 11.34). Ο Πίνακας 4.1 παρουσιάζει τα δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία των γυναικών.

Η πλειοψηφία των γυναικών ήταν έγγαμες (74.3%), 14.9% βρίσκονταν σε χηρεία, 4.5 % ήταν διαζευγμένες, 5.9% ήταν ανύπαντρες και το 0.5% ήταν σε σχέση. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών είχαν παιδιά (90.8%), από 1-5 σε αριθμό, συχνότερα 2 παιδιά (53.8%). Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, το 40.2% των γυναικών είχαν αποφοιτήσει από το Λύκειο, το 29.6% είχαν ανώτερη μόρφωση και το 30.2 % είχαν μόρφωση κατώτερη του Λυκείου. Οι περισσότερες συμμετέχουσες δήλωσαν ως επάγγελμα οικοκυρικά (40.6%), το 20.8% των γυναικών είχαν συνταξιοδοτηθεί, το 32.2% εργάζονταν την τρέχουσα περίοδο, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο Δημόσιο τομέα και 6.3% ήταν άνεργες. Οι περισσότερες γυναίκες άνηκαν στη μεσαία οικονομική τάξη (60.5%), το 39% άνηκε στη χαμηλή οικονομική τάξη και μόλις το 0.5% του δείγματος άνηκε στην ανώτερη οικονομική τάξη. Ως προς το θρήσκευμα, η πλειοψηφία των γυναικών ήταν Χριστιανές Ορθόδοξες (98.5%) και ως προς την ένταξη σε μειονότητα, μόλις το 1.5% (3 γυναίκες) άνηκαν σε κάποια μειονότητα.

Όσον αφορά στα ιατρικά στοιχεία των γυναικών, αυτά καταγράφηκαν από την ερευνήτρια από τους φακέλους των ασθενών που διατηρούνταν στο αρχείο του Κέντρου Μαστού. Όλες οι συμμετέχουσες είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Το 55% των γυναικών είχαν υποβληθεί σε τμηματεκτομή, το 40.6% είχαν κάνει μαστεκτομή και μόλις το 4.5% είχαν υποβληθεί σε αποκατάσταση μαστού. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών είχε υποβληθεί σε συμπληρωματική θεραπεία εκτός του χειρουργείου. Η πιο συχνή θεραπεία ήταν η χημειοθεραπεία (61.1%), μεμονωμένα (15.9%),

συνδυαστικά με ακτινοθεραπεία (16.9%), ορμονοθεραπεία (11.9%), είτε με ορμονοθεραπεία και ακτινοθεραπεία μαζί (16.4%). Οι περισσότερες γυναίκες είχαν διαγνωστεί στο στάδιο 2^A (35.6%), μόλις 1.5% βρίσκονταν στο στάδιο 0, το 30.7% στο 1^A, 20,3% στο 2^B, 9.9% στο 3^A και 2% στο 3^B. Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δεν είχαν εμφανίσει υποτροπή της νόσου (92.1%). Τέλος, οι γυναίκες συμμετείχαν στην έρευνα 2 έως 372 μήνες μετά τη διάγνωσή τους (μέσος όρος= 98 μήνες και τυπική απόκλιση 95).

Πίνακας 4.1. Δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία δείγματος

Δημογραφική μεταβλητή			
Ηλικία σε έτη	Μέση τιμή Διάμεσος		Τυπική απόκλιση
	60.47	62	
Οικογενειακή κατάσταση	%		N
Έγγαμη	74.3		150
Χήρα	14.9		30
Διαζευγμένη	4.5		9
Σε σχέση	0.5		1
Ελεύθερη	5.9		12
Μορφωτικό επίπεδο	%		N
Δημοτικό	18.1		36
Γυμνάσιο	12.1		24
Λύκειο	40.2		80
ΤΕΙ/ΑΕΙ	22.6		45
Μεταπτυχιακό	5		10
Διδακτορικό	2		4
Επαγγελματική κατάσταση	%		N
Συνταξιούχος	20.8		40
Δημόσιος υπάλληλος	13		25
Ιδιωτική υπάλληλος	10.4		20
Ελεύθερη επαγγελματίας	6.3		12
Αγρότισσα	2.6		5

Άνεργη	6.3	12
Νοικοκυρά	40.6	78
Οικονομικό επίπεδο	%	N
Χαμηλό	39	78
Μέτριο	60.5	121
Υψηλό	0.5	1
Ένταξη σε μειονότητα	%	N
Ναι	1.5	3
Όχι	98.5	197
Στάδιο καρκίνου μαστού	%	N
0	1.5	3
I	30.7	62
IIA	35.6	72
IIB	20.3	41
IIIA	9.9	20
IIIB	2	4
Υποτροπή	%	N
Ναι	7.9	16
Όχι	92.1	186
Είδος χειρουργικής επέμβασης	%	N
Τμηματεκτομή	55	111
Μαστεκτομή	17.8	36
Ριζική μαστεκτομή	20.8	42
Διπλή μαστεκτομή	2	4
Απλή αποκατάσταση	3	6
Διπλή αποκατάσταση	1.5	3
Είδος συμπληρωματικής θεραπείας	%	N
Καμία	6	12
Ορμονοθεραπεία	11.9	24

Χημειοθεραπεία	15.9	32
Ακτινοθεραπεία	7	14
Ορμονοθεραπεία και χημειοθεραπεία	11.9	24
Ορμονοθεραπεία και Ακτινοθεραπεία	13.9	28
Ορμονοθεραπεία, Χημειοθεραπεία και Ακτινοθεραπεία	16.4	33
Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία	16.9	34
Χρόνος από διάγνωση	Μέση τιμή	Διάμεσος
	98.3 μήνες	64 μήνες
		Τυπική απόκλιση
		95.7

4.2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Πριν γίνουν οι διερευνητικές αναλύσεις παραγόντων (exploratory factor analysis) στα ερωτηματολόγια που δεν είχαν σταθμιστεί στα Ελληνικά υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις σε όλες τις ψυχο-κοινωνικές μεταβλητές. Επιπρόσθετα, έγινε έλεγχος της συμμετρίας (κύρτωσης και λοξότητας) και της κανονικότητας των κατανομών. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε μέσω της απλής επισκόπησης των ιστογραμμάτων και των διαγραμμάτων πιθανότητας (P-P plots), ενώ παράλληλα, έγινε έλεγχος της συμμετρίας της κατανομής (κύρτωσης και λοξότητας). Σύμφωνα με τους Mertler και Vannatta (2005), οι τιμές ασυμμετρίας που κυμαίνονται μεταξύ -1 και +1 υποδηλώνουν κανονική κατανομή. Ο Πίνακας 4.2. παρουσιάζει τις μέσες τιμές, τις αποκλίσεις, το εύρος διακύμανσης και τις τιμές κύρτωσης και λοξότητας των μεταβλητών και παραγόντων.

Ως προς την επισκόπηση της κανονικότητας, η πλειοψηφία των μεταβλητών φαίνεται να έχουν κανονική κατανομή, ενώ μη κανονική κατανομή παρατηρείται στις μεταβλητές Hope, PCL-C και στις υποκλίμακες του Brief- COPE: Active coping, Religion, Venting,

Positive Reframming, Denial, Humor και Acceptance. Ως εκ τούτου, έγιναν μετασχηματισμοί με σκοπό να επιτευχθεί η κανονικοποίηση των κατανομών αυτών των μεταβλητών. Επειδή οι κατανομές ήταν περίπου κανονικές και με θετική ασυμμετρία, εφαρμόστηκε ο λογαριθμικός μετασχηματισμός που συστήνεται από στατιστικούς (Bland & Altman, 1996).

Πίνακας 4.2. Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος διακύμανσης, τιμές κύρτωσης και λοξότητας των μεταβλητών και παραγόντων

Μεταβλητή/ παραγόντας Εύρος κλίμακας	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Εύρος διακύμανσης	Λοξότητα	Κύρτωση	Επισκόπηση Κανονικότητας Ιστογράμματος	Μέση τιμή πληθυσμού κατασκευής ερωτηματο- λογίου
LOT-R	15.78	4.27	4-24	-.068	-.410	Κανονική	15.47 ¹
HOPE	31.01	5.54	12-96	-1.107	1.657	Μη κανονική	24.89 ²
PTGI	66.74	22.74	0-105	-.792	-.038	Κανονική	43.76 ³
IES	27.22	9.56	15-60	.104	-0.97	Κανονική	39.5 ⁴
PCL-C	28.66	11.22	17-85	1.031	.885	Μη Κανονική	26.6 ⁵
RRQ							
Reflection subscale	37.82	7.11	12-60	0.011	-.501	Κανονική	35.14
Rumination subscale	37.55	8.05	12-60	-.366	-.422	Κανονική	35.46 ⁶
COPE-B							
Self							
Distraction	5.69	1.88	2-8	-.595	-.556	Κανονική	5.73
Active coping	5.39	2.02	2-8	-.338	-1.123	Μη κανονική	6.49
Denial	3.23	1.68	2-8	1.250	.593	Μη Κανονική	4.07
Substance use	2.17	0.55	2-8	0.32	0.53	Κανονική	2.54
Emotional							
support	5.05	1.89	2-8	-.154	-.980	Κανονική	5.38
Instrumental							
	5.46	1.80	2-8	-.175	-.888	Κανονική	5.73

support							
Behavioral							3.09
disengagement	2.59	1.26	2-8	2.36	5.43	Κανονική	
Venting							5.31
Positive	4.85	1.90	2-8	-.006	-1.015	Μη κανονική	6.48
reframing	5.40	2.05	2-8	-.302	-1.216	Μη κανονική	
Planning	5.57	1.84	2-8	-.414	-.732	Κανονική	6.77
Humour	4.34	2.13	2-8	.437	-1.130	Μη κανονική	4.16
Acceptance	6.70	1.79	2-8	-1.344	.743	Μη κανονική	5.77
Religion	4.91	2.31	2-8	.141	-1.489	Μη Κανονική	4.82
Self-blame	3.89	1.69	2-8	.615	-368	Κανονική	5.85 ⁷
SCS	26.75	8.72	15-60	.538	-.279	Κανονική	22.53 ⁸
TLEQ	3.33	1.92	0-19			-	4 ⁹
MHI- PD	59.92	19.73	24-142	.827	.636	Κανονική	-
ASQ							
	78.9	17.62	24-168	.437	.608	Κανονική	-
Negative							
events	90.8	17.13	24-168	-.936	.755	Κανονική	-
Positive							
Events							
McFarland						Κανονική	
Συλλογισμός	19.63	5.69	0-36	-.181	-.247	Κανονική	18.15
Αντανάκλαση	13.29	5.89	0-36	.114	-.552	Κανονική	12.47 ¹¹

¹δείγμα στάθμισης Lyrakos et al. 2010

²έρευνα των Sears et al. 2003 σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού

³ δείγμα στάθμισης Mystakidou et al. 2007

⁴ πληθυσμός κατασκευής ερωτηματολογίου

⁵ έρευνα των Andrykowski & Cordona, 1998 σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού

⁶ πληθυσμός κατασκευής ερωτηματολογίου

⁷ δείγμα στάθμισης Kapsou et al. 2010

⁸ έρευνα των Nenova et al. 2013 σε ασθενείς με καρκίνο

⁹ μέση τιμή τραυματικών γεγονότων έρευνας σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (J. Kane)

¹⁰ έρευνα των Cohen et al., 2013 σε ασθενείς με καρκίνο

¹¹ έρευνα των Dache's et al., 2009 σε φοιτητές

4.3. Μέτρηση του συντελεστή εσωτερικής συνοχής

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής (Cronbach α) τόσο στις κλίμακες που δεν είχαν σταθμιστεί στο παρελθόν όσο και στις ήδη σταθμισμένες κλίμακες. Ο Πίνακας 4.4 παρουσιάζει τους συντελεστές Cronbach α σε όλες τις κλίμακες. Επισκόπηση του Πίνακα 4.3 δείχνει ότι οι περισσότεροι παράγοντες είχαν αποδεκτή έως άριστη αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Εξαιρέση αποτελούν ορισμένες υποκλίμακες του Brief- COPE, όπου το Cronbach's α ήταν κατώτερο του 0.70. Μια εξήγηση για το αποτέλεσμα αυτό είναι ότι σε κάθε υποκλίμακα της συγκεκριμένης κλίμακας περιλαμβάνονται μόλις δύο προτάσεις, γεγονός που μειώνει αισθητά την αξιοπιστία. Επίσης, φαίνεται ότι και οι υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Τρόπου Απόδοσης χαρακτηρίζονται από χαμηλή αξιοπιστία, λόγω του ότι περιλαμβάνεται επίσης μικρός αριθμός προτάσεων σε κάθε υποκλίμακα.

Πίνακας 4.3. *Συντελεστής εσωτερικής συνοχής*

Μεταβλητή/ παράγοντας	Cronbach's α
MHI- Distress	0.959
LOT-R	0.719
HOPE- Pathways	0.737
HOPE- Agency	0.766
SOCIAL Constraints	0.869
IES- Avoidance	0.837
IES- Intrusions	0.895
PTGI- Strength	0.814
PTGI- Relationships	0.871
PTGI-Opportunities	0.860

PTGI- Appreciation	0.791
PTGI- Spiritual	0.762
PCLC- Re-experience	0.857
PCLC- Avoidance	0.849
PCLC- Hyperarousal	0.851
RRQ-Rumination	0.824
RRQ- Reflection	0.816
MCF- Reflection	0.830
MCF- Brooding	0.838
SOCIAL- 1	0.879
SOCIAL- 2	0.774
SOCIAL- 3	0.797
ASQ	0.911
BRIEF COPE	0.869
Active coping	0.640
Denial	0.788
Emotional Support	0.709
Positive reframing	0.751
Acceptance	0.763

4.4. Διερευνητικές παραγοντικές αναλύσεις και έλεγχος εγκυρότητας για τα μη μεταφρασμένα στα ελληνικά ερωτηματολόγια

Για όσα ερωτηματολόγια δεν είχαν επίσημη μετάφραση στα ελληνικά, δηλαδή τα Attribution Style Questionnaire, Rumination Reflection Questionnaire, Adult Hope Scale, Traumatic Life Events Questionnaire, McFarland και Social Constraints Scale, διεξήχθη διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Μάλιστα για το ερωτηματολόγιο Social Constraints Scale πραγματοποιήθηκε παράλληλα επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, καθώς και έλεγχος της κατά κριτήριο εγκυρότητας.

Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση (factor analysis) των προαναφερθέντων ερωτηματολογίων έγινε με μέθοδο παραγοντοποίησης κύριου άξονα (principal axis factoring). Εφ' όσον αναμένονταν οι παράγοντες να συσχετίζονται μεταξύ τους χρησιμοποιήθηκε η λοξή περιστροφή (Oblique) τύπου Promax, όπου δεν διατηρεί τους παράγοντες ανεξάρτητους. Ο έλεγχος της καταλληλότητας των δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας τρία κριτήρια: α) το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett, β) το στατιστικό τεστ Kaiser-Meyer- Olkin και γ) τις τιμές των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων (communalities). Όπως αναφέρεται και στο κεφάλαιο της Μεθοδολογίας, καταλληλότητα των δεδομένων υπάρχει όταν το τεστ σφαιρικότητας κατά Bartlett είναι στατιστικά σημαντικό, όταν η τιμή του στατιστικού τεστ Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) είναι κοντά στη μονάδα (0.7-0.8) και όταν οι τιμές των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων (communalities) είναι άνω του 0.35. Επίσης, τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό του αριθμού των παραγόντων, ήταν: α) το κριτήριο του Kaiser, δηλαδή να επιλέξουμε τον αριθμό των παραγόντων βάσει του αριθμού των ιδιοτιμών άνω του 1, β) το κριτήριο του Catell, γραφική παράσταση δίκην απότομου κλιτύος (scree plot), γ) το ποσοστό συνολικής διακύμανσης που εξηγούν οι παράγοντες, δηλαδή να διατηρήσουμε τόσους παράγοντες ώστε να εξηγείται μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης, ε) η επιλογή θεωρητικά αποδεκτών παραγόντων που να είναι ερμηνεύσιμοι και να έχουν νόημα.

4.4.1.Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης

4.4.1.1.Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου Συλλογισμού και Αντανάκλασης

Για τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση του παρόντος ερωτηματολογίου ακολουθήθηκε η μέθοδος της παραγοντοποίησης κυρίαρχου άξονα με λοξή περιστροφή τύπου Promax. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι όλα τα communalities ήταν πάνω από 0.35. Η ανάλυση έδειξε την ύπαρξη επτά παραγόντων με ιδιοτιμή άνω του 1, οι οποίοι αθροιστικά εξηγούσαν το 69% της διασποράς. Ωστόσο, όπως προέκυψε από την γραφική παράσταση 'scree

plot' ο αριθμός των παραγόντων που ήταν απαραίτητοι στην παραγοντική ανάλυση ήταν δύο, όπως προτείνεται και από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου. Επομένως, έγινε επόμενη παραγοντική ανάλυση με υποχρεωτική διεξαγωγή δύο παραγόντων (forced two-factor solution) και όχι διεξαγωγή παραγόντων με ιδιοτιμή άνω της μονάδας. Οι δύο παράγοντες εξηγούσαν συνολικά το 38% της διασποράς. Ο πρώτος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 5.3 και περιελάμβανε 12 ερωτήματα που μετρούσαν το είδος γνωστικής επεξεργασίας «συλλογισμός», συνεπώς έλαβε αυτήν την ονομασία. Ο δεύτερος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 3.9 και περιελάμβανε 12 ερωτήματα που μετρούσαν το είδος της γνωστικής επεξεργασίας «αντανάκλαση», συνεπώς έλαβε αυτή την ονομασία. Κάθε ερώτημα φόρτιζε πάνω από 0.30 στον αναμενόμενο παράγοντα. Εξαιρέση αποτελεί το ερώτημα 6 το οποίο φόρτιζε χαμηλά στον αναμενόμενο παράγοντά του και μηδενικά στον δεύτερο παράγοντα. Καθώς όμως, ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής δεν αυξανόταν σημαντικά με την αφαίρεση του συγκεκριμένου ερωτήματος, αποφασίστηκε να διατηρηθεί το εν λόγω ερώτημα στον αναμενόμενο παράγοντά του. Σε καμία περίπτωση δεν υπήρξε σημαντική φόρτιση ενός ερωτήματος σε δύο παράγοντες (cross-loading), όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4.4. που περιλαμβάνει την παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου. Επισκόπηση του Πίνακα 4.4. δείχνει ότι η μετάφραση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά ακολουθεί την ίδια παραγοντική δομή όπως το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη φορά που διενεργείται διερευνητική παραγοντική ανάλυση για το εν λόγω ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 4.4. Παραγοντική δομή ερωτηματολογίου Συλλογισμού και Αντανάκλασης

Ερώτημα	Παράγοντας/Φόρτιση
	Συλλογισμός
2. Φαίνεται ότι πάντα αναμασώ νοερά πράγματα που είπα ή έκανα πρόσφατα	0.834
5. Έχω την τάση να μηρυκάζω ή να αναμασώ πράγματα για πολύ καιρό αφότου συνέβησαν	0.799

4. Αρκετό χρονικό διάστημα αφότου λήξει μια λογομαχία ή διαφωνία, συνεχίζω να σκέφτομαι αυτό που συνέβη	0.793
3. Μερικές φορές μου είναι δύσκολο να σταματήσω τις σκέψεις που κάνω για τον εαυτό μου	0.722
12. Σπαταλώ αρκετό χρόνο σκεπτόμενος ξανά στιγμές που ντρόπιασα ή απογοήτευσα τον εαυτό μου	0.635
7. Συχνά, αναπαράγω στο μυαλό μου τον τρόπο που συμπεριφέρθηκα σε μια κατάσταση στο παρελθόν	0.602
1. Η προσοχή μου επικεντρώνεται συχνά σε πλευρές του εαυτού μου που εύχομαι να σταματούσα να σκέφτομαι	0.474
11. Συχνά, αναλογίζομαι γεγονότα της ζωής μου, τα οποία δε θα έπρεπε να με απασχολούν πια	0.432
10. Μου είναι εύκολο να βγάλω τις ανεπιθύμητες σκέψεις από το μυαλό μου	0.426
9. Ποτέ δε συλλογίζομαι ή αναμασώ σκέψεις για τον εαυτό μου για πολύ καιρό	0.379
8. Συχνά, πιάνω τον εαυτό μου να επανεκτιμά κάτι που έκανα	0.356
6. Δε χάνω χρόνο σκεπτόμενος ξανά πράγματα που έγιναν και ανήκουν στο παρελθόν	0.172
	Αντανάκλαση
21. Είναι στη φύση μου να διερευνώ πολύ τον εαυτό μου	0.766
23. Συχνά μου αρέσει να εξετάζω τη ζωή μου με φιλοσοφικό τρόπο	0.709
18. Μου αρέσει να αναλύω γιατί κάνω κάποια πράγματα	0.625
17. Δεν με απασχολεί πραγματικά να κάνω ενδοσκόπηση ή αυτοστοχασμό	0.563

15. Μου αρέσει να εξερευνώ τον εσώτερο εαυτό μου	0.556
14. Δεν είναι στον τύπο μου να διαλογίζομαι	0.543
22. Μου αρέσει να συλλογίζομαι την ουσία και το νόημα των πραγμάτων	0.524
20. Δε με ενδιαφέρει πολύ η ανάλυση του εαυτού μου	0.475
24. Δε συνηθίζω να συλλογίζομαι για τον εαυτό μου	0.447
16. Οι στάσεις και τα συναισθήματά μου για τα πράγματα με συναρπάζουν	0.417
19. Οι άλλοι λένε συχνά ότι είμαι ένας βαθυστόχαστος, εσωστρεφής τύπος ανθρώπου	0.351
13. Δεν με εκφράζει πολύ ένας φιλοσοφικός ή αφηρημένος τρόπος σκέψης	0.314

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τους δύο παράγοντες που ανέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση ήταν ικανοποιητική, λαμβάνοντας υπ' όψη τις τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας για τον πρώτο παράγοντα ήταν 0.824 και για τον δεύτερο παράγοντα ήταν 0.816. Οι συσχετίσεις μεταξύ των δύο παραγόντων που ανέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση ήταν στατιστικώς μη σημαντικές ($r = 0.093$, $\text{Sig} = 0.187$). Αυτό υποδεικνύει ότι το ερωτηματολόγιο RRQ μετρά όντως δύο διαφορετικές μεταξύ τους διαστάσεις της εκούσιας γνωστικής επεξεργασίας.

4.4.1.2. Έλεγχος εγκυρότητας για το ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης

Ο έλεγχος της συγκλίνουσας εγκυρότητας (convergent validity) έγινε εξετάζοντας τη σχέση της γνωστικής επεξεργασίας που μετρά το παρόν ερωτηματολόγιο και εννοιολογικά παρόμοιων διαστάσεων (θετική αναπλαισίωση, παρεισφρητικές σκέψεις) με τη χρήση των συντελεστών συνάφειας του Pearson. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι συσχετίσεις

μεταξύ του ερωτηματολογίου και των εννοιολογικά παρομοίων διαστάσεων ήταν στατιστικώς σημαντικές, μετρίου μεγέθους και προς τη σωστή κατεύθυνση (Πίνακες 4.5. και 4.6.). Φαίνεται δηλαδή ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούσαν ως μέθοδο γνωστικής επεξεργασίας την αντανάκλαση χρησιμοποιούσαν επίσης τη θετική αναπλαισίωση για να επεξεργαστούν τα ερεθίσματα. Ενώ οι γυναίκες που χρησιμοποιούσαν τον συλλογισμό διακατέχονταν ταυτόχρονα από παρεισφρητικές σκέψεις.

Πίνακας 4.5. Συσχετίσεις για την υποκλίμακα Αντανάκλασης

Μεταβλητή	Positive reframing	Reflective Ruminatation
Reflective Ruminatation	0.243**	1
Positive reframing	1	0.243**

** Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.001$

Πίνακας 4.6. Συσχετίσεις για την υποκλίμακα Συλλογισμού

Μεταβλητή	IES- subscale	Intrusion Brooding Ruminatation
IES- Intrusion subscale	0.376**	1
Brooding Ruminatation	1	0.376**

** Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.001$

4.4.2.Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης- επίπεδο κατάστασης

4.4.2.1. Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης- επίπεδο κατάστασης

Για τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση του παρόντος ερωτηματολογίου ακολουθήθηκε η μέθοδος της παραγοντοποίησης κυρίαρχου άξονα με λοξή περιστροφή τύπου Promax. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι όλα τα communalities ήταν

πάνω από 0.35. Η ανάλυση έδειξε την ύπαρξη έξι παραγόντων με ιδιοτιμή άνω του 1, οι οποίοι αθροιστικά εξηγούσαν το 64% της διασποράς. Ωστόσο, όπως προέκυψε από την γραφική παράσταση 'scree plot' ο αριθμός των παραγόντων που ήταν απαραίτητοι στην παραγοντική ανάλυση ήταν δύο, όπως προτείνεται και από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου. Επομένως, έγινε επόμενη παραγοντική ανάλυση με υποχρεωτική διεξαγωγή δύο παραγόντων (forced two-factor solution) και όχι διεξαγωγή παραγόντων με ιδιοτιμή άνω της μονάδας. Οι δύο παράγοντες εξηγούσαν συνολικά το 39% της διασποράς. Ο πρώτος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 5.4 και περιελάμβανε 12 ερωτήματα που μετρούσαν το είδος γνωστικής επεξεργασίας «αντανάκλαση», συνεπώς έλαβε αυτήν την ονομασία. Ο δεύτερος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 3.9 και περιελάμβανε 12 ερωτήματα που μετρούσαν το είδος της γνωστικής επεξεργασίας «συλλογισμός», συνεπώς έλαβε αυτή την ονομασία. Κάθε ερώτημα φόρτιζε πάνω από 0.30 στον αναμενόμενο παράγοντα. Εξαιρέση αποτελεί το ερώτημα 1 το οποίο φόρτιζε χαμηλά στον αναμενόμενο παράγοντά του και μηδενικά στον δεύτερο παράγοντα. Καθώς όμως, ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής δεν αυξανόταν καθόλου με την αφαίρεση του συγκεκριμένου ερωτήματος, αποφασίστηκε να διατηρηθεί το εν λόγω ερώτημα στον αναμενόμενο παράγοντά του. Σε καμία περίπτωση δεν υπήρξε σημαντική φόρτιση ενός ερωτήματος σε δύο παράγοντες (cross-loading), όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4.7. που περιλαμβάνει την παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου. Επισκόπηση του Πίνακα 4.7. δείχνει ότι η μετάφραση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά ακολουθεί την ίδια παραγοντική δομή όπως το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη φορά που διενεργείται διερευνητική παραγοντική ανάλυση για το εν λόγω ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 4.7. Παραγοντική δομή ερωτηματολογίου Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης- επίπεδο κατάστασης

Ερώτημα	Παράγοντας/Φόρτιση Αντανάκλαση
10. Πιστεύω ότι μπορώ να αλλάξω και να βελτιώσω τα συναισθήματά μου	0.760
8. Είμαι πρόθυμη να προσέξω τα συναισθήματά μου	0.746
12. Μπορώ να σκεφτώ θετικά για να εξαλείψω όποιο αρνητικό συναίσθημα έχω.	0.744
11. Αν γνωρίζω τι νιώθω μπορώ να αλλάξω τη διάθεσή μου	0.734
5. Θεωρώ τα συναισθήματά μου ξεκάθαρα και μου είναι εύκολο να τα ονομάσω	0.596
9. Τα συναισθήματά μου μπορούν να ελεγχθούν	0.562
2. Αισθάνομαι ότι θέλω να κάνω κάτι για να νιώσω καλύτερα	0.509
7. Θεωρώ ότι μπορώ να αναγνωρίσω όποια αρνητική τάση έχω	0.499
4. Αισθάνομαι ότι κάνω κάτι που απόλαυσα στο παρελθόν	0.391
3. Αισθάνομαι ότι αποσπώ τον εαυτό μου από αυτά τα συναισθήματα	0.325
6. Δεν μπορώ να αρνηθώ ότι νιώθω κάτι	0.312
1. Δε θέλω να αναμασώ τα συναισθήματά μου	0.116
	Συλλογισμός
3. Πιάνω τον εαυτό μου να αναρωτιέται γιατί νιώθω έτσι για εμένα	0.727
10. Τα συναισθήματά μου είναι ανάμικτα και δεν μπορώ να τα ονομάσω εύκολα	0.619
9. Πιάνω τον εαυτό μου να αναρωτιέμαι τι μπορεί να υπονοούν οι αντιδράσεις μου για το άτομό μου	0.597
6. Πιάνω τον εαυτό μου να συλλογίζομαι αρκετά για τη διάθεσή μου	0.596

5. Αναρωτιέμαι γιατί αντιδρώ πάντα με τον ίδιο τρόπο	0.581
2. Νιώθω παθητική και εξαντλημένη	0.579
4. Έχω την τάση να αναμασώ τα συναισθήματά μου εφόσον σκεφτώ εμπειρίες όπως αυτή	0.552
11. Δεν είναι εύκολο να αλλάξω ή να βελτιώσω τη διάθεσή μου	0.550
12. Έχω επίγνωση των συναισθημάτων μου, αλλά δεν είμαι σίγουρη τι να κάνω για αυτά	0.498
7. Θέλω να μείνω μόνη μου και να αναλύσω περισσότερο τις αντιδράσεις μου.	0.438
1. Πιάνω τον εαυτό μου επικεντρωμένο στα συναισθήματά μου	0.432
8. Αισθάνομαι τόσο συγκεντρωμένη στον εαυτό μου σαν να με παρατηρώ	0.395

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τους δύο παράγοντες που ανέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση ήταν ικανοποιητική, λαμβάνοντας υπ' όψη τις τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας για τον πρώτο παράγοντα ήταν 0.830 και για τον δεύτερο παράγοντα ήταν 0.838. Οι συσχετίσεις μεταξύ των δύο παραγόντων που ανέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση ήταν μικρού βαθμού, στατιστικώς σημαντικές ($r = 0.176$). Αυτό υποδεικνύει ότι το ερωτηματολόγιο μετρά όντως δύο σχετικές, αλλά διαφορετικές μεταξύ τους διαστάσεις της εκούσιας γνωστικής επεξεργασίας.

4.4.2.2. Έλεγχος εγκυρότητας για το ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης- επίπεδο κατάστασης

Ο έλεγχος της συγκλίνουσας εγκυρότητας (convergent validity) έγινε εξετάζοντας τη σχέση της γνωστικής επεξεργασίας που μετρά το παρόν ερωτηματολόγιο και εννοιολογικά παρόμοιων διαστάσεων (θετική αναπλαισίωση, παρεισφρητικές σκέψεις) με τη χρήση των συντελεστών συνάφειας του Pearson. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι συσχετίσεις μεταξύ του ερωτηματολογίου και των εννοιολογικά παρομοίων

διαστάσεων ήταν στατιστικώς σημαντικές, μετρίου μεγέθους και προς τη σωστή κατεύθυνση (Πίνακας 4.8. και 4.9.). Φαίνεται δηλαδή ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούσαν ως μέθοδο γνωστικής επεξεργασίας της αντανάκλασης χρησιμοποιούσαν επίσης τη θετική αναπλαισίωση για να επεξεργαστούν τα ερεθίσματα. Ενώ οι γυναίκες που χρησιμοποιούσαν τον συλλογισμό διακατέχονταν ταυτόχρονα από παρεισφρητικές σκέψεις.

Πίνακας 4.8. Συσχετίσεις για την υποκλίμακα Αντανάκλασης

Μεταβλητή	Positive reframing	Reflective Ruminatation
Reflective Ruminatation	0.288**	1
Positive reframing	1	0.288**

** Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.001$

Πίνακας 4.9. Συσχετίσεις για την υποκλίμακα Συλλογισμού

Μεταβλητή	IES- subscale	Intrusion	Brooding Ruminatation
IES- Intrusion subscale	0.428**		1
Brooding Ruminatation	1		0.428**

** Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.001$

4.4.3.Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας

4.4.3.1.Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας

Για τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση του παρόντος ερωτηματολογίου ακολουθήθηκε η μέθοδος της παραγοντοποίησης κυρίαρχου άξονα με λοξή περιστροφή τύπου Promax. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι όλα τα communalities ήταν πάνω από 0.35. Η ανάλυση έδειξε την ύπαρξη τριών παραγόντων με ιδιοτιμή άνω του 1, οι οποίοι αθροιστικά εξηγούσαν το 64% της διασποράς. Ωστόσο, όπως προέκυψε από την γραφική παράσταση 'scree plot' ο αριθμός των παραγόντων που ήταν απαραίτητοι στην παραγοντική

ανάλυση ήταν δύο, όπως προτείνεται και από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου. Επομένως, έγινε επόμενη παραγοντική ανάλυση με υποχρεωτική διεξαγωγή δύο παραγόντων (forced two-factor solution) και όχι διεξαγωγή παραγόντων με ιδιοτιμή άνω της μονάδας. Οι δύο παράγοντες εξηγούσαν συνολικά το 56% της διασποράς. Ο πρώτος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 4.9 και περιελάμβανε τα 8 ερωτήματα που αντιστοιχούν στα ερωτήματα που περιλαμβάνονται στο σκοράρισμα του ερωτηματολογίου, καθώς τα υπόλοιπα τέσσερα ερωτήματα θεωρούνται filler items. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου, η κλίμακα χωρίζεται σε δύο παράγοντες: Δρόμοι (ερωτήματα 1, 4, 6, 8) και Δράση (ερωτήματα 2, 9, 10, 12) που περιλαμβάνουν τέσσερις προτάσεις ο κάθε ένας. Όμως, σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση, φαίνεται πως η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου εξηγείται καλύτερα με έναν παράγοντα. Ας σημειώσουμε ότι ο δεύτερος παρατηρούμενος παράγοντας είχε ιδιοτιμή 1.7 και περιελάμβανε τα τέσσερα filler items. Σε καμία περίπτωση δεν υπήρξε σημαντική φόρτιση ενός ερωτήματος σε δύο παράγοντες (cross-loading), όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4.10. που περιλαμβάνει την παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου. Να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη φορά που διενεργείται διερευνητική παραγοντική ανάλυση για το εν λόγω ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 4.10. Παραγοντική δομή για το ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας

Ερώτημα	Παράγοντας/Φόρτιση
	Hope_final
1. Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους για να βγω από μια δύσκολη θέση	0.869
2.Κυνηγώ ενεργητικά τους στόχους μου	0.843
12.Επιτυγχάνω τους στόχους που έχω θέσει για τον εαυτό μου	0.793
6. Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους να κατακτήσω στη ζωή μου αυτά που είναι σημαντικά για εμένα	0.713

8.Ακόμα κι όταν οι άλλοι αποθαρρύνονται, ξέρω ότι μπορώ να βρω ένα τρόπο να λύσω το πρόβλημα	0.665
10. Πέτυχα πολλά στη ζωή μου	0.603
9.Οι εμπειρίες του παρελθόντος μου με προετοίμασαν ικανοποιητικά για το μέλλον	0.583
4.Υπάρχουν αρκετές λύσεις σε σχέση με ένα πρόβλημα	0.542

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τον παράγοντα που ανέκυψε από την παραγοντική ανάλυση ήταν ικανοποιητική, λαμβάνοντας υπ' όψη τις τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας για τον παράγοντα αυτό ήταν 0.890.

4.4.3.2. Έλεγχος εγκυρότητας για το ερωτηματολόγιο Adult Hope Scale

Ο έλεγχος της συγκλίνουσας εγκυρότητας (convergent validity) έγινε εξετάζοντας τη σχέση της ελπίδας που μετρά το παρόν ερωτηματολόγιο και της εννοιολογικά παρόμοιας διάστασης της αισιοδοξίας με τη χρήση των συντελεστών συνάφειας του Pearson. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η συσχέτιση μεταξύ του ερωτηματολογίου και της εννοιολογικά παρόμοιας διάστασης της ελπίδας ήταν στατιστικώς σημαντικές, μετρίου μεγέθους και προς τη σωστή κατεύθυνση (Πίνακας 4.11.). Φαίνεται δηλαδή ότι οι γυναίκες που διατηρούν την ελπίδα τους για το μέλλον, αντιλαμβάνονται τα πράγματα πιο αισιόδοξα για το μέλλον τους.

Πίνακας 4.11. Συσχετίσεις για το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας

Μεταβλητή	Ελπίδα	Αισιοδοξία
Αισιοδοξία	0.196**	1
Ελπίδα	1	0.196**

** Στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.001$

4.4.4.Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών Περιορισμών

4.4.4.1.Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου Κοινωνικών Περιορισμών

Το Social Constraints Scale (Lepore & Ituarte, 1999) είναι μια κλίμακα αυτό-αναφοράς, αποτελούμενη από 15 προτάσεις, η οποία μετρά το επίπεδο των κοινωνικών περιορισμών που βιώνει το άτομο. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές της κλίμακας, το SCS περιλαμβάνει μια μόνο διάσταση (Lepore et al., 1996) και έχει αποδεκτή αξιοπιστία ($\alpha = 0.89$) (Lepore & Ituarte, 1999). Σε άλλες έρευνες που χρησιμοποιήθηκε, βρέθηκε ότι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής κυμαινόταν από $\alpha = 0.77$ (Lepore et al., 1996) έως $\alpha = 0.95$ (Smhimdt & Andrykowski, 2004). Το SCS δημιουργήθηκε με βάση ένα προγενέστερο ερωτηματολόγιο 10 προτάσεων, το οποίο είχε σχηματιστεί για τη μέτρηση των κοινωνικών περιορισμών σε μητέρες που έχασαν το βρέφος τους (Lepore et al., 1996), σε μια πιλοτική έρευνα σε ασθενείς με καρκίνο η οποία μελετούσε τη διάθεση για συζήτηση περί του καρκίνου και σε μια ανασκόπηση ερευνών σχετικά με τις αποτυχημένες προσπάθειες του κοινωνικού περιβάλλοντος για παροχή στήριξης (Lepore, 2002).

Η επισκόπηση της μήτρας συσχετίσεων αποκάλυψε ότι 57 (54.3%) συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών που συμπεριλήφθησαν στην ανάλυση ήταν μεγαλύτεροι του .30. Το συνολικό ΚΜΟ ισοδυναμούσε με .798, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (73.3%) από τις μετρήσεις της επάρκειας του δείγματος που υπολογίστηκαν για κάθε μεμονωμένη μεταβλητή είχαν βαθμούς άνω του .70 (διακύμανση= .548-

.914). Οι ικανοποιητικές αυτές τιμές έδειχναν ότι οι συσχετίσεις ανάμεσα στα ζεύγη των μεταβλητών θα μπορούσαν να εξηγηθούν από άλλες μεταβλητές/ερωτήματα. Το ποσοστό μεγάλων συντελεστών ($\geq .20$) στη anti- image μήτρα συσχετίσεων ήταν σχετικά μικρό (23.8%), γεγονός ένδειξη ότι οι μεταβλητές μοιράζονταν κοινούς παράγοντες. Επισκόπηση της αναπαραχθείσας μήτρας συσχέτισης και των καταλοίπων έδειχναν ότι το ποσοστό των μη-πλεοναζόντων καταλοίπων, με απόλυτες τιμές μεγαλύτερες του .05, ήταν σχετικά χαμηλό (19.0%), ένδειξη ότι το προσαρμοσμένο μοντέλο αναπαρήγαγε επαρκώς τις παρατηρούμενες συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Συνεπώς, οι προϋποθέσεις για την καταλληλότητα του factor μοντέλου και την factorability της μήτρας συσχέτισης των ερωτημάτων επιβεβαιώνονταν.

Οι τιμές όλων των αρχικών κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων ήταν άνω του $> .30$, ενώ το 80% αυτών ήταν άνω του $\geq .50$. Αρχικά, εξήχθησαν τρεις παράγοντες με ιδιοτιμή άνω του 1. Η parallel analysis επίσης υπέδειξε ότι η λύση των τριών παραγόντων εξηγούσε καλύτερα τη διακύμανση όταν οι ιδιοτιμές από το στοχευμένο τμήμα του δείγματος συγκρίνονταν με το 95^ο ποσοστό της δειγματοληπτικής κατανομής που αντιπροσώπευαν τα τυχαία τμήματα του δείγματος. Εξέταση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι μόνο οι τρεις πρώτες πραγματικές ιδιοτιμές (με τιμές ίσες του 5.83, 2.15, και 1.44) ήταν μεγαλύτερες από αυτές που παρήγαγε η parallel analysis για τα κριτήρια τόσο για του μέσου όρου όσο και του 95^{ου} ποσοστού και για το λόγο αυτό διατηρήθηκε η λύση των τριών παραγόντων.

Κατόπιν, πραγματοποιήθηκε μια παραγοντική ανάλυση κυρίου άξονα με υποχρεωτική διεξαγωγή τριών παραγόντων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η λύση των τριών παραγόντων εξηγούσε το 55% της συνολικής διακύμανσης. Σχεδόν όλα τα ερωτήματα φόρτιζαν σε ένα παράγοντα μόνο, σε αυτόν για τον οποίο προοριζονταν με βάση το θεωρητικό πλαίσιο (Πίνακας). Μόνο ένα ερώτημα («Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου άλλαξαν θέμα όταν προσπαθούσες να μιλήσεις για την ασθένεια σου;») φόρτιζε σε δύο παράγοντες και

τελικά τοποθετήθηκε στον παράγοντα όπου εμφάνιζε την υψηλότερη φόρτιση. Μετά την ανακατανομή των ερωτημάτων, ο πρώτος παράγοντας, ο οποίος εξηγούσε το 36.1% της διακύμανσης, αποτελούνταν από οκτώ ερωτήματα που περιελάμβαναν μη υποστηρικτικές/ εγωκεντρικές συμπεριφορές (π.χ., «Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου υποτιμούσαν το πρόβλημα υγείας που έχεις αντιμετωπίσει»). Ο δεύτερος παράγοντας ο οποίος εξηγούσε το 11.8% της διακύμανσης περιελάμβανε τέσσερα ερωτήματα τα οποία υποδείκνυαν αποφευκτικές συμπεριφορές και αντιδράσεις έλλειψης ενδιαφέροντος (π.χ., «Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε έκαναν να νιώθεις ότι έπρεπε να κρατήσεις για τον εαυτό σου τα συναισθήματα σου σχετικά με την ασθένεια σου, επειδή τους έκαναν να νιώθουν άβολα»). Τέλος, ο τρίτος παράγοντας εξηγούσε το 7.1% της διακύμανσης και περιέκλειε τρία ερωτήματα τα οποία αναφέρονταν σε προτροπές των σημαντικών άλλων προς την ασθενή για να αποσπάσει την προσοχή της και να προσποιηθεί (π.χ., Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου είπαν να προσπαθήσεις να μην σκέφτεσαι την ασθένεια σου).

Τα ευρήματα της παραγοντικής ανάλυσης μπορούν να εξηγηθούν από τη σχετική βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους Lepore και συνεργάτες (1996), μπορούν να οριστούν τρεις τύποι κοινωνικών περιορισμών: πρώτον, έλλειψη ατόμων διαθέσιμων να συζητήσουν για το τραυματικό γεγονός, ακατάλληλες/ μη βοηθητικές συμπεριφορές από το κοινωνικό δίκτυο και τρίτον, συμπεριφορές αποφυγής στη συζήτηση για το τραύμα από τους άλλους. Σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση, δύο από αυτούς τους τρεις τύπους κοινωνικών περιορισμών διαφάνηκαν (ακατάλληλες/μη βοηθητικές συμπεριφορές και αποφυγή). Αυτού του είδους οι αρνητικά φορτισμένες κοινωνικές αντιδράσεις έχουν επίσης περιγραφεί και από άλλους ερευνητές. Για παράδειγμα, οι Wortman και Lehman (1985) ότι ένα είδος περιορισμού στην αποκάλυψη πληροφοριών και συναισθημάτων σχετικά με το τραύμα εμφανίζεται όταν οι σημαντικοί άλλοι αποφεύγουν τον επιζώντα του τραύματος, επειδή

νώθουν απειλή ή δυσφορία από το τραυματικό γεγονός που εκείνος βίωσε. Επίσης, οι Pasipanodya και συνεργάτες (2012) αναφέρθηκαν στην συμπεριφορά έλλειψης ενδιαφέροντος σαν ένα είδος αντιληπτής αρνητικής συμπεριφοράς η οποία εμποδίζει την επικοινωνιακή επικοινωνία και συσχέτιση με τους άλλους. Τέλος, ένα ακόμα είδος κοινωνικών περιορισμών που παρατηρήθηκε από την παραγοντική ανάλυση ήταν οι συμπεριφορές προτροπής προς την ασθενή να αποσπάσει την προσοχή της από τα συναισθήματα ή τις σκέψεις σχετικά με την ασθένεια και να τα κρύψει ή να προσποιηθεί. Μια τέτοια συμπεριφορά προσποίησης έχει περιληφθεί και από τον Ullman (2001) στο Ερωτηματολόγιο Αρνητικών Συμπεριφορών που κατασκεύασε. Λαμβάνοντας υπ' όψιν αυτές τις πληροφορίες, μπορεί να υποστηριχθεί η εξαγωγή τριών παραγόντων στο παρόν ερωτηματολόγιο. Παρ' όλο αυτά, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να επιβεβαιωθεί αυτή η παραγοντική δομή.

Πίνακας 4.12. Παραγοντική Δομή της Κλίμακας Μέτρησης Κοινωνικών Περιορισμών

Ερώτημα	Παράγοντας/φόρτιση
	<i>Μη βοηθητικές συμπεριφορές</i>
7. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου υποτιμούσαν το πρόβλημα υγείας που έχεις αντιμετωπίσει	0.899
5. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου φαινόταν να κρύβουν τα συναισθήματα τους	0.774
2. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου φαινόταν να μην καταλαβαίνουν την κατάσταση σχετικά με	0.773

την υγεία σου

15. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι 0.732
σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε
απογοήτευσαν επειδή δεν σου έδειχναν την
αγάπη και την φροντίδα που θα ήθελες

4. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι 0.719
σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου
ελαχιστοποιούσαν το πρόβλημα υγείας που
έχεις αντιμετωπίσει

8. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι 0.600
σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου
παραπονιόντουσαν για τα δικά τους
προβλήματα όταν εσύ ήθελες να μοιραστείς τα
δικά σου προβλήματα σχετικά με την ασθένεια

3. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι 0.507
σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε
απέφευγαν

6. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι 0.407
σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου
συμπεριφέρονταν αμήχανα όταν μιλούσες για
την ασθένεια σου

*Αποφυγή και έλλειψη
ενδιαφέροντος*

13. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι 0.926
σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε έκαναν
να νιώθεις ότι έπρεπε να κρατήσεις για τον
εαυτό σου τα συναισθήματα σου σχετικά με την
ασθένεια σου, επειδή τους έκαναν να νιώθουν
άβολα

14. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι 0.755
σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε έκαναν
να νιώθεις ότι έπρεπε να κρατήσεις για τον

εαυτό σου τα συναισθήματα σου σχετικά με την ασθένεια, επειδή τους προκαλούσαν ανησυχία

12. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι 0.658 σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου δεν ήθελαν να ακούσουν για το πρόβλημα της υγείας σου

1. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι 0.375 σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου άλλαξαν θέμα όταν προσπαθούσες να μιλήσεις για την ασθένεια σου

Προσποίηση

11. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι 0.926 σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σου είπαν να προσπαθήσεις να μην σκέφτεσαι την ασθένεια σου

10. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι 0.807 σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σου είπαν να μην ανησυχείς τόσο πολύ για την υγεία σου

9. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι 0.515 σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου συμπεριφέρονταν με ένα χαρούμενο τρόπο γύρω σου για να κρύψουν τα αληθινά τους συναισθήματα και ανησυχίες

4.4.4.2. Έλεγχος εγκυρότητας του ερωτηματολογίου Κοινωνικών Περιορισμών

Όταν ένα άτομο βιώνει κοινωνικούς περιορισμούς δεν μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις παρεισφρητικές σκέψεις και την ψυχική δυσφορία από το τραύμα (Clark, 1993) και συνεπώς στερείται την ευκαιρία να ανακαλύψει ένα πιο θετικό νόημα στην εμπειρία του (Tait & Silver, 1989). Σαν αποτέλεσμα, η γνωστική επεξεργασία της ασθένειας παραμένει ανολοκλήρωτη, γεγονός που είναι εμφανές από την ύπαρξη παρεισφρητικών ιδεών (Horowitz, 1997), ενώ παραμένουν

ανοιχτά τα περιθώρια για την εκδήλωση ψυχικής δυσφορίας. Όντως, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έδειξε ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί σχετίζονται θετικά με την ψυχική δυσφορία (Kratz et al., 2010; Agustsdottir et al., 2010, Lewis et al., 2006, Nenova, DuHamel, Zemon, Rini & Redd, 2013, Cordova et al., 2007, Zakowski et al., 2004) και με τις παρεισφρυτικές ιδέες (Agustsdottir et al., 2010, Belsher, Ruzek, Bongar & Cordova, 2012, Braitman et al., 2008, Lepore & Helgeson, 1998; Lepore 1997, b; Lepore et al., 1996, Zakowski et al., 2003).

Βασίζόμενοι στο προϋπάρχον θεωρητικό υπόβαθρο, χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια που μετρούν τις παρεισφρυτικές σκέψεις και εικόνες (IES-Intrusion subscale) και την ψυχική δυσφορία (PD) για τον έλεγχο της κατά κριτήριο εγκυρότητας. Η υπόθεση ήταν ότι οι κλίμακες αυτές θα σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και θετικά μεταξύ τους. Όντως, οι αναλύσεις συσχέτισης έδειξαν ότι οι κλίμακες σχετίζονται σημαντικά και θετικά μεταξύ τους (SCS & IES- Intrusions: $r=.461$ $p\leq 0.001$, SCS & PD: $r=.544$, $p\leq 0.001$). Ως εκ τούτου, η έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες βιώνουν κοινωνικούς περιορισμούς έχουν επίσης υψηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας και παρεισφρυτικών ιδεών. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί από πληθώρα ερευνών (Danoff-Burg et al., 2004, Lepore 2001, Lepore et al., 1996, Lepore & Helgeson, 1998, Schmid & Andrykowski, 2004, Ullrich, Lutgendorf & Stapleton, 2002).

4.5. Αναλύσεις για το μετατραυματικό στρες

4.5.1. Σχέσεις μετατραυματικού στρες και ιατρικών, δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών

Ένας από τους στόχους της έρευνας ήταν να καταγράψει τα ποσοστά εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες σε ένα δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα, καθώς δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα δεδομένα για την εμφάνιση αυτής της διαταραχής στο εν λόγω δείγμα γυναικών. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του

ερωτηματολογίου PCL-C που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της διαταραχής, όταν ένα άτομο κατέχει σκορ άνω του 50 στο ερωτηματολόγιο, μπορεί να λάβει τη διάγνωση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες. Με βάση αυτό το κατώτατο όριο λοιπόν (cut off score= 50), διαπιστώθηκε ότι μόνο δέκα γυναίκες (4.9% του δείγματος) πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να ειπωθεί ότι εμφανίζουν μετατραυματικό στρες.

Εκτός από τη μέθοδο βαθμολόγησης με βάση την τιμή 50, η διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες μπορεί να αποδοθεί και με βάση τις ομάδες συμπτωμάτων όπως αναφέρονται στα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, κάθε ερώτημα στην κλίμακα ισοδυναμεί με ένα κριτήριο της διαταραχής με βάση το DSM- IV- TR. Τα ερωτήματα 1-5 αναφέρονται στην πρώτη ομάδα συμπτωμάτων (Επαναβίωση), τα ερωτήματα 6-12 αναλογούν στη δεύτερη ομάδα (Αποφυγή/Συναισθηματικό μούδιασμα) και τα ερωτήματα 13-17 αντιστοιχούν στην τρίτη ομάδα συμπτωμάτων (Εγρήγορση). Για να δοθεί η διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες, το άτομο θα πρέπει να εμφανίζει τουλάχιστον ένα σύμπτωμα από την πρώτη ομάδα, τρία από την δεύτερη και δύο από την τρίτη ομάδα. Συνεπώς, θα πρέπει να συμφωνεί ότι έχει ενοχληθεί σε μέτριο και μεγαλύτερο βαθμό (σκορ 3 και πάνω) σε τουλάχιστον ένα ερώτημα από τα ερωτήματα 1-5, τρία ερωτήματα από τα ερωτήματα 6-12 και δύο ερωτήματα από τα ερωτήματα 13-17.

Σύμφωνα με την προαναφερόμενη μέθοδο βαθμολόγησης, η διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες μπορεί να αποδοθεί σε 36 γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, αριθμός που αναλογεί στο 17.8%. Η μέθοδος αυτή προτείνεται από την έρευνα των Shand et al. (2014), όπως χρησιμοποιήθηκε κατά την ανάλυση των ευρημάτων της μελέτης τους σε γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο. Από αυτές τις γυναίκες μόνο 10 έλαβαν σκορ άνω του 50, δηλαδή μόλις το 28% των γυναικών που κάλυπταν τα κριτήρια διάγνωσης διαταραχής

μετατραυματικού στρες κατά το DSM-IV, κάλυπταν και το κριτήριο του κατώτερου σκορ.

Πιο αναλυτικά, κάθε ερώτημα εμφανίστηκε (έλαβε δηλαδή σκορ άνω του 3) σε ποσοστό που δεν ξεπερνούσε το 50% του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το πιο συχνά εμφανιζόμενο σύμπτωμα ήταν η επαναβίωση εικόνων, σκέψεων και αναμνήσεων από την ασθένεια (ερώτημα 1) σε ποσοστό 45.5%. Ενώ το λιγότερο συχνά εμφανιζόμενο σύμπτωμα ήταν το αίσθημα απομάκρυνσης ή αποκοπής από τους άλλους (ερώτημα 10) σε ποσοστό 10.4%. Τα ποσοστά αυτά εμφανίζονται στον Πίνακα 4.13.

Πίνακας 4.13. Ποσοστά εμφάνισης και μέση τιμή ανά ερώτημα

Αριθμός ερωτήματος	Ερώτημα	Ποσοστό εμφάνισης	Μέση τιμή ερωτήματος
1	Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις, σκέψεις ή εικόνες ενός τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος, που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναστάτωση	45.5%	2.6
2	Επαναλαμβανόμενα, ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος	20.3%	1.8
3	Ξαφνικά δράτε ή	12.9%	1.6

	αισθάνεστε σαν να ξανασυμβαίνει τώρα το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος, να ξαναζωντανεύει και να το ξαναζείτε		
4	Υπάρχει έντονη αναστάτωση και ταραχή όταν κάτι σας υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος	27.7%	2.0
5	Νιώθετε να έχετε σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυκαρδία, δυσκολίες στην αναπνοή ή ιδρώμα, όταν κάτι σας θυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος	19.3%	1.8
6	Αποφεύγετε σκέψεις ή συνομιλίες που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος, ή αποφεύγετε να νιώσετε και απωθείτε τα συναισθήματα που σχετίζονται με	24.8%	1.9

	αυτό το γεγονός		
7	Αποφεύγετε να συμμετέχετε σε δραστηριότητες ή να βρεθείτε σε καταστάσεις που ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος	24.8%	1.9
8	Έχετε πρόβλημα και δυσκολία στο να θυμηθείτε σημαντικές πλευρές του τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος	13.9%	1.5
9	Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που σας άρεσαν, σας ευχαριστούσαν ή που απολαμβάνετε στο παρελθόν	15.8%	1.7
10	Νιώθετε απομάκρυνση, συναισθηματική απόσταση ή αποξένωση από τους άλλους ανθρώπους, σαν ξεκομμένος από αυτούς	10.4%	1.4

11	Νιώθετε συναισθηματικό μούδιασμα ή νιώθετε αδύναμος/η να έχετε συναισθήματα αγάπης για τους κοντινούς σας ανθρώπους	20.2%	1.7
12	Νιώθετε ότι το μέλλον σας μπορεί να είναι κατά κάποιο τρόπο πιο σύντομο, ότι δεν θα έχετε φυσιολογική διάρκεια ζωής αλλά μικρότερη, ή ότι δεν θα πραγματοποιήσετε μελλοντικά σχέδια	29.7%	2.2
13	Δυσκολεύεστε να σας πάρει ο ύπνος ή να παραμείνετε κοιμισμένος/η για πολύ	36.1%	2.2
14	Είστε ευερέθιστος ή έχετε εκρήξεις θυμού	38.6%	2.4
15	Δυσκολεύεστε να συγκεντρώσετε την προσοχή σας και να μην διασπάται η σκέψη σας	28.2%	2.0

16	Νιώθετε ότι βρίσκεστε σε κατάσταση υπερβολικής επαγρύπνησης, σε υπερδιέγερση, σε εγρήγορση, σε επιφυλακή, και δεν μπορείτε να ησυχάσετε	22.3%	1.9
17	Νιώθετε να αιφνιδιάζεστε εύκολα, να πετιέστε από τη θέση σας απότομα, ή να έχετε αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος και να τρομάζετε εύκολα	18.8%	1.8

Αναλύοντας περισσότερο τη βαθμολόγηση με βάση τη μέση τιμή σε κάθε ερώτημα, όπως παρουσιάζεται και στον Πίνακα 4.13, φαίνεται ότι τα συμπτώματα εμφανίζονταν με χαμηλό έως μέτριο βαθμό. Μέγιστη μέση τιμή έλαβε το ερώτημα 1 (2.6) που περιέγραφε την επαναβίωση σκέψεων, εικόνων και αναμνήσεων, ενώ την χαμηλότερη μέση τιμή έλαβε το ερώτημα 10 (1.4) που αναφερόταν στο αίσθημα αποξένωσης.

Ένας επόμενος στόχος της έρευνας ήταν να εντοπίσει τους παράγοντες, δημογραφικούς, ιατρικούς και ψυχοκοινωνικούς, που φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση της διαταραχής. Από τις στατιστικές αναλύσεις φάνηκε ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες δεν σχετίζεται σημαντικά με καμία από τις δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.14.

Πίνακας 4.14. Σχέσεις μεταξύ της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και τα ιατρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφικές Μεταβλητές	Μετατραυματικό στρες
Ηλικία	r= 0.019 p=0.806
Οικογενειακή κατάσταση Έγγαμος 74.8% Ελεύθερος 25.2%	F= 0.816 p= 0.517
Μορφωτικό επίπεδο Χαμηλό 18.1% Μεσαίο 51.2% Υψηλό 29.1%	F= 1.170 p= 0.325
Οικονομική κατάσταση Χαμηλή 39% Μεσαία 60.5% Υψηλή 0.5%	F= 0.743 p= 0.477
Ένταξη σε μειονότητα Ναι 1.5% Όχι 98.5%	t= -1.263 p= 0.208
Αριθμός τραυματικών γεγονότων	r= -0.001 p= 0.987
Ιατρικές μεταβλητές	Μετατραυματικό στρες
Είδος χειρουργείου Τμηματεκτομή 55% Μαστεκτομή 45%	F= 0.140 p= 0.983
Είδος συμπληρωματικής θεραπείας Καθόλου 6% Χημειοθεραπεία 15.9% Ορμονοθεραπεία 7% Ακτινοθεραπεία 11.9%	F= 0.549 p= 0.797

Συνδυασμός 59.2%	
Στάδιο ασθένειας Έως και 2 ^Α 67.8% Άνω του 2 ^Α 32.2%	F= 1.821 p =0.110
Υποτροπή Ναι 7.9% Όχι 92.1%	t= 0.986 p= 0.325
Χρόνος από διάγνωση	r= -0.023 p= 0.747

Επόμενο βήμα στη διαδικασία των στατιστικών αναλύσεων ήταν η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και τις υπόλοιπες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές της έρευνας. Από τα αποτελέσματα των αναλύσεων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.15, φάνηκε ότι το μετατραυματικό στρες σχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την ψυχική δυσφορία, τη βίωση αποφυγών και παρεισφρητικών σκέψεων, την εκούσια επεξεργασία των πληροφοριών με τη μορφή του συλλογισμού, καθώς και με τον τρόπο απόδοσης των αρνητικών γεγονότων. Επίσης, το μετατραυματικό στρες φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τους κοινωνικούς περιορισμούς που βιώνει το άτομο καθώς επίσης και με αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως απόσπαση/αποφυγή, άρνηση, αυτοκατηγορία, συμπεριφορική αποσύνδεση, αναζήτηση συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης, ενεργητική αντιμετώπιση, προγραμματισμός και εκτόνωση συναισθημάτων. Τέλος, το μετατραυματικό στρες φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά και στατιστικώς σημαντικά, μόνο με το αίσθημα της αισιοδοξίας.

Πίνακας 4.15. Συσχετίσεις μεταξύ του μετατραυματικού στρες και των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών

Μεταβλητές	Αισιοδοξία	Αποφυγή	Παρεισφρητικές σκέψεις	Συλλογισμός	Στυλ απόδοσης αρνητικών	Κοινωνικοί περιορισμοί	Άρνηση	Αυτό-Κατηγορία
Μετατραυματικό στρες	-.443**	.457**	.545**	.490**	.247**	.490**	.456**	.223**
Αισιοδοξία	1	-.137	-.215**	-.374**	-.089	-.337**	-.334**	-.156*
Αποφυγή		1	.652**	.266**	.083	.305**	.479**	.167*
Παρεισφρητικές σκέψεις			1	.376**	.001	.461**	.483**	.102
Συλλογισμός				1	.059	.426**	.172**	-.013
Στυλ απόδοσης αρνητικών					1	.117	.112	.082
Κοινωνικοί περιορισμοί						1	.198**	.083
Άρνηση							1	.186**
Αυτοκατηγορία								1

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

4.5.2. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για το μετατραυματικό στρες

Κατόπιν έγινε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για να μελετηθεί η επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης στο μετατραυματικό στρες, έχοντας πρωτίστως ελέγξει την επίδραση άλλων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, όπως οι κοινωνικοί περιορισμοί και ο προσωπικός τρόπος γνωστικής επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος. Για την εισαγωγή των μεταβλητών στο μοντέλο (εξίσωση) χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της σταδιακής (hierarchical) εισαγωγής των μεταβλητών σε blocks. Αυτό έγινε διότι επιδιώχτηκε να ελεγχθεί η δράση άλλων ανεξάρτητων

μεταβλητών πριν εξεταστεί η δράση των στρατηγικών αντιμετώπισης. Στο μοντέλο οι μεταβλητές τοποθετήθηκαν στα blocks ως εξής: στο πρώτο block τοποθετήθηκε η μεταβλητή της αισιοδοξίας και η μεταβλητή του τρόπου απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, στο δεύτερο τοποθετήθηκε η μεταβλητή της δυσφορίας και των κοινωνικών περιορισμών, στο τρίτο τοποθετήθηκε η μεταβλητή των παρεισφρητικών σκέψεων και της γνωστικής επεξεργασίας συλλογισμού και στο τέταρτο η μεταβλητή της στρατηγικής αντιμετώπισης μέσω άρνησης και η στρατηγική αντιμετώπισης της αυτοκατηγορίας. Όπως αναφέρθηκε και στην ενότητα της μεθοδολογίας, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που βρέθηκε να έχουν στατιστικώς σημαντική σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή εισήχθησαν στην πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Δεν εντοπίστηκαν περιπτώσεις οι οποίες να είχαν: υψηλές τιμές κανονικοποιημένων καταλοίπων (standardized) (>3.0 or <-3.0), υψηλές τιμές studentized καταλοίπων, και υψηλή τιμή απόστασης Cook (>1.0). Οπότε καμία περίπτωση δεν αφαιρέθηκε από την ανάλυση της παλινδρόμησης. Δεν εντοπίστηκε πολυσυγγραμικότητα εφόσον σύμφωνα με τα διαγνωστικά τεστ ανθεκτικότητας καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές δεν είχε υψηλή τιμή VIF (ή αντιστοίχως χαμηλή τιμή Tolerance).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τον σταθμισμένο συντελεστή β , οι μεταβλητές που συσχετιζόνταν σημαντικά με τα επίπεδα μετατραυματικού στρες ήταν: η αισιοδοξία ($\beta=-.468$, $p=.000$), το στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων ($\beta=.209$, $p=.001$), η ψυχική δυσφορία ($\beta=.412$, $p=.000$), οι κοινωνικοί περιορισμοί ($\beta=.193$, $p=.003$), οι παρεισφρητικές σκέψεις ($\beta=.307$, $p=.000$) και η στρατηγική αντιμετώπισης μέσω της αποφυγής ($\beta=.130$, $p=.032$). Η εισαγωγή κάθε μεταβλητής φαίνεται να βελτιώνει το μοντέλο και να εξηγούσε ένα επιπρόσθετο ποσοστό της διακύμανσης. Από τον Πίνακα 4.16. είναι εμφανές ότι η στρατηγική αντιμετώπισης μέσω της αυτοκατηγορίας δεν αποτελούσε έναν μεμονωμένο, στατιστικά σημαντικό, προγνωστικό παράγοντα του μετατραυματικού στρες, ενώ η στρατηγική αντιμετώπισης μέσω της άρνησης φαίνεται να εξηγούσε ελάχιστο επιπλέον ποσοστό της διακύμανσης. Σύμφωνα με την τιμή του

σταθμισμένου Rsquare, το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών εξηγούσαν το 55% της διασποράς του μετατραυματικού στρες. Η τιμή του Durbin-Watson ήταν αποδεκτή (1.927) εφόσον κυμαίνονταν από 1.50 έως 2.50.

Πίνακας 4.16. Πολλαπλή παλινδρόμηση για το μετατραυματικό στρες

Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	SE	Beta	T	p	Tolerance	VIF
Block 1	Adjusted R ² = .242 Fchange(2, 191)= 30.534 p<0.001						
Αισιοδοξία	-1.116	.165	-.468	-6.760	.000	.992	1.008
Στυλ απόδοσης αρνητικών	.133	.040	.209	3.301	.001	.992	1.008
Block 2	Adjusted R ² = .461 Fchange(2, 189)= 38.455 p<0.001						
Δυσφορία	.233	.039	.412	5.940	.000	.593	1.687
Κοινωνικοί περιορισμοί	.250	.083	.193	3.018	.003	.699	1.431
Block 3	Adjusted R ² =.533 Fchange(2, 187)= 14.242 p<0.001						
Παρεισφρυτικές σκέψεις	.622	.120	.307	5.184	.000	.711	1.406
Συλλογισμός	.041	.082	.029	.495	.621	.705	1.419
Block 4	Adjusted R ² =.554 Fchange(2, 185)= 4.399 p<0.001						
Άρνηση	.865	.400	.130	2.163	.032	.669	1.496
Αυτοκατηγορία	.596	.336	.090	1.773	.078	.935	1.070
Durbin-Watson	1.927						

4.6. Αναλύσεις για τη μετατραυματική ανάπτυξη

4.6.1. Σχέσεις μετατραυματικής ανάπτυξης και δημογραφικών, ιατρικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών

Πρωταρχικός στόχος της έρευνας ήταν να καθορίσει τα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Από την επεξεργασία των δεδομένων φάνηκε ότι η μέση τιμή μετατραυματικής ανάπτυξης που εμφάνιζε το ερευνητικό δείγμα ήταν 66.74 (τυπική απόκλιση= 22.74, εύρος= 0-105). Η τιμή αυτή υποδηλώνει, όπως άλλωστε ήταν αναμενόμενο σύμφωνα με τις ερευνητικές υποθέσεις, ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή εμφάνιζαν επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης άνω του μετρίου (δηλαδή επέλεγαν σκορ άνω του 3). Πιο αναλυτικά, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (75%) έλαβαν σκορ το οποίο υποδήλωνε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη που βίωναν ήταν ανώτερη του μικρού βαθμού (δηλαδή επέλεγαν σκορ άνω του 2). Σύμφωνα με περαιτέρω αναλύσεις του μέσου σκορ ανά πρόταση του ερωτηματολογίου (mean= 3.18, median= 3.43, SD= 1.08), οι συμμετέχουσες στην παρούσα έρευνα εμφάνιζαν μετατραυματική ανάπτυξη σε μέτριο βαθμό (με σκορ άνω του 3). 25% του δείγματος (κατώτερο τεταρτημόριο) είχαν μέσο σκορ ανά πρόταση της τάξεως του μικρού (σκορ=2) και πολύ μικρού βαθμού (σκορ= 1), ενώ το 63.4% των συμμετεχόντων είχαν μετατραυματική ανάπτυξη άνω του μετρίου βαθμού (σκορ από 3 και πάνω). Το 25% των γυναικών (ανώτερο τεταρτημόριο) είχε μέση τιμή ανά ερωτηματολόγιο η οποία υποδήλωνε μεγάλο (σκορ=4) και πολύ μεγάλο (σκορ= 5) βαθμό μετατραυματικής ανάπτυξης.

Επόμενος στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσει τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Αρχικά, διερευνήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στις ιατρικές και δημογραφικές μεταβλητές του δείγματος και την μετατραυματική ανάπτυξη. Από τις στατιστικές αναλύσεις φάνηκε ότι μόνο η ηλικία σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά και αρνητικά με τη

μετατραυματική ανάπτυξη. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.17.

Πίνακας 4.17. Σχέσεις μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και τα ιατρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Δημογραφικές Μεταβλητές	Μετατραυματική ανάπτυξη
Ηλικία	r= -0.144 p=0.041
Οικογενειακή κατάσταση Έγγαμες 74.8% Ελεύθερες 25.2%	F= 1.085 p= 0.365
Μορφωτικό επίπεδο Χαμηλό 18.1% Μεσαίο 51.2% Υψηλό 29.1%	F= 1.322 p= 0.256
Οικονομική κατάσταση Χαμηλή 39% Μεσαία 60.5% Υψηλή 0.5%	F= 1.425 p= 0.243
Ένταξη σε μειονότητα Ναι 1.5% Όχι 98.5%	t= -1.421 p= 0.157
Αριθμός τραυματικών γεγονότων	r= -0.003 p=0.969
Ιατρικές μεταβλητές	Μετατραυματική ανάπτυξη
Είδος χειρουργείου Τμηματεκτομή 55% Μαστεκτομή 45%	F= 0.724 p= 0.606
Είδος συμπληρωματικής θεραπείας Καθόλου 6%	F= 0.203 p= 0.985

Χημειοθεραπεία 15.9% Ορμονοθεραπεία 7% Ακτινοθεραπεία 11.9% Συνδυασμός 59.2%	
Στάδιο ασθένειας Έως και 2 ^Α 67.8% Άνω του 2 ^Α 32.2%	F= 0.575 p= 0.719
Υποτροπή Ναι 7.9% Όχι 92.1%	t= 0.250 p= 0.803
Χρόνος από διάγνωση	r= 0.093 p=0.190

Επόμενο βήμα στη διαδικασία των στατιστικών αναλύσεων ήταν η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και τις υπόλοιπες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές της έρευνας. Από τα αποτελέσματα των αναλύσεων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.18. φάνηκε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την αισιοδοξία, την ελπίδα, την εκούσια γνωστική επεξεργασία μέσω της αντανάκλασης, καθώς και με τον τρόπο απόδοσης των αρνητικών γεγονότων. Επίσης, η μετατραυματική ανάπτυξη φαίνεται να σχετίζεται θετικά με αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως θετική αναπλαισίωση, αποδοχή, αναζήτηση συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης και ενεργητική αντιμετώπιση.

Πίνακας 4.18. Συσχετίσεις μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών

Μεταβλητές	Αισιοδοξία	Ελπίδα	Αντανάκλαση	Στυλ απόδοσης αρνητικών	Θετική αναπλαισίωση	Αποδοχή	Ενεργητική αντιμετώπιση	Αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης
Μετατραυματική ανάπτυξη	.172*	.168*	.345**	.116*	.421**	.446**	.232**	.227**
Αισιοδοξία	1	.196**	.097	-.089	.221**	.128	-.037	-.012
Ελπίδα		1	.059	.021	.094	.039	-.039	.208**
Αντανάκλαση			1	-.045	.243**	.222**	.278**	.101
Στυλ απόδοσης αρνητικών				1	.047	.016	.081	-.021
Θετική αναπλαισίωση					1	.633**	.429**	.413**
Αποδοχή						1	.416**	.417**
Ενεργητική αντιμετώπιση							1	.543**
Αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης								1

*p<0.05

**p<0.01

4.6.2. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τη μετατραυματική ανάπτυξη

Κατόπιν έγινε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για να μελετηθεί η επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης στη μετατραυματική ανάπτυξη, έχοντας πρωτίστως ελέγξει την επίδραση άλλων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, όπως η αισιοδοξία, η ελπίδα και ο προσωπικός τρόπος

γνωστικής επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος. Για την εισαγωγή των μεταβλητών στο μοντέλο (εξίσωση) χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της σταδιακής (hierarchical) εισαγωγής των μεταβλητών σε blocks. Αυτό έγινε διότι επιδιώχθηκε να ελεγχθεί η δράση άλλων ανεξάρτητων μεταβλητών πριν εξεταστεί η δράση των στρατηγικών αντιμετώπισης. Στο μοντέλο οι μεταβλητές τοποθετήθηκαν στα blocks ως εξής: στο πρώτο block τοποθετήθηκε η μεταβλητή της αισιοδοξίας, η μεταβλητή της ελπίδας και η μεταβλητή του τρόπου απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, στο δεύτερο τοποθετήθηκε η μεταβλητή των παρεισφρητικών σκέψεων, της δυσφορίας και της γνωστικής επεξεργασίας αντανάκλασης και στο τρίτο η μεταβλητή της στρατηγικής αντιμετώπισης μέσω θετικής αναπλαισίωσης, η μεταβλητή της στρατηγικής αντιμετώπισης μέσω αποδοχής, η μεταβλητή της στρατηγικής αντιμετώπισης μέσω ενεργητικής αντιμετώπισης, καθώς και η μεταβλητή της στρατηγικής αντιμετώπισης μέσω αναζήτησης συναισθηματικής υποστήριξης. Όπως αναφέρθηκε και στην ενότητα της μεθοδολογίας, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που βρέθηκε να έχουν στατιστικώς σημαντική σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή εισήχθησαν στην πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Δεν εντοπίστηκαν περιπτώσεις οι οποίες να είχαν: υψηλές τιμές κανονικοποιημένων καταλοίπων (standardized) (>3.0 or <-3.0), υψηλές τιμές studentized καταλοίπων, και υψηλή τιμή απόστασης Cook (>1.0). Οπότε καμία περίπτωση δεν αφαιρέθηκε από την ανάλυση της παλινδρόμησης. Επίσης, δεν εντοπίστηκε πολυσυγγραμικότητα εφόσον σύμφωνα με τα διαγνωστικά τεστ ανθεκτικότητας καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές δεν είχε υψηλή τιμή VIF (ή αντιστοίχως χαμηλή τιμή Tolerance).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τον σταθμισμένο συντελεστή β , οι μεταβλητές που συσχετιζόνταν σημαντικά με τα επίπεδα της μετατραυματικής ανάπτυξης ήταν οι εξής: η αισιοδοξία ($\beta=.148$, $p=.042$), η ελπίδα ($\beta=.144$, $p=.046$), οι παρεισφρητικές σκέψεις ($\beta=.232$, $p=.002$), η ψυχική δυσφορία ($\beta=-.292$, $p=.000$), η εκούσια γνωστική επεξεργασία μέσω της αντανάκλασης ($\beta=.203$, $p=.000$) και η αποδοχή ($\beta=.339$, $p=.000$). Η εισαγωγή των

μεταβλητών αυτών βελτίωσε το μοντέλο και εξηγούσε ένα αυξανόμενο ποσοστό της διακύμανσης της ανεξάρτητης μεταβλητής. Από τον Πίνακα 4.19. είναι εμφανές ότι η εισαγωγή στο μοντέλο των μεταβλητών στυλ απόδοσης αρνητικών γεγονότων, θετική αναπλαισίωση, ενεργητική αντιμετώπιση και αναζήτηση συναισθηματική υποστήριξης εξηγούσε ελάχιστο επιπλέον ποσοστό της διακύμανσης, ενώ οι προαναφερθείσες μεταβλητές δεν αποτελούν στατιστικά σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης. Σύμφωνα με την τιμή του σταθμισμένου Rsquare, το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών εξηγούσαν το 38% της διασποράς της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η τιμή του Durbin-Watson ήταν αποδεκτή (1.954) εφόσον κυμαίνονταν από 1.50 έως 2.50.

Πίνακας 4.19. Πολλαπλή παλινδρόμηση για τη μετατραυματική ανάπτυξη

Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	SE	Beta	T	p	Tolerance	VIF
Block 1	Adjusted R ² .065 Fchange(3, 190)= 4.409 p<0.05						
Αισιοδοξία	.779	.380	.148	2.051	.042	.946	1.057
Ελπίδα	.372	.185	.144	2.008	.046	.954	1.049
Στυλ απόδοσης αρνητικών	.162	.091	.126	1.792	.075	.990	1.010
Block 2	Adjusted R ² ,246 Fchange(3, 187)=14,968 p<0.001						
Παρεισφρυτικές σκέψεις	.948	.294	.232	3.219	.002	.775	1.290
Δυσφορία	-.334	.094	-.292	-3,55	.000	.597	1.674
Αντανάκλαση	1.142	.203	.363	5.631	.000	.969	1.032
Block 3	Adjusted R ² =.386 Fchange(4, 183)= 10.437 p<0.001						
Θετική αναπλαισίωση	1.418	.884	.130	1.605	.110	.508	1.967
Αποδοχή	4.239	1.006	.339	4.215	.000	.519	1.925
Ενεργητική αντιμετώπιση	-.107	.845	-.010	-.126	.900	.574	1.743
Συναισθηματική	-.911	.942	-.076	-.967	.335	.547	1.827

4.7. Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη

Με βάση τις ερευνητικές υποθέσεις, το μετατραυματικό στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη δε θα πρέπει να σχετίζονται. Όντως, τα αποτελέσματα των ανάλογων στατιστικών αναλύσεων έδειξαν ότι τα δύο φαινόμενα δε σχετίζονται μεταξύ τους ($r=0.004$ $p=.952$). Όμως φάνηκε ότι οι δέκα γυναίκες του δείγματος που έλαβαν τη διάγνωση μετατραυματικής διαταραχής του στρες, με βάση τη μέθοδο του κατώτερου σκορ, είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη μετατραυματική ανάπτυξη από τις γυναίκες που δεν έλαβαν διάγνωση μετατραυματικού στρες ($t= -2,685$, $p=.008$). Επίσης, αναλύοντας περαιτέρω τα δεδομένα, φάνηκε ότι μόνο ορισμένοι παράγοντες των δύο αυτών φαινομένων σχετίζονταν μεταξύ τους στατιστικώς σημαντικά. Πιο αναλυτικά, ο παράγοντας της μετατραυματικής ανάπτυξης «Προσωπική δύναμη» φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με τον παράγοντα του μετατραυματικού στρες «Αποφυγή» ($r= -0,153$, $p=0.029$). Επίσης, οι παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης «Εκτίμηση ζωής» και «Πνευματική αλλαγή» βρέθηκε ότι σχετίζονται θετικά με τον παράγοντα του μετατραυματικού στρες «Επαναβίωση» (αντίστοιχα: $r= 0,170$, $p=0.016$ και $r= 0,154$, $p=0.029$).

4.8. Σύνοψη

Συνοψίζοντας τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, σημειώνουμε τα εξής: ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού εμφάνιζε μετατραυματική διαταραχή του στρες, ενώ ένα υψηλό ποσοστό γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού εμφάνιζε μετατραυματική ανάπτυξη άνω του μετρίου. Από τη μια πλευρά, οι παρακάτω ψυχοκοινωνικές μεταβλητές φάνηκε να αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της μετατραυματικής διαταραχής του στρες σε γυναίκες με

καρκίνο του μαστού: η ψυχική δυσφορία, η βίωση αποφυγών και παρεισφρητικών σκέψεων, η εκούσια επεξεργασία των πληροφοριών με τη μορφή του συλλογισμού, το στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, οι κοινωνικοί περιορισμοί που βιώνει το άτομο καθώς επίσης και αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως απόσπασση/αποφυγή, άρνηση, αυτοκατηγορία, συμπεριφορική αποσύνδεση, αναζήτηση συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης, ενεργητική αντιμετώπιση, προγραμματισμός και εκτόνωση συναισθημάτων, καθώς και το χαρακτηριστικό της απαισιοδοξίας. Από την άλλη πλευρά, οι εξής ψυχοκοινωνικές μεταβλητές βρέθηκε να αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού: η αισιοδοξία, η ελπίδα, η εκούσια γνωστική επεξεργασία μέσω της αντανάκλασης, το στυλ απόδοσης των θετικών γεγονότων, αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως θετική αναπλαισίωση, αποδοχή, αναζήτηση συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης και ενεργητική αντιμετώπιση. Τέλος, η μετατραυματική διαταραχή του στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη βρέθηκε ότι δε σχετίζονται μεταξύ τους.

Κεφάλαιο 5. Συζήτηση και Συμπεράσματα

5.1. Κύρια ευρήματα έρευνας

Στο παρόν τμήμα του κεφαλαίου αυτού θα αναφερθούν αναλυτικά και θα σχολιαστούν κριτικά τα κυρίαρχα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναφορικά με τους ερευνητικούς στόχους. Υπενθυμίζουμε ότι στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας τέθηκαν οι εξής στόχοι:

A. η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και ο εντοπισμός των παραγόντων που εξηγούν την εμφάνισή του φαινομένου αυτού στο συγκεκριμένο πληθυσμό

B. η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και ο εντοπισμός των παραγόντων που εξηγούν την εμφάνισή του φαινομένου αυτού στο συγκεκριμένο πληθυσμό

Γ. η μελέτη της σχέσης ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού

Δ. η μετάφραση, προσαρμογή και στάθμιση των ερωτηματολογίων Social Constraints Scale, Adult Hope Scale, Reflection Ruminatation Questionnaire και McFarland's State Ruminatation Questionnaire, τα οποία δεν είχαν επίσημη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα.

5.1.1. Ευρήματα αναφορικά με το μετατραυματικό στρες

Με βάση τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, αλλά και τα ευρήματα των σύγχρονων ερευνών για το φαινόμενο του μετατραυματικού στρες τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και ειδικά στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, διατυπώθηκαν οι παρακάτω προς έλεγχο ερευνητικές υποθέσεις:

1. Αναμένεται ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες θα εμφανιστεί σε μικρό ποσοστό στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού

2. Αναμένεται ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες θα σχετίζεται θετικά με τους εξής δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες: νεαρή ηλικία, χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, σοβαρότητα της νόσου, πολυπλοκότητα της θεραπείας.
3. Αναμένεται ότι το πλούσιο ιστορικό τραυματικών γεγονότων, οι κοινωνικοί περιορισμοί, το απαισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, οι δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η γνωστική επεξεργασία του τραύματος-συλλογισμός- θα αποτελούν τους παράγοντες που σχετίζονται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, φαίνεται ότι μόλις το 4.9% του δείγματος, δηλαδή 10 από τις 202 γυναίκες, εμφάνισαν διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ακολουθώντας την προτεινόμενη από σύγχρονους ερευνητές (Shand et al., 2014) μέθοδο διάγνωσης της διαταραχής μετατραυματικού στρες με βάση τις ομάδες συμπτωμάτων, φάνηκε ότι στο παρόν δείγμα εμφανιζόταν η διαταραχή σε ποσοστό 17.8%, δηλαδή σε 36 γυναίκες. Παρ' όλη τη σημαντική απόκλιση ανάμεσα στους δύο τρόπους αξιολόγησης των δεδομένων του παρόντος ερωτηματολογίου, τα ποσοστά εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες δε διαφέρουν ουσιαστικά από ευρήματα άλλων ανάλογων ερευνών σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, όπου γενικά παρατηρούνται αντίστοιχα χαμηλά ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής, με διακύμανση από 2.4% (Mehnert & Koch, 2007) έως 19% (Jacobsen et al., 1998). Στη μετα- ανάλυση των Kangas, Henry & Bryant (2002) σε 13 έρευνες που μελέτησαν την διάγνωση της διαταραχής σε ασθενείς με καρκίνο, παρατηρήθηκε ότι 0-32% των γυναικών με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν τη διαταραχή. Ενώ όσον αφορά στα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, όπως για παράδειγμα η βίωση υπέρ-εγρήγορης ή παρεισφρητικών σκέψεων, τα ποσοστά εμφάνισης μπορεί να φτάσουν στο 58% (Kangas et al., 2002).

Βέβαια χρειάζεται να διευκρινιστεί ότι η μέτρηση της εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες εμφανίζει ορισμένες ιδιαιτερότητες

για ποικίλους λόγους. Αρχικά, πολλά από τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες μοιάζουν με ορισμένα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού ή με παρενέργειες των συμπληρωματικών θεραπειών για την ασθένεια αυτή, γεγονός που δυσκολεύει τις ίδιες τις ασθενείς στον ορισμό της κατάστασής τους. Από την άλλη, καθώς ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια χρόνια κατάσταση, η οποία περιλαμβάνει πολλαπλά στρεσογόνα ερεθίσματα (Kangas et al., 2002), μοιάζει δύσκολος ο καθορισμός του ουσιαστικού τραυματικού γεγονότος για να μπορέσει να μετρηθεί η διαταραχή. Παράλληλα, ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει μια εσωτερική και ανεξέλεγκτη απειλή (Green, Rowland, Krupnick, Epstein, Stockton & Stern, 1998; Koopman, Butler, Classen, Giese-Davis, Morrow, Westendor, Banerjee & Spiegel, 2002) που προκαλεί φόβο επανεμφάνισης ή υποτροπής, συνεπώς ως ερέθισμα δεν παραμένει στο παρελθόν, αλλά μεταφέρεται στο παρόν και το μέλλον (Butler et al., 2005). Ταυτόχρονα, η ασθένεια είναι διαρκώς παρούσα, λόγω των αλλαγών στο σώμα και των τακτικών ιατρικών εξετάσεων (Butler, Field, Busch, Seplaki, Hastings & Spiegel, 2005; Kangas et al., 2002). Για τους λόγους αυτούς, τα συμπτώματα και η ίδια η διαταραχή του μετατραυματικού στρες μπορεί να εμφανιστούν ή να διαρκούν ακόμα και χρόνια μετά την αρχική διάγνωση της ασθένειας. Φαίνεται λοιπόν, να αποτελεί μια ερευνητική πρόκληση η ολοκληρωμένη μέτρηση του φαινομένου. Για το λόγο αυτό, η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε μεθοδολογικά με τέτοιο τρόπο ώστε να περιλαμβάνει στο δείγμα της γυναίκες με σημαντικά διαφορετική χρονική απόσταση από τη διάγνωση της ασθένειάς τους. Πιο συγκεκριμένα, ο χρόνος από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες του δείγματος κυμαινόταν από 2 έως 372 μήνες.

Πέραν της καταγραφής των ποσοστών εμφάνισης της διαταραχής, οι ερευνητικές υποθέσεις με βάση τη σύγχρονη βιβλιογραφική ανασκόπηση, υποδείκνυαν συγκεκριμένους προβλεπτικούς παράγοντες στην εμφάνιση του μετατραυματικού στρες. Στη διατύπωση των υποθέσεων ακολουθήθηκε το μοντέλο της Andersen (1994) για την

προσαρμογή μετά από τη θεραπεία του καρκίνου, σύμφωνα με το οποίο η συναισθηματική αντίδραση της ασθενούς (εν προκειμένω, το μετατραυματικό στρες) σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (όπως, ηλικία, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, ένταξη σε μειονότητα, ιστορικό τραυμάτων), τα ιατρικά στοιχεία (όπως, χρονικό διάστημα από τη διάγνωση ή τη θεραπεία του καρκίνου, στάδιο της ασθένειας, είδος θεραπείας) και διάφορες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους (όπως, γνωστική εκτίμηση του τραύματος, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, στρατηγικές αντιμετώπισης και κοινωνικοί περιορισμοί).

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, τα δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος δε φάνηκε να σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Πιο συγκεκριμένα, σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τόσο η ηλικία, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η ένταξη σε μειονότητα, όσο και το ιστορικό σε τραυματικά γεγονότα δε σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το μετατραυματικό στρες. Εξήγηση και σχολιασμός για τα εν λόγω ευρήματα παρέχεται στις παρακάτω παραγράφους.

Αρχικά, θα αναφερθούμε στα συμπεριλαμβανόμενα στην έρευνα δημογραφικά στοιχεία της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, της εθνικότητας, του μορφωτικού και του κοινωνικού επιπέδου των ασθενών, καθώς και του ιστορικού σε τραυματικά γεγονότα. Σε προγενέστερες έρευνες είχε καταγραφεί ότι οι νεότερες σε ηλικία γυναίκες βιώνουν συχνότερα τη μετατραυματική διαταραχή του στρες (Cordova et al., 1995; French- Rosas et al., 2011; Jacobsen et al., 1998; Kessler et al., 1995; Kornblith et al., 2003; Levine et al., 2005; Luecken et al., 2004; Palmer et al., 2004; Ullman & Siegel, 1996), καθώς και ότι οι γυναίκες που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχιατρικές διαταραχές μετά την εμπειρία του καρκίνου σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικιακά γυναίκες (Thewes, Butow, Girgis & Pendlebury, 2004). Παρόλα αυτά, η παρούσα έρευνα δεν

εντόπισε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές, εύρημα που καταγράφεται και στην έρευνα των O' Connor et al. (2011). Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι μοναχά η ηλικία δεν μπορεί να είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής. Το πιο σημαντικό είναι πώς θα εκλάβει μια γυναίκα την ασθένειά της, ανεξαρτήτως ηλικίας. Άλλωστε, ο μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος ήταν 62.4 ετών, ενόσω στις έρευνες που ανέδειξαν την ηλικία ως παράγοντα συσχετιζόμενο με το μετατραυματικό στρες, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 44 έως 55 ετών, ήταν δηλαδή αισθητά νεότερες από τις γυναίκες της παρούσας έρευνας.

Σχετικά με το μορφωτικό και κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο, σε αρκετές έρευνες φάνηκε ότι σχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση της διαταραχής, δηλαδή ότι σε όσο πιο χαμηλά επίπεδα βρίσκονται οι ασθενείς, τόσο πιο υψηλό μετατραυματικό στρες θα βιώνουν (Cordova et al., 1995; Hegel et al., 2006; Jacobsen et al., 1998; Levine et al., 2005; Palyo & Beck, 2005; Schlich- Bakker et al., 2009). Ανάλογα ευρήματα δε διαπιστώθηκαν στην παρούσα έρευνα. Στο παρόν δείγμα, η πλειοψηφία των γυναικών ήταν μετρίου μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου, όπως και στις έρευνες των Cordova et al., 1995, Jacobsen et al., 1998 και Levine et al., 2005. Τα ευρήματα δεν μπορούν να αποδοθούν σε διαφορές στο μεθοδολογικό σχεδιασμό, καθώς όλες οι έρευνες είχαν διατηρηματικό σχεδιασμό. Πιθανόν, ενδοατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες να παίζουν πιο καθοριστικό ρόλο από το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο.

Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση διερευνήθηκε για να διαπιστωθεί κατά πόσον σχετίζονται με την εμφάνιση του μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Καμία τέτοια σύνδεση δε βρέθηκε στην παρούσα έρευνα, γεγονός που συνάδει με τα ευρήματα της έρευνας των Tjemsland και συνεργατών (1996). Φαίνεται πως δεν αρκεί να είναι κανείς απλώς παντρεμένος για να προστατευτεί από την εμφάνιση μετατραυματικού στρες, ούτε μοιάζει να αποτελεί το γεγονός της σύναψης ενός γάμου έναν προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση της

διαταραχής, καθώς παρεμβαίνουν άλλοι παράγοντες όπως για παράδειγμα η ποιότητα ενός γάμου. Όντως, στην έρευνα των Wittenberg et al. (2010) φάνηκε ότι οι ασθενείς που βρίσκονταν σε ποιοτική σχέση ή γάμο, εμφάνιζαν σταδιακή βελτίωση των συμπτωμάτων του στρες ή της θλίψης. Η ποιότητα λοιπόν της σχέσης ή του γάμου φαίνεται να επισκιάζει την καθ' αυτό επίδραση της ύπαρξης ενός γάμου ή μιας σχέσης στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες.

Ταυτόχρονα, η ένταξη σε μειονότητα δε βρέθηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Οφείλουμε να επισημάνουμε βέβαια, ότι μόλις 0.5% των γυναικών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα άνηκαν σε κάποια μειονότητα, συνεπώς το δείγμα είναι μη αντιπροσωπευτικό. Ανάλογα, δεν μπορούν να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα για τη σχέση ανάμεσα στην εθνικότητα ή την ένταξη ενός ατόμου σε μειονότητα και την εμφάνιση μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και από τις υπόλοιπες διεθνείς μελέτες, καθώς οι περισσότερες έρευνες περιλαμβάνουν στο δείγμα τους Καυκάσιες γυναίκες και οι μειονότητες δεν αντιπροσωπεύονται επαρκώς (Andrykowski et al., 1998; Andrykowski & Cordova, 1998; Cordova et al., 1995; Cordova et al., 2000).

Ένα τελευταίο προσωπικό χαρακτηριστικό που μελετήθηκε ήταν το ιστορικό των γυναικών σε τραυματικές εμπειρίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αναλύσεων, ο αριθμός των τραυματικών γεγονότων που έχει καταγεγραμμένο στο ιστορικό της μια γυναίκα δε συνδέεται με τη βίωση μετατραυματικού στρες. Αντίθετα ευρήματα καταγράφηκαν από αρκετούς ερευνητές (Andrykowski et al., 1998; Andrykowski et al., 2000; Brewin et al., 2000; Gabert-Quillen et al., 2012; Irish et al., 2008; Leskin & Sheikh, 2002; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003; Wolfe & Kimerling, 1997) οι οποίοι υποστήριξαν ότι τα άτομα με πληθώρα παρελθοντικών εμπειριών είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Μια τέτοια αντίθεση ανάμεσα στα ευρήματα μπορεί να εξηγηθεί και από την αποσαφήνιση του όρου «πληθώρα τραυματικών γεγονότων». Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα

έρευνα, ο μέσος όρος των γυναικών δήλωσε ότι είχε βιώσει δύο τραυματικά γεγονότα, ένα εκ των οποίων ήταν ο καρκίνος του μαστού. Συνεπώς, οι περισσότερες γυναίκες σημείωσαν μόνο ένα τραυματικό γεγονός πέραν της διάγνωσής τους. Σαφώς, το ένα γεγονός δεν ταυτίζεται με τον όρο «πληθώρα τραυματικών γεγονότων» και δεν μοιάζει αρκετό ούτε για να καταστήσει ευάλωτη τη γυναίκα προς την εκδήλωση μετατραυματικού στρες, ούτε για να την προετοιμάσει για να αντιμετωπίζει πιο δυναμικά επερχόμενα τραυματικά γεγονότα, όπως η διάγνωσή της με καρκίνο του μαστού. Παρόλο λοιπόν που υπάρχουν ενδείξεις ότι το ιστορικό των τραυμάτων μιας γυναίκας μπορεί να προβλέψει την ανάπτυξη συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, οι ενδείξεις αυτές είναι διαφορούμενες (Bleiker et al., 2000; Shelby et al., 2008). Άλλωστε και στην πρόσφατη έρευνα των Perez και συνεργατών (2014) για τη μελέτη του μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με καρκίνο στην Ισπανία, τα δεδομένα κατέδειξαν ότι ούτε ο αριθμός, ούτε το είδος των τραυματικών προϋπαρχόντων γεγονότων στη ζωή της ασθενούς συνδέονταν με τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες.

Πέραν των δημογραφικών μεταβλητών, τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων δεν εντόπισαν καμία σχέση μεταξύ των ιατρικών στοιχείων της γυναίκας, όπως το στάδιο ασθένειας, το είδος θεραπείας, το είδος χειρουργείου, η υποτροπή της νόσου και ο χρόνος από τη διάγνωση. Ανάλογα ευρήματα διατυπώνονται και από σημαντικούς ερευνητές στον χώρο της Ψυχο-ογκολογίας. Για παράδειγμα, οι Cordova και συνεργάτες, το 1995, ανέφεραν ότι η χρονική απόσταση από τη στιγμή της διάγνωσης δε σχετίζεται με την ανάπτυξη της διαταραχής, πιθανόν επειδή η εκδήλωση της διαταραχής δεν είναι το αποτέλεσμα του χρόνου που περνάει, αλλά όλων των γεγονότων που μεσολαμβάνουν. Δέκα χρόνια αργότερα, η έρευνα των Levine et al. (2005) επιβεβαίωσε ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο χρόνο που μεσολαβεί από τη διάγνωση και την εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Η σύνδεση ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες μοιάζει πολύπλοκη καθώς σε άλλες έρευνες φάνηκε ότι όσο περισσότερος χρόνος περνάει από τη

διάγνωση, τόσο πιο χαμηλά είναι τα επίπεδα του στρες (Andrykowski et al., 2000; Epping-Jordan, Compas, Osowiecki et al., 1999; Tjemsland, Soreide & Malt, 1998), γεγονός που εξηγείται από τη θεωρία εξάτμισης του στρες (stress evaporation theory), η οποία υποστηρίζει ότι το στρες εξατμίζεται καθώς περνά ο χρόνος από το τραυματικό ερέθισμα (Figley, 1978). Αντιθέτως, φαίνεται ότι η ισχύς του στρες μπορεί να αντέξει στο χρόνο, καθώς σε άλλες έρευνες η μετατραυματική διαταραχή του στρες διαγιγνώσκεται ακόμα και πέντε χρόνια μετά το τραυματικό γεγονός (Amir & Ramati, 2002; Palmer et al., 2004). Είναι δύσκολο συνεπώς να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα για τη σχέση ανάμεσα στον χρόνο που περνάει και το μετατραυματικό στρες.

Όσον αφορά στο στάδιο της ασθένειας, αρκετές προγενέστερες έρευνες επιβεβαιώνουν το εύρημα της παρούσας μελέτης ότι το στάδιο δεν επηρεάζει το στρες που θα αναπτύξει η ασθενής (Green et al., 1997; Palmer et al., 2004; Tjemsland et al., 1996b; Tjemsland et al., 1998). Φαίνεται ότι το αντικειμενικό στάδιο της ασθένειας δεν διατηρεί τον καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση της μετατραυματικής διαταραχής, αλλά η υποκειμενική αντίληψη της ασθένειας ως πιο στρεσογόνα και απειλητική (Andrykowski & Cordova, 1998; Cordova et al., 2003; Jacobsen et al., 1998). Η διάγνωση του καρκίνου, σε οποιοδήποτε στάδιο, μπορεί να ενεργοποιήσει αρνητικές γνωσίες και συναισθήματα που πηγάζουν ή έχουν σχηματιστεί από παρελθοντικές, τραυματικές εμπειρίες (Goldsmith et al., 2010).

Τέλος, οι έρευνες δείχνουν ότι στη φάση των θεραπειών οι γυναίκες, ανεξαρτήτως αν έχουν υποβληθεί σε μετεγχειρητική συμπληρωματική θεραπεία, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη, άγχος, μετατραυματικό στρες, γνωστικές διαταραχές και διαταραχές ύπνου (Miller, Jones, & Carney, 2005). Στην παρούσα όμως έρευνα δεν εντοπίστηκε συσχέτιση ανάμεσα στο είδος της θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού και τα επίπεδα μετατραυματικού στρες, όπως άλλωστε αναφέρεται και στις έρευνες των Alter et al. (1996), Green et al. (1998), Koopman et al. (2002) and Tjemsland et al. (1996). Αντιθέτως, οι

Andrykowski & Cordova (1998) υπέδειξαν ότι η λήψη χημειοθεραπευτικών σκευασμάτων αυξάνει τα συμπτώματα υπερεγρήγορης, μια από τις προϋποθέσεις δηλαδή της μετατραυματικής διαταραχής. Παρόλα αυτά, μια ανάλογη σύνδεση ανάμεσα στο είδος της θεραπείας και του ποσοστού εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής δεν εντοπίστηκε στην έρευνα των Cordova et al. (1995). Άλλωστε, όπως φαίνεται και από τις έρευνες των Goldsmith και συνεργατών (2010) και Green και συνεργατών (2000) τα ψυχολογικά συμπτώματα που εμφανίζει μια ασθενής δε σχετίζονται με το είδος των θεραπειών που λαμβάνει.

Συνολικά, αρκετοί σύγχρονοι ερευνητές καταγράφουν πώς δεν διαπίστωσαν στις αναλύσεις τους την ύπαρξη σύνδεσης μεταξύ των ιατρικών και δημογραφικών παραμέτρων και της εμφάνισης της διαταραχής του μετατραυματικού στρες (Jacobsen et al, 2002; Widows et al., 2000). Τα τόσο αντιφατικά ευρήματα μπορεί να υποδηλώνουν ότι τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ασθένειας (στάδιο, χρόνος από τη διάγνωση, είδος θεραπείας) δεν μπορούν να εκφράσουν την προσωπική αντίληψη της ασθένειας από την ασθενεία, τον υποκειμενικό τρόπο με τον οποίο βιώνει, νιώθει ή επεξεργάζεται τα ερεθίσματα που σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας η ίδια η γυναίκα (Gurevich et al., 2002). Άλλωστε, όπως φάνηκε και από τις έρευνες των O' Connor et al. (2011) και VanHoof et al. (2009), το ίδιο το τραυματικό γεγονός δεν κατέχει τόσο καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση μετατραυματικού στρες, όσο οι ενδοατομικοί παράγοντες. Φαίνεται πως στοιχεία που πηγάζουν από το ψυχολογικό προφίλ της ασθενούς και όχι τόσο τα δημογραφικά ή ιατρικά της στοιχεία σχετίζονται περισσότερο με την εκδήλωση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες (Andrykowski & Kangas, 2010).

Εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα ιατρικά στοιχεία, διάφορα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές μελετήθηκαν για τη σύνδεσή του με το μετατραυματικό στρες, όπως η εκούσια και ακούσια γνωστική επεξεργασία, το συλ

απόδοσης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης, η αισιοδοξία και οι κοινωνικοί περιορισμοί.

Ως προς τη γνωστική επεξεργασία, η παρούσα έρευνα έδειξε πως το μετατραυματικό στρες σχετίζεται θετικά τόσο με την ακούσια επεξεργασία, δηλαδή τις παρεισφρητικές σκέψεις (intrusions), όσο και με την εκούσια επεξεργασία, δηλαδή τον μηρυκασμό και μάλιστα τη μορφή του συλλογισμού. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται πως όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο γνωστικής επεξεργασίας- ακούσιας και εκούσιας, τόσο περισσότερο μετατραυματικό στρες εμφανίζει η ασθενής. Τα ευρήματα αυτά ήταν αναμενόμενα με βάση τις ερευνητικές υποθέσεις και τις προγενέστερες έρευνες.

Όσον αφορά στη σχέση ανάμεσα στις παρεισφρητικές σκέψεις και το μετατραυματικό στρες, ως μην ξεχνάμε ότι η διαταραχή μετατραυματικού στρες εξ' ορισμού περιλαμβάνει τις παρεισφρητικές σκέψεις (APA, 1994). Άλλωστε, το μετατραυματικό στρες υποδηλώνει μια ανισορροπία ανάμεσα στις παρεισφρητικές σκέψεις και τις αποφυγές (Brewin & Holmes, 2003). Είναι εμφανές σε πληθώρα ερευνών ότι οι παρεισφρητικές σκέψεις αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (ανασκόπηση από Kangas et al., 2002). Ταυτόχρονα, να τονίσουμε ότι εκτός από τις παρεισφρητικές σκέψεις, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι το μετατραυματικό στρες σχετιζόταν θετικά και με τις αποφυγές, αλλά και με την ψυχική δυσφορία, άλλες χαρακτηριστικές διαστάσεις του μετατραυματικού στρες. Ανάλογα ευρήματα έχουν διατυπωθεί και από πολλές άλλες έρευνες, όπου διαφάνηκε ότι ένας υψηλός βαθμός ψυχικής δυσφορίας σχετικά με τη διάγνωση της ασθένειας εντοπίζεται σε ασθενείς με καρκίνο που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες (Baider & De-Nour, 1997; Epping-Jordan et al., 1999; Jacobsen et al., 1998; Lepore & Helgeson, 1998; Manne, 1999; Nordin & Glimelius, 1997, 1998; Smith et al., 1999; Tjemsland et al., 1996a, 1996b).

Όσον αφορά στην εκούσια γνωστική επεξεργασία μηρυκασμού, διάφοροι ερευνητές την διακρίνουν σε δύο ξεχωριστούς τρόπους σκέψης: το συλλογισμό και την αντανάκλαση (Trapnell & Campbell, 1999, Watkins, 2004, Siegle et al., 2004). Πιο αναλυτικά, ο όρος Συλλογισμός αναφέρεται στην προσκόλληση του ατόμου σε αρνητικές καταστάσεις ή διαθέσεις, συχνά με έναν τρόπο αξιολογικό. Περιλαμβάνει έναν επαναλαμβανόμενο, παθητικό εστιασμό στα συμπτώματα δυσφορίας, στα αίτια και τις συνέπειες των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων (Nolen- Hoeksena et al., 2008). Σύμφωνα με αυτό τον τρόπο σκέψης, το άτομο παρατηρεί παθητικά τα προβλήματα και δεν τα επιλύει, τα συναισθήματα εκλαμβάνονται ως παρεμβατικά, ασαφή και αρνητικά, και η αρνητική διάθεση θεωρείται μόνιμη και αναπόφευκτη (McFarland & Buhler, 1998). Οι ίδιοι ερευνητές έχουν γράψει ότι ο συλλογισμός αποτελεί μια επαναλαμβανόμενη σύγκριση της παρούσας κατάστασης με κάποια ουτοπική συνθήκη, ενώ θυμίζει μια προσκόλληση σε εμπόδια που δεν επιτρέπουν την επίλυση του προβλήματος. Σε αυτή την περίπτωση ορισμού, ο μηρυκασμός φαίνεται ότι συνδέεται με την εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Baum et al., 1993), καθώς και ότι συμβάλλει στη διατήρηση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες (Brewin & Holmes, 2003).

Εκτός από την εκούσια και ακούσια γνωστική επεξεργασία, στην παρούσα διατριβή εξετάστηκε και η σχέση ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και το στυλ απόδοσης. Μάλιστα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μετατραυματικό στρες συνδέεται θετικά με το συνολικό στυλ απόδοσης αναφορικά με τα αρνητικά συμβάντα καθώς και με το απαισιόδοξο στυλ απόδοσης για τα αρνητικά γεγονότα. Τα προαναφερθέντα ευρήματα υποδηλώνουν πως ο τρόπος με τον οποίο εξηγεί συστηματικά μια ασθενής τα αρνητικά γεγονότα που εμφανίζονται στη ζωή της παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο θα ερμηνεύσει και την εμφάνιση του καρκίνου στη ζωή της. Αυτός ο σταθερός τρόπος απόδοσης επηρεάζει τη συναισθηματική αντίδραση της ασθενούς και πιο συγκεκριμένα την εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Ταυτόχρονα, όταν ο

τρόπος με τον οποίο αποδίδει η ασθενής τα αρνητικά γεγονότα συνήθως είναι απαισιόδοξος, αυξάνεται η συσχέτιση με το μετατραυματικό στρες. Τα ευρήματα αυτά αφενός επιβεβαιώνουν τις ερευνητικές μας υποθέσεις αφετέρου επισφραγίζονται και από άλλες έρευνες.

Όπως αναφέρθηκε και στο εισαγωγικό μέρος, οι άνθρωποι διακρίνονται για έναν σχετικά σταθερό τρόπο αιτιολόγησης των εμπειριών τους (Weiner, 1985). Ο τρόπος με τον οποίο μια γυναίκα θα εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους εμφάνισε καρκίνο του μαστού, αποτελεί συνισταμένη του προσωπικού της στυλ απόδοσης, των διαθέσιμων πληροφοριών για την ασθένεια, όπως αυτές παρέχονται μέσα από το κοινωνικό της δίκτυο, και της αντίληψης που έχει για το άτομό της (Alloy & Tabachnic, 1984). Φαίνεται λοιπόν ότι ο τρόπος απόδοσης που ακολουθεί το άτομο ως προς τα αρνητικά γεγονότα συνδέεται με την ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Neimeyer, 2003).

Όπως αναφέρουν και άλλες έρευνες, τα άτομα που διακατέχονται από ένα απαισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων είναι πιο επιρρεπή στη μετατραυματική διαταραχή του στρες (Joseph, Yule & Williams, 1993). Το απαισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις. Πρώτον, το άτομο τείνει να αποδίδει τους λόγους για την εμφάνιση του γεγονότος σε εσωτερικούς παράγοντες, κατηγορεί δηλαδή τον εαυτό του για ό,τι συνέβη. Μάλιστα, στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, η αυτοκατηγορία εμφανίζεται πολύ συχνά (Tishler, 1978). Είναι όμως γνωστό ότι το αίσθημα αυτοκατηγορίας, ενοχής και ντροπής φαίνεται να σχετίζεται με πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων (Steel et al., 2004), αλλά και με την εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Smucker et al., 2003). Δεύτερον, το άτομο αποδίδει το αρνητικό συμβάν σε σταθερούς λόγους, δηλαδή θεωρεί ότι ο λόγος για τον οποίο εμφανίστηκε το αρνητικό γεγονός θα ισχύει για πάντα. Οι έρευνες δείχνουν ότι η απόδοση αρνητικών γεγονότων σε σταθερούς παράγοντες προάγει την ανάπτυξη μελαγχολικού τύπου γνωσιών, οι οποίες σχετίζονται με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Peterson & Seligman, 1984). Και

τρίτον, το απαισιόδοξο στυλ απόδοσης περιλαμβάνει τη σφαιρική απόδοση, η οποία υποδηλώνει ο λόγος για τον οποίο εμφανίστηκε το αρνητικό γεγονός επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου και όχι μόνο το συγκεκριμένο γεγονός. Όσοι αποδίδουν ένα τραυματικό γεγονός σε σταθερούς και σφαιρικούς παράγοντες βιώνουν το αίσθημα της απελπισίας (Abramson et al., 1988). Αν δε η απόδοση αφορά και εσωτερικούς παράγοντες, τότε μειώνεται και η αυτοεκτίμηση. Η μείωση της αυτοεκτίμησης και το αίσθημα της απελπισίας συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης, αγχώδων διαταραχών και μετατραυματικής διαταραχής (Μάνος, 1997).

Παρόμοια ευρήματα εντοπίστηκαν και στη μελέτη των Miculincer & Solomon (1988), η οποία έδειξε ότι η μετατραυματική διαταραχή του στρες συνδέεται με την απόδοση των αρνητικών γεγονότων σε εξωτερικούς, σταθερούς και ανεξέλεγκτους παράγοντες. Η εξήγηση αυτών των ευρημάτων είναι πως όταν ένα άτομο αποδίδει τα αρνητικά συμβάντα της ζωής του σε εξωτερικούς παράγοντες, αισθάνεται αβοήθητος, νιώθει θυμό και διακατέχεται από επιθετικότητα, στοιχεία που συνδέονται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες (Solomon et al., 1985). Επίσης, η απόδοση των γεγονότων σε ανεξέλεγκτους παράγοντες συνδέεται με την απομάκρυνση του ατόμου από τους άλλους (Langer & Rodin, 1976), δηλαδή με το αίσθημα αποστασιοποίησης που παρατηρούμε ως ένα από τα χαρακτηριστικά στοιχεία της διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Τέλος, σε μια από τις ελάχιστες έρευνες που μελέτησαν τη σύνδεση ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και το στυλ απόδοσης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Ho, Chan, Yau & Yeung, 2011) διαπιστώθηκε όντως ότι το απαισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων σχετίζεται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες. Οι ίδιοι ερευνητές μάλιστα ανέφεραν ότι η σχέση ανάμεσα στον τρόπο απόδοσης και τη συγκεκριμένη διαταραχή επηρεάζεται από την ένταση του τραυματικού γεγονότος (Solomon et al., 1989), ενώ ταυτόχρονα επιδρά στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (Brewin, 1989).

Εκτός από τη γνωστική επεξεργασία και την απόδοση του τραυματικού γεγονότος, στην έρευνα αυτή μελετήθηκε και ο ρόλος των στρατηγικών αντιμετώπισης στην εμφάνιση του μετατραυματικού στρες. Όσον αφορά στις στρατηγικές αντιμετώπισης, τα ευρήματα έδειξαν ότι το μετατραυματικό στρες συνδέεται θετικά με την απόσπαση/αποφυγή, την άρνηση, τη συμπεριφορική αποσύνδεση, την αυτοκατηγορία και εκτόνωση συναισθημάτων. Τα προαναφερθέντα ευρήματα κρίνονται ως αναμενόμενα και επιβεβαιώνουν τις ερευνητικές μας υποθέσεις. Ανάλογα ευρήματα έχουν διατυπώσει πληθώρα ερευνητών.

Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι η χρήση αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης της ασθένειας επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία και συμβάλλει στην εκδήλωση θλίψης και άγχους (Carver et al., 1993). Ενώ πιο συγκεκριμένα, οι Jacobsen et al. (2002) και Widows et al. (2000) ανέφεραν ότι η αποφυγή ως στρατηγική αντιμετώπισης κατά τη διάρκεια της εμπειρίας του καρκίνου του μαστού σχετίζεται με την εμφάνιση πιο υψηλών ποσοστών μετατραυματικού στρες. Ταυτόχρονα, οι Amir και Ramati (2002) κατέγραψαν ότι η καταπίεση των σκέψεων και των συναισθημάτων της ασθενούς συνδέεται με τη βίωση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Συνολικά, στρατηγικές όπως η αποφυγή, η ευκολογία, η αποδοχή της ευθύνης και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται να σχετίζονται με το χαμηλό επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας και όχι μόνο με το μετατραυματικό στρες (Penley et al., 2002).

Εκτός από την αποφυγή, η χρήση και άλλων δυσλειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η συμπεριφορική αποσύνδεση και η άρνηση, βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη της διαταραχής σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού από τους Harvey et al. (2002). Παράλληλα, η μετατραυματική διαταραχή του στρες βρέθηκε να συνδέεται επίσης με την καταπίεση των σκέψεων (Dunmore et al., 2001), το μηρυκασμό (Murray et al., 2002), καθώς και με τις αυξημένες συμπεριφορές ασφαλείας (Dunmore et al., 2001). Οι ερευνητές Elklit και Bloom (2011) εντόπισαν ότι οι αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης όχι μόνο συνδέονταν με τη διαταραχή του

μετατραυματικού στρες, αλλά προέβλεπαν κιόλας την εμφάνιση μετατραυματικών συμπτωμάτων, όπως οι παρεισφρητικές σκέψεις ή εικόνες και οι αποφυγές, σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Βέβαια, άλλοι ερευνητές σημείωσαν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης δε λειτουργούν μεμονωμένα και αποκομμένα όταν βρισκόμαστε υπό στρεσογόνες συνθήκες, αλλά μεσολαβεί η σχέση άλλων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων σχετικών με την προσαρμογή στο στρεσογόνο ερέθισμα, όπως η προσωπικότητα και το κοινωνικό περιβάλλον (Taylor & Stanton, 2007). Στις επόμενες παραγράφους θα αναφερθούμε στους τρόπους με τους οποίους φαίνεται να σχετίζονται διάφορες διαστάσεις της προσωπικότητας, όπως η αισιοδοξία, και η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον με το μετατραυματικό στρες.

Πιο αναλυτικά, θα ξεκινήσουμε με τα ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία, όπως η αισιοδοξία, τα οποία μελετήθηκαν ως προς τη σύνδεσή τους με το μετατραυματικό στρες. Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι ο βαθμός της αισιοδοξίας της ασθενούς σχετίζεται αρνητικά με τα επίπεδα μετατραυματικού στρες που εμφανίζει. Αυτό σημαίνει πως όσο πιο αισιόδοξη είναι μια γυναίκα, τόσο λιγότερο μετατραυματικό στρες εμφανίζει. Αντίστοιχα, σε μια ανασκόπηση ερευνών που μελέτησαν το μετατραυματικό στρες σε σχέση με διάφορες διαστάσεις της προσωπικότητας, από το 1980 έως το 2012, εντοπίστηκε μεταξύ άλλων ότι το μετατραυματικό στρες σχετίζεται αρνητικά με την αισιοδοξία (Jaksić et al., 2012). Ανάλογα ευρήματα έχουν καταγραφεί και σε μελέτες σχετικά με την ψυχική υγεία βετεράνων πολέμου, όπου διαφαίνεται ότι τα άτομα με ιδιοσυγκρασιακά υψηλότερο βαθμό αισιοδοξίας εμφάνιζαν καλύτερη ψυχική υγεία και μεταξύ άλλων, λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Thomas et al., 2011). Και σε έρευνες με δείγμα επιζώντες φυσικών καταστροφών φάνηκε ότι όσο πιο υψηλό ήταν το επίπεδο των προσωπικών αποθεμάτων σε αισιοδοξία, τόσο πιο χαμηλό ήταν το μετατραυματικό στρες (Ben Zur, 2008).

Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι η αισιοδοξία αποτελεί την τάση ενός ατόμου να κατανοεί και να ερμηνεύει υπό θετικότερο πρίσμα τα ατυχή και δυσάρεστα γεγονότα μέσα από αιτιολογικές αποδόσεις (Peterson & Seligman, 1987). Οι έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα που υιοθετούν ένα αισιόδοξο ερμηνευτικό στυλ, καθώς αξιολογούν τα αρνητικά ή στρεσογόνα γεγονότα, δεν πιστεύουν ούτε ότι οι ίδιοι είναι προσωπικά υπεύθυνοι για ό,τι συνέβη, ούτε ότι τα γεγονότα θα διαρκέσουν τόσο διάστημα ώστε να επιδράσουν αρνητικά σε πληθώρα τομέων της ζωής τους. Σαν λογικό αποτέλεσμα, τα αισιόδοξα άτομα αισθάνονται λιγότερο αβοήθητα και θεωρούν τον εαυτό τους αρκούντως ικανό για να αντιμετωπίσει μελλοντικές δυσκολίες, συνεπώς βιώνουν λιγότερο συχνά ψυχικές διαταραχές σε σύγκριση με τα απαισιόδοξα άτομα (Di Matteo & Martin, 2006). Άλλωστε, η διαταραχή του μετατραυματικού στρες συνδέεται με την ενοχή και την αβοηθητικότητα ή ανικανότητα που αισθάνεται ένα άτομο (Ehlers et al., 2000; Reynolds & Brewin, 1999) στοιχεία που δεν εμφανίζονται στα αισιόδοξα άτομα όπως είδαμε. Ταυτόχρονα, τα άτομα με αισιόδοξο τύπο προσωπικότητας επιλέγουν πιο συχνά στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος και όχι στην αποφυγή του, καθώς πιστεύουν ότι τα προβλήματα είναι αντιμετωπίσιμα και θα επιλυθούν (Scheier & Carver, 1992). Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η αισιοδοξία σχετίζεται θετικά με τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης που εστιάζουν στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ενώ σχετίζεται αρνητικά με την αποφυγή και την άρνηση (Scheier et al., 1986, Scheier & Carver, 1987, Amirkhan et al., 1995). Φαίνεται λοιπόν ότι όσο πιο αισιόδοξο είναι ένα άτομο, τόσο λιγότερο θα επιλέξει την αποφυγή και την άρνηση για να αντιμετωπίσει το τραύμα του και συνεπώς τόσο απομακρύνεται από την πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικού στρες.

Όσον αφορά στο ρόλο του κοινωνικού περιβάλλοντος, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι όλες οι διαστάσεις της έννοιας του κοινωνικού περιορισμού συνδέονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με το μετατραυματικό στρες. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με προγενέστερες έρευνες και

υποδηλώνουν πως όταν το κοινωνικό περιβάλλον αποφεύγει την ασθενή, όταν οι σημαντικοί άλλοι δεν της επιτρέπουν να εκφράσει τις σκέψεις και τις ανάγκες της για την ασθένεια και όταν οι συμπεριφορές που λαμβάνει από το κοινωνικό της δίκτυο δεν είναι υποστηρικτικές, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανίσει μετατραυματικό στρες.

Πιο συγκεκριμένα, οι έρευνες δείχνουν ότι το μετατραυματικό στρες ενισχύεται από την αρνητική στάση των ατόμων που συναποτελούν το κοινωνικό περιβάλλον του πάσχοντα (Zoellner et al., 1999). Οι μελέτες σε άτομα με τραυματικά γεγονότα στο ιστορικό τους επιβεβαιώνουν τη θεωρία ότι ο παραπάνω αναφερόμενος κοινωνικός περιορισμός του ατόμου κατά την έκφραση και συζήτηση σχετικά με το τραύμα, οδηγεί σε αύξηση των εισβολών και των αποφυγών, γεγονός που διαταράσσει τη γνωστική επεξεργασία του τραύματος και δυσχεραίνει τη συναισθηματική προσαρμογή του ατόμου στη νέα κατάσταση (Lepore & Helgeson, 1998, Lepore, 1997b, Lepore et al., 1996, Lutgendorf et al., 1999, Major & Gramzow, 1999, Manne, 1999, Silver & Holman, 1994). Ταυτόχρονα, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών δείχνουν ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί που βιώνει ένα άτομο συνδέονται με συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής του στρες, όπως, η ψυχική δυσφορία (Lepore 2001, Lepore et al., 1996, Lepore & Helgeson, 1998, Agustsdottir et al., 2010, Danoff- Burg et al., 2004, Ullrich, Lutgendorf & Stapleton, 2002, Lewis et al., 2006, Widows, Jacobsen & Field, 2000, Nenova, DuHamel, Zemon, Rini & Redd, 2013; Schmid & Andrykowski, 2004, Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001; Cordova et al., 2007, Zakowski et al., 2004) και οι παρεισφρητικές σκέψεις (Agustsdottir et al., 2010, Belsher, Ruzek, Bongar & Cordova, 2012, Braitman et al., 2008, Lepore & Helgeson, 1998; Lepore, 1997b; Lepore et al., 1996, Zakowski et al., 2003).

Ταυτόχρονα, η λήψη περιορισμένης κοινωνικής υποστήριξης (Andrykowski & Cordova, 1998; Barrera et al., 2013; Jacobsen et al., 2002; Widows et al., 2000) και η αντίληψη του περιβάλλοντος ως λιγότερο υποστηρικτικού (Dunmore et al., 2001; Lepore et al., 2001)

βρέθηκε ότι σχετίζεται με πιο υψηλά ποσοστά εμφάνισης μετατραυματικού στρες. Αντιθέτως, όπως φάνηκε στις έρευνες των Butler et al. (1999) και Andrykowski et al. (2000), η έλλειψη κοινωνικών περιορισμών και η λήψη υποστήριξης από το κοινωνικό δίκτυο συνδέεται αρνητικά με την βίωση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναφορικά με το μετατραυματικό στρες δείχνουν ότι συνδέεται ουσιαστικά μόνο με ψυχοκοινωνικές διαστάσεις, όπως η απαισιοδοξία, οι κοινωνικοί περιορισμοί, το απαισιόδοξο στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, η ακούσια γνωστική επεξεργασία, δηλαδή οι παρεισφρητικές σκέψεις και η εκούσια γνωστική επεξεργασία, δηλαδή ο συλλογισμός, και πληθώρα δυσλειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η αποφυγή, η άρνηση και η αυτοκατηγορία. Τα προαναφερθέντα ευρήματα επιβεβαιώνουν τις ερευνητικές υποθέσεις και υποστηρίζονται από πληθώρα σύγχρονων μελετών.

5.1.2. Ευρήματα αναφορικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη

Σύμφωνα με τους ερευνητές στο χώρο της Ψυχο-ογκολογίας, η έρευνα της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού βρίσκεται σε πρωταρχικά στάδια (Bellizzi & Blank, 2006). Παρόλο αυτά, με βάση τη μελέτη της υπάρχουσας διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, αλλά και τα ευρήματα των σύγχρονων ερευνών για το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και ειδικά στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού, διατυπώθηκαν οι παρακάτω προς έλεγχο ερευνητικές υποθέσεις:

1. Αναμένεται ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα εμφανιστεί στην πλειοψηφία των γυναικών με καρκίνο του μαστού
2. Αναμένεται ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα σχετίζεται θετικά με τους εξής δημογραφικούς και ιατρικούς παράγοντες: νεαρή ηλικία, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, ένταξη σε μειονότητα, πολυπλοκότητα θεραπείας

3. Αναμένεται ότι η έλλειψη κοινωνικών περιορισμών, το αισιόδοξο συλλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, η ελπίδα, η αισιοδοξία, οι λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης και η γνωστική επεξεργασία του τραύματος- Αντανάκλαση- θα αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη

Σύμφωνα με τα ευρήματα των στατιστικών αναλύσεων, το δείγμα της παρούσας έρευνας εμφανίζει επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης άνω του μετρίου, συνεπώς επιβεβαιώνεται η πρώτη υπόθεση αναφορικά με τα ποσοστά εμφάνισης της μετατραυματικής ανάπτυξης. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τους κατασκευαστές της κλίμακας, το μέγιστο σκορ στο ερωτηματολόγιο μέτρησης της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι το 105. Οι τιμές άνω του 63 ισοδυναμούν με μετρίου βαθμού μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ οι τιμές άνω του 84 υποδηλώνουν μετατραυματική ανάπτυξη μεγάλου βαθμού. Στην παρούσα έρευνα 124 γυναίκες, δηλαδή το 61.4% του δείγματος, εμφάνιζαν μετατραυματική ανάπτυξη άνω του μετρίου και 56 γυναίκες, δηλαδή το 27.7% του δείγματος, εμφάνιζαν μετατραυματική ανάπτυξη σε μεγάλο βαθμό. Τα παρόντα ευρήματα συνάδουν με αναφορές άλλων ερευνών, όπου επίσης παρατηρείται μετατραυματική ανάπτυξη άνω του μετρίου, σε ποσοστά όπως 53% (Taylor, 1983), 83% (Sears et al., 2003) και 98% (Weiss, 2002).

Μάλιστα, το παρόν δείγμα παρουσιάζει αισθητά υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης (μέση τιμή 66.74) από ότι εμφανίζει το δείγμα στάθμισης του ερωτηματολογίου στα ελληνικά (μέση τιμή 43.76) (Mystakidou et al., 2007). Μια εξήγηση για αυτό θα μπορούσε να αποτελεί το γεγονός ότι τα δύο δείγματα διέφεραν ως προς το χρόνο που είχε μεσολαβήσει ανάμεσα στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και τη χορήγηση των ερωτηματολογίων. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα η μέση τιμή της χρονικής απόστασης από τη διάγνωση ήταν τα 8.5 χρόνια, ενώ στην έρευνα για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου η ανάλογη μέση τιμή αντιστοιχούσε σε 6 χρόνια. Θεωρητικά ο χρόνος από τη διάγνωση ενισχύει την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης (Calhoun & Tedeschi, 2006), συνεπώς στην παρούσα έρευνα είναι

αναμενόμενο να εμφανιστούν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης.

Εκτός από την καταγραφή των ποσοστών εμφάνισης της μετατραυματικής ανάπτυξης, η παρούσα έρευνα έθεσε ως σκοπό τη διερεύνηση του ρόλου πληθώρας δημογραφικών, ιατρικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Πιο συγκεκριμένα, ως προς τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, εξετάστηκε κατά πόσον η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το οικονομικό επίπεδο και η ένταξη σε μειονότητα επηρεάζουν τα επίπεδα εμφάνισης της μετατραυματικής ανάπτυξης. Από το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών, μονάχα η ηλικία φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη και μάλιστα με αρνητικό πρόσημο. Το αποτέλεσμα αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο μειώνεται η μετατραυματική ανάπτυξη. Το παρόν εύρημα συνάδει με προϋπάρχοντα ερευνητικά πορίσματα, τα οποία υποστηρίζουν ότι οι νεότερες σε ηλικία γυναίκες έχουν μεγαλύτερη τάση να εμφανίζουν μετατραυματική ανάπτυξη (Bellizzi & Blank, 2006; Bellizzi et al., 2009; Manne et al., 2004). Οι νεότερες γυναίκες φαίνεται να βιώνουν περισσότερη μετατραυματική ανάπτυξη καθώς συχνά ωθούνται από το περιβάλλον τους στην υιοθέτηση μιας πιο θετικής στάσης απέναντι στην ασθένειά τους και για το λόγο αυτό να αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα ανάπτυξης (Manne et al., 2004). Ένα άλλο πόρισμα που εξηγεί τα ευρήματα της παρούσας έρευνας σχετικά με την ηλικία, προέρχεται από τους ίδιους του δημιουργούς της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης. Σύμφωνα με τους Tedeschi και Calhoun (1995), όσοι είναι πιο ικανοί ή προετοιμασμένοι να ανταπεξέλθουν σε ένα τραυματικό γεγονός είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν μετατραυματική ανάπτυξη. Συνεπώς, οι νεότερες γυναίκες οι οποίες είναι πιο δυνατές και ικανές να ανταπεξέλθουν σε ένα πρόβλημα υγείας (van't Spijker et al., 1997) είναι λογικό να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ανάπτυξης.

Όσον αφορά στις υπόλοιπες δημογραφικές μεταβλητές, παρόλο που αναμένονταν αρκετές συσχετίσεις με τη μετατραυματική ανάπτυξη, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δεν εντόπισαν καμία στατιστικά σημαντική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, αναμενόταν ότι οι γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου θα βίωναν μεγαλύτερη ανάπτυξη, όπως είχε υποστηριχθεί από άλλες έρευνες (Bellizzi & Blank, 2006; Weiss, 2004). Στην παρούσα έρευνα, μπορεί τα ευρήματα να μην ήταν στατιστικά σημαντικά για τη σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και τη μετατραυματική ανάπτυξη, όμως βρέθηκε ότι οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτοι δημοτικού) βίωναν κατά μέσο όρο πιο υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη (64.5) σε σύγκριση με τις γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο (κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος, μέση τιμή 52). Μάλιστα, οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εμφάνιζαν μετατραυματική ανάπτυξη σε μεσαίο βαθμό, ενώ οι γυναίκες με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνιζαν ανάπτυξη σε μικρό βαθμό. Όντως λοιπόν, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο δεν εξασφαλίζει την βίωση θετικών αλλαγών μετά τον καρκίνο, καθώς όλες οι γυναίκες έχουν την ευκαιρία, ανεξαρτήτως μόρφωσης, να ανακαλύψουν ποιες πτυχές της ζωής τους επηρεάστηκαν θετικά και ποιες αρνητικά από την ασθένειά τους.

Επίσης, είχε υποθεθεί ότι οι γυναίκες υψηλού οικονομικού επιπέδου θα εμφάνιζαν επίσης μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη με βάση τα ευρήματα προγενέστερων ερευνών, όπως αυτή των Cordova et al. (2001). Πιθανόν στην παρούσα έρευνα να μην ήταν εφικτό να εξαχθούν συμπεράσματα για τη σχέση ανάμεσα στο υψηλό εισόδημα και τη μετατραυματική ανάπτυξη, καθώς μόλις μία γυναίκα, δηλαδή το 0.5% του δείγματος, δήλωσε ότι είχε υψηλό εισόδημα. Κατά τα άλλα, στην έρευνα αυτή, οι γυναίκες με χαμηλή και μεσαία οικονομική κατάσταση βρέθηκε ότι είχαν ανάλογα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης (με μέση τιμή 68 και 65 αντίστοιχα) και μάλιστα τα επίπεδα αυτά ήταν μεσαίας τάξης, άνω δηλαδή του 63 στο τελικό σκορ. Φαίνεται λοιπόν ότι ανεξαρτήτως του οικονομικού επιπέδου, μια γυναίκα μπορεί να βιώσει

θετικές αλλαγές στη ζωή της μετά την ασθένειά της και προφανώς στην εκδήλωση αυτής της αλλαγής συμβάλλουν άλλοι παράγοντες πέραν της οικονομικής δυνατότητας. Άλλωστε, μπορεί η οικονομική άνεση να προσφέρει μια εξασφάλιση στις δυσκολίες (Hobfoll, 1989), δεν ταυτίζεται όμως με τη βίωση μετατραυματικής ανάπτυξης.

Επίσης, στην έρευνα αυτή δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και την μετατραυματική ανάπτυξη. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, όπως των Sears και συνεργατών (2003) και των Manne και συνεργατών (2004). Μάλιστα, η δεύτερη ομάδα ερευνητών δεν εντόπισε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ποιότητα του γάμου και τη μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ οι έρευνες της Weiss (2002 και 2004) δεν έδειξε συσχέτιση ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και τους συζυγικούς καυγάδες. Προφανώς, το γεγονός της σύναψης ενός γάμου και η ποιότητα αυτού δεν οδηγούν απαραίτητως σε υψηλά επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης. Άλλωστε, όπως φάνηκε από την παρούσα έρευνα, οι ελεύθερες γυναίκες είχαν την πιο υψηλή μέση τιμή μετατραυματικής ανάπτυξης (69.7). Μάλιστα, μόνο οι χήρες είχαν μέση τιμή μετατραυματικής ανάπτυξης χαμηλού επιπέδου (μέση τιμή 59), εύρημα που υπονοεί ότι τα συναισθηματικά και πρακτικά προβλήματα της απώλειας ενός συντρόφου μπορεί να περιορίζουν την δυνατότητα εύρεσης θετικών στοιχείων μέσα από την ασθένεια.

Τελευταία εκ των δημογραφικών μεταβλητών εξετάστηκε η σχέση της ένταξης σε μειονότητα με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης δεν εντόπισαν σημαντική σχέση. Το γεγονός αυτό εξηγείται από την έλλειψη αντιπροσωπευτικού δείγματος, καθώς μόλις τρεις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι ανήκαν σε μειονότητα, έναντι των 197 που δεν ανήκαν. Σε άλλες έρευνες με πιο ισχυρό δείγμα γυναικών που ανήκαν σε μειονότητα είχε φανεί ότι οι λευκές γυναίκες βίωναν λιγότερη μετατραυματική ανάπτυξη (Bellizzi et al., 2009), ενώ η ένταξη σε μια μειονότητα, για παράδειγμα Αφρο-

αμερικάνικη ή Ισπανική, σχετιζόταν θετικά με υψηλότερο επίπεδο ανάπτυξης (Bellizzi et al., 2009). Τέτοιου είδους ευρήματα εξηγούνται από το γεγονός ότι μέσα στους κόλπους μίας μειονότητας αναπτύσσονται ισχυροί δεσμοί και καθιερώνονται σταθερές θρησκευτικές ρουτίνες. Είναι άλλωστε αποδεδειγμένο ότι οι θρησκευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης συνδέονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Lerolain et al., 2010).

Πέρα των δημογραφικών μεταβλητών, εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και κάποια ιατρικά στοιχεία των γυναικών, όπως το στάδιο της ασθένειας, ο χρόνος που μεσολάβησε από τη διάγνωση και το είδος της θεραπείας στην οποία είχαν υποβληθεί. Καμία από τις μεταβλητές αυτές δε φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Όσον αφορά στο στάδιο της ασθένειας, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συναντώνται και σε αρκετές άλλες έρευνες, όπου δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στη σοβαρότητα της νόσου, όπως αυτή μετράται με το στάδιο της ασθένειας, και τη μετατραυματική ανάπτυξη (Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004; Oh et al., 2004; Weiss, 2004). Είναι σημαντική η αντίληψη της γυναίκας ως προς την απειλή που αισθάνεται από την ασθένεια και το υποκειμενικό αυτό βίωμα δε συνάδει πάντα με τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ασθένειας. Μπορεί τα ευρήματα να μην ήταν στατιστικά σημαντικά, όμως οι αναλύσεις έδειξαν ότι στην παρούσα έρευνα μεγαλύτερη ανάπτυξη (μέση τιμή 72.6), βίωναν οι γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού στο πρωταρχικό στάδιο 0, ενώ τη χαμηλότερη μέση τιμή μετατραυματικής ανάπτυξης (61.5) εμφάνιζαν οι γυναίκες που έλαβαν διάγνωση πιο προχωρημένου σταδίου 3B. Πιθανόν, οι γυναίκες που αντιμετώπισαν ένα πιο ελαφρύ στάδιο της ασθένειάς τους να είχαν λιγότερες επιπλοκές και προβλήματα να επιλύσουν, να αισθάνθηκαν τυχερές που διεγνώσθη έγκαιρα η ασθένειά τους και να τους δόθηκε η ευκαιρία να αναθεωρήσουν τη φιλοσοφία τους γύρω από τη ζωή και τις σχέσεις. Αντίθετα, έχει φανεί και σε άλλες έρευνες (Lechner et al., 2003; Mystakidou et al., 2008) ότι οι γυναίκες

με προχωρημένο στάδιο καρκίνου του μαστού εμφανίζουν πιο χαμηλά ποσοστά μετατραυματικής ανάπτυξης.

Σε σχέση με το είδος της θεραπείας που λαμβάνει μια γυναίκα για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, όπως και στην έρευνα των Mystakidou και συνεργατών (2008), τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δεν ανέδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική σχέση. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας μπορεί να μην ήταν στατιστικά σημαντικά, έδειξαν όμως ότι οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλου είδους συμπληρωματικές θεραπείες, εμφάνιζαν τα μεγαλύτερα ποσοστά μετατραυματικής ανάπτυξης (μέση τιμή 68.7). Αντίστοιχα, προγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι η λήψη χημειοθεραπείας αποτελεί ένα προγνωστικό παράγοντα της μετατραυματικής ανάπτυξης (Lerolain et al., 2010), κάτι που δε φαίνεται να ισχύει για την ακτινοθεραπεία (Mols et al., 2009). Αναφορικά με το είδος του χειρουργείου, η πλειονότητα των ερευνών αναφέρει στατιστικά μη σημαντικά αποτελέσματα (Manne et al., 2004; Sears et al., 2003; Weiss, 2004), όπως άλλωστε συμπεραίνονται και από την παρούσα έρευνα. Φαίνεται λοιπόν πως η μετατραυματική ανάπτυξη δεν επηρεάστηκε στο παρόν δείγμα από το είδος του χειρουργείου ή της θεραπείας στην οποία υποβλήθηκαν. Πιθανόν, ο εξατομικευμένος τρόπος με τον οποίο αντιμετώπισε τη θεραπεία για την ασθένειά της κάθε γυναίκα, η υποκειμενική αντίληψη και το συναισθηματικό της βίωμα, παίζουν τον πλέον καθοριστικό ρόλο και όχι τόσο τα αντικειμενικά μετρήσιμα στοιχεία, όπως το αν υπεβλήθη σε τμηματεκτομή ή μαστεκτομή, αν έκανε χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία. Τέτοιες διαφοροποιήσεις θα γίνονταν αντιληπτές μόνο μέσα από ποιοτικού τύπου έρευνες, όπου μέσω προσωπικών συνεντεύξεων θα μπορούσε να καταστεί σαφές πώς βιώνει κάθε γυναίκα όσα της συμβαίνουν από τη στιγμή που λαμβάνει τη διάγνωση του καρκίνου και έπειτα.

Τέλος, ένα ακόμα στοιχείο προερχόμενο από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών που εξετάστηκε ήταν ο χρόνος που είχε μεσολαβήσει από τη

διάγνωση έως τη στιγμή της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων της έρευνας. Στην παρούσα έρευνα δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες. Το εύρημα αυτό αντανακλάται στα αντιφατικά δεδομένα και άλλων ερευνών που δηλώνουν ότι η σχέση ανάμεσα στο χρόνο και τη μετατραυματική ανάπτυξη δεν είναι σαφής και ξεκάθαρη. Για παράδειγμα, κάποιες έρευνες αναφέρουν ότι η αύξηση του χρόνου από τη διάγνωση σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά ανάπτυξης (Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004; Sears et al., 2003). Το εύρημα αυτό συνάδει με τη θεωρία των Tedeschi & Calhoun (1995) ότι η ανάπτυξη εμφανίζεται με το πέρασμα του χρόνου από το τραυματικό γεγονός. Αντιθέτως, σε άλλες έρευνες, όπως της Weiss (2004) εντοπίζονται διαφορετικά αποτελέσματα που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η μικρή χρονική απόσταση από τη διάγνωση σχετίζεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Μοιάζει λοιπόν ασαφές πότε ακριβώς είναι πιο πιθανό να εμφανίσει μια γυναίκα μετατραυματική ανάπτυξη. Άλλοι ερευνητές θεωρούν ότι η συναισθηματική και υπαρξιακή κρίση που βιώνει μια γυναίκα κορυφώνεται στις 100 πρώτες ημέρες από τη διάγνωσή της (Weisman & Worden, 1976), ενώ άλλοι καταγράφουν ότι η μεγαλύτερη κρίση ξεκινά μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών (Schnipper, 2003), όταν η γυναίκα καλείται να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα και να δημιουργήσει μια νέα αίσθηση του τι είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο στη ζωή της (Turner, 2003). Αναμφίβολα, απαιτούνται διαχρονικές και όχι συγχρονικές έρευνες για να διευκρινιστεί στο σημείο αυτό και να παρακολουθηθεί η πορεία της μετατραυματικής ανάπτυξης ενός δείγματος γυναικών στο χρόνο. Σαφώς, είναι βοηθητικό το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα περιλήφθηκαν γυναίκες με σημαντική διαφορά στη χρονική απόσταση από τη διάγνωση (από 3 έως 372 μήνες), απαιτείται όμως διαφορετικός μεθοδολογικός σχεδιασμός για να ελεγχθεί πλήρως ο ρόλος που διατηρεί ο χρόνος στην εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης.

Εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα ιατρικά στοιχεία των ασθενών, μια σειρά ψυχοκοινωνικών παραμέτρων μελετήθηκαν ως προς

τη σύνδεσή τους με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα, στις παρακάτω παραγράφους θα αναφερθούμε στο ρόλο που φαίνεται να παίζουν τα διαφορετικά είδη γνωστικής επεξεργασίας, οι στρατηγικές αντιμετώπισης, τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά μιας ασθενούς και το κοινωνικό περιβάλλον.

Αναφορικά με τη γνωστική επεξεργασία των πληροφοριών, να αναφέρουμε αρχικά ότι διακρίνεται σε ακούσια και εκούσια και σχετίζεται με το στυλ που αποδίδει τα γεγονότα της ζωής του. Πιο αναλυτικά, η ακούσια γνωστική επεξεργασία αντιστοιχεί στις παρεισφρητικές σκέψεις, δηλαδή τις σκέψεις που εισχωρούν στο νου του ατόμου ανεξάρτητα από τη βούλησή του. Τέτοιου είδους σκέψεις ή εικόνες εκλαμβάνονται από το άτομο ως εισβολές και συνήθως συνοδεύονται από αίσθημα δυσφορίας και από την πεποίθηση ότι είναι ανεξέλεγκτες. Παρόλο που το άτομο θεωρεί ανεπιθύμητες αυτές τις εισβολές, δεν παύουν να νοούνται ως ένα είδος γνωστικής επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος. Ως εκ τούτου, αρκετές έρευνες δείχνουν ότι τέτοιου είδους εισβολές στη σκέψη σχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006, Linley & Joseph, 2004, Stockton et al., 2011). Η εξήγηση που παρέχεται είναι ότι οι εισβολές, παρά την παρεμβατική τους φύση, αποτελούν ένα φυσιολογικό και απαραίτητο τμήμα της διαδικασίας προσαρμογής, μια ένδειξη ότι το άτομο προσπαθεί να κατανοήσει το τραύμα. Άλλωστε, όπως διατυπώνουν οι Tedeschi & Calhoun (2006), η δέσμευση του ατόμου σε μια διαδικασία γνωστικής επεξεργασίας έχει ως στόχο τη νοηματοδότηση και την εξήγηση του γεγονότος, καθώς και την επίλυση των συνεπειών αυτής της κρίσης, με αποτέλεσμα να συμβάλλει στη μετατραυματική ανάπτυξη.

Η ακούσια αυτή γνωστική επεξεργασία με τη μορφή εισβολών στη σκέψη θεωρείται ότι λαμβάνει χώρα κατά το πρώτο διάστημα μετά την εμφάνιση του κρίσιμου γεγονότος (Nolen- Hoeksema & Davis, 2004). Η συχνότητα αυτών των εισβολών σε κάποιες έρευνες φαίνεται να συνδέεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Jaarsma, Pool, Sanderman & Ranchor,

2006, Park & Fenster, 2004), όμως κάποιοι τύποι εισβολών ευνοούν την ανάπτυξη, ενώ κάποιοι άλλοι την παρεμποδίζουν (Siegle, Moore & Thase, 2004). Όντως, στην έρευνα των Stockton et al (2011) η οποία διερεύνησε τη σχέση ανάμεσα στις εισβολές και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε δείγμα ατόμων με διαφορετικά είδη τραυμάτων, όπως διάγνωση καρκίνου, σεξουαλική επίθεση και απώλεια, φάνηκε ότι όσο περισσότερες εισβολές είχε το άτομο, τόσο μειωνόταν η μετατραυματική ανάπτυξή του. Τα αντιφατικά αυτά ευρήματα συμπληρώνονται και από την παρούσα έρευνα, όπου ενόσω δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις παρεισφρητικές σκέψεις και τη μετατραυματική ανάπτυξη, φάνηκε ότι η υψηλότερη μέση τιμή μετατραυματικής ανάπτυξης (μέση τιμή μετατραυματικής ανάπτυξης 87) εμφανιζόταν σε γυναίκες που βίωναν παρεισφρητικές σκέψεις σε μέτριο βαθμό. Φαίνεται λοιπόν πως, όπως διατείνονται και οι δημιουργοί της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης, όταν ένα άτομο βιώνει ένα ανεκτό επίπεδο παρεισφρητικών σκέψεων και επεξεργάζεται έστω και με αυτό τον τρόπο το τραυματικό γεγονός, θα οδηγηθεί σε υψηλό επίπεδο ανάπτυξης (Calhoun and Tedeschi, 2006).

Από την άλλη πλευρά, η εκούσια γνωστική επεξεργασία περιλαμβάνει μια θεμιτή και κινητοποιημένη από το άτομο επεξεργασία των πληροφοριών που σχετίζονται με το τραύμα του. Μάλιστα, όσο περισσότερο ενεργητικά σκέφτεται το άτομο τις συνθήκες, τα συναισθήματα και τις επιπτώσεις του τραύματος στη ζωή του, σε όση δηλαδή περισσότερη συνειδητή γνωστική επεξεργασία υποβάλλεται για να το κατανοήσει, τόσο πιο πιθανό είναι να οδηγηθεί στη μετατραυματική ανάπτυξη (Bower et al., 1998; Calhoun & Tedeschi, 1998; Linley & Joseph, 2004; Manne et al., 2004).

Πιο αναλυτικά, η εκούσια γνωστική επεξεργασία έχει συνδεθεί με την έννοια του μηρυκασμού. Μάλιστα, ο μηρυκασμός διακρίνεται σε δύο τύπους, το συλλογισμό και την αντανάκλαση (Trapnell & Campbell, 1999, Watkins, 2004, Siegle et al., 2004). Πιο συγκεκριμένα, ο συλλογισμός αποτελεί μια επαναλαμβανόμενη σύγκριση της παρούσας

κατάστασης με κάποια ουτοπική συνθήκη, ενώ θυμίζει μια προσκόλληση σε εμπόδια που δεν επιτρέπουν την επίλυση του προβλήματος. Ερευνητικά φαίνεται ότι συσχετίζεται αρνητικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Updegraff & Taylor, 2001), εύρημα που επιβεβαιώθηκε και από την παρούσα έρευνα.

Αντιθέτως, η Αντανάκλαση αποτελεί έναν τρόπο σκέψης που παρακινείται από την τάση του ατόμου να ανακαλύψει και να γνωρίσει τον εαυτό του, ενώ υποδηλώνει μια τάση ενδοσκοπήσης και αντιμετώπισης των δύσκολων συναισθημάτων και συντελεί στην αναγνώριση και διερεύνηση της φύσης των συναισθημάτων. Σε αυτή την περίπτωση, τα αρνητικά συναισθήματα θεωρούνται ξεκάθαρα και πιθανά να αλλαχθούν σαν αποτέλεσμα της ενεργητικής προσπάθειας του ατόμου να διαχειριστεί τη διάθεσή του και να επιλύσει τα προβλήματά του (McFarland & Buhler, 1998). Αυτό το είδος εκούσιας γνωστικής επεξεργασίας γίνεται αντιληπτό ως μια επιθυμία και απόφαση του ατόμου να αναλογιστεί λεπτομερώς το τραύμα του, να φέρει στην επιφάνεια και να συλλογιστεί τις πληροφορίες που σχετίζονται με το τραύμα, να αξιολογήσει τα συμβάντα (Lindstrom et al, 2013) και να εστιάσει στον εαυτό του, τη διάθεσή του και τα παρόντα συμπτώματα (Watkins, 2004). Η αντανάκλαση επιτρέπει την αντίληψη των θετικών και των αρνητικών πλευρών του τραύματος (Folkman, 2008) και συνδέεται με την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Affleck & Temmen, 1996; Calhoun et al., 2000; Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi, 1999). Συνεπώς, η μετατραυματική ανάπτυξη αντιστοιχεί στη συνειδητή, σκόπιμη γνωστική επεξεργασία (reflective rumination) που στοχεύει στην αναδιαμόρφωση του χάρτη του ατόμου με βάση την εμπειρία του τραύματος (Epstein, 1991). Η παρούσα υπόθεση επιβεβαιώθηκε από την έρευνα αυτή, καθώς φάνηκε ότι η αντανάκλαση σχετίζεται στατιστικά σημαντικά και θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη.

Τέλος, ένας ακόμα τρόπος γνωστικής επεξεργασίας των εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως ένα τραυματικό γεγονός, θεωρείται η αναζήτηση της

αιτιολογίας του τραυματικού γεγονότος, δηλαδή η προσπάθεια του θύματος να εξηγήσει επαρκώς για ποιο λόγο έζησε ένα τέτοιο τραύμα. Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο θα επεξεργαστεί γνωστικά το τραύμα του σε αυτή την περίπτωση ορίζεται από το σταθερό στυλ απόδοσης και αιτιολόγησης των εμπειριών του (Weiner, 1985). Το στυλ απόδοσης, δηλαδή ερμηνείας των γεγονότων, ενέχει τις έννοιες της σταθερής ή ασταθούς απόδοσης, της εσωτερικής ή εξωτερικής απόδοσης καθώς και της σφαιρικής ή συγκεκριμένης απόδοσης. Ένα άτομο διατηρεί ένα χαρακτηριστικό στυλ για να αποδώσει τα θετικά και τα αρνητικά γεγονότα στη ζωή του, ενώ μπορεί να διαθέτει αισιόδοξο ή απαισιόδοξο στυλ απόδοσης. Σε κάθε περίπτωση, η μετατραυματική ανάπτυξη έχει εξηγηθεί από το στυλ απόδοσης που διακρίνει ένα άτομο (Ho et al., 2011).

Στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη συνδέεται θετικά με το αισιόδοξο στυλ απόδοσης των θετικών γεγονότων. Αυτό σημαίνει ότι όταν μια γυναίκα αποδίδει αισιόδοξα ένα θετικό γεγονός, πιστεύει ότι οι λόγοι που συνέβη το θετικό γεγονός εξαρτώνται από την ίδια (εσωτερική απόδοση), θα ισχύουν ξανά στο μέλλον (σταθερή απόδοση) και θα επηρεάσουν όλους τους τομείς της ζωής της (σφαιρική απόδοση). Κατά συνέπεια, αισθάνεται πιο δυνατή, πιο ικανή και πιο αισιόδοξη να διαχειριστεί ακόμα και τα αρνητικά γεγονότα, μιας και η αισιόδοξη απόδοση θα συμβάλλει να αντιληφθεί πιο θετικά το αρνητικό γεγονός και να το αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά. Παρόμοια ευρήματα εντόπισε και η έρευνα των Ho, Chu & Yiu (2008) σε πενθούντες φοιτητές. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι το αισιόδοξο στυλ απόδοσης των θετικών γεγονότων σχετίζεται με τη μετατραυματική ανάπτυξη, καθώς η απόδοση των θετικών γεγονότων σε εσωτερικούς, σφαιρικούς και σταθερούς παράγοντες αυξάνει την πιθανότητα αντίληψης θετικών αλλαγών στη ζωή του ατόμου. Επίσης, η έρευνα των Ho, Chan, Yau & Yeung (2011) μελέτησε τη σχέση μεταξύ του στυλ απόδοσης, της αντίληψης των θετικών αλλαγών, της μετατραυματικής ανάπτυξης και των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε γυναίκες με

καρκίνο του μαστού. Στην έρευνα αυτή φάνηκε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη συνδέεται με τον τρόπο απόδοσης των θετικών και όχι των αρνητικών γεγονότων και μάλιστα με το αισιόδοξο στυλ απόδοσης των θετικών γεγονότων. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που είχαν την τάση να γενικεύουν τα αίτια των θετικών γεγονότων (σφαιρική απόδοση) έπρατταν το ίδιο και για την ασθένειά τους και για το λόγο αυτό βίωναν περισσότερη ανάπτυξη. Τα συμπεράσματα αυτά συνάδουν με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, επιβεβαιώνοντας με αυτό τον τρόπο τις αρχικές μας υποθέσεις.

Αποτέλεσμα της γνωστικής επεξεργασίας στην οποία υποβάλλει το άτομο τα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον είναι η επιλογή και υιοθέτηση ανάλογων στρατηγικών αντιμετώπισης. Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η σύνδεση ανάμεσα στη μετατραυματική ανάπτυξη και σε πληθώρα (14 για την ακρίβεια) στρατηγικών αντιμετώπισης. Τα ευρήματα των στατιστικών αναλύσεων επιβεβαιώνουν την ερευνητική υπόθεση ότι η μετατραυματική ανάπτυξη συνδέεται στατιστικά σημαντικά και θετικά με τις λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης (όπως, η ενεργητική αντιμετώπιση, η θετική αναπλαισίωση, η αποδοχή κα) και αρνητικά με δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης (όπως, η αυτοκατηγορία, η αποφυγή, η άρνηση κα). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας ήταν αναμενόμενα και επαναλαμβάνονται σε άλλες σύγχρονες έρευνες που μελετούσαν το φαινόμενο της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Πιο αναλυτικά, έχει φανεί ότι η μετατραυματική ανάπτυξη συνδέεται με λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπιση (Calhoun & Tedeschi, 2006). Σύμφωνα με τους Tedeschi και Calhoun (1995), οι στρατηγικές αντιμετώπισης φαίνεται επίσης να αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για να οδηγηθεί κανείς στη μετατραυματική ανάπτυξη. Μέθοδοι αντιμετώπισης του τραυματικού γεγονότος, όπως η θετική ερμηνεία/ αναπλαισίωση, η αποδοχή, η οργανωμένη δράση και η επίλυση προβλήματος, αλλά και οι πνευματικοί τρόποι αντιμετώπισης όπως, υποστήριξη από το Θεό, πνευματική σύνδεση, επαναξιολόγηση των αρνητικών γεγονότων και εξομολόγηση, συνδέονται με τη

μετατραυματική ανάπτυξη (Park & Cohen, 1993). Επίσης, η επιλογή στρατηγικών που στοχεύουν στο πρόβλημα φαίνεται ότι συμβάλλει στην επίλυση του προβλήματος, ενώ ταυτόχρονα βοηθούν το άτομο να συγκεντρωθεί στην επίτευξη των στόχων του και να αισθανθεί όταν ανέκτησε τον έλεγχο της κατάστασης (Folkman & Moskowitz, 2000). Έτσι, παρέχεται η ευκαιρία στο άτομο να αναλογιστεί πιο θετικά σε σχέση με τις επιπτώσεις που επέφερε το τραύμα στη ζωή του και μπορεί να αντιληφθεί τις θετικές αλλαγές που βιώνουν ως ακόλουθο του τραυματικού αυτού γεγονότος. Παράλληλα, μέσα από στρατηγικές που αξιοποιούν τη θρησκευτική πίστη και την συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη από το κοινωνικό πλαίσιο, η ασθενής νιώθει ότι εντάσσεται σε μια ομάδα, ότι είναι προστατευμένη, αναπτύσσεται το αίσθημα της ελπίδας και της αισιοδοξίας, ενώ κατευνάζεται η συναισθηματική φόρτιση (Ashing- Giwa et al., 2004). Η χρήση λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η αποδοχή, η θετική αναπλαισίωση και το χιούμορ, συνδέονται με την αισιόδοξη φύση της ασθενούς (Carver et al., 1993). Αυτού του είδους οι στρατηγικές αντιμετώπισης, αλλά όπως θα αναφέρουμε και παρακάτω το αίσθημα της ελπίδας και της αισιοδοξίας, σχετίζονται με την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης (Bellizzi & Blank, 2006; Lerolain et al., 2010; Sears et al., 2003).

Σύμφωνα με το υπάρχον θεωρητικό πλαίσιο (Calhoun & Tedeschi, 2006), η αναζήτηση νοήματος στην εμπειρία του καρκίνου του μαστού και η έκφραση των συναισθημάτων του ατόμου σε άλλους θεωρούνται ως αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης του τραύματος που οδηγεί σε ανάπτυξη. Οι ενεργητικοί και θετικοί τρόποι διαχείρισης της διαβρωτικής φύσης της ασθένειας και των θεραπειών που εφαρμόζονται για την αντιμετώπισή της, μπορεί να βοηθήσουν τη γυναίκα να αναθεωρήσει τους στόχους της και να αλλάξει την οπτική γωνία από την οποία επεξεργάζεται την εμπειρία της, αντιμετωπίζοντάς την ως μια πρόκληση για θετικές αλλαγές στη ζωή της. Η διατήρηση μιας τέτοιας μαχητικής στάσης απέναντι στην ασθένεια καθώς και η έκφραση των συναισθημάτων που πηγάζουν από αυτήν σχετίζονται σημαντικά με τη

βελτίωση της προσαρμογής στον καρκίνο του μαστού (Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996) που συχνά έχει συνδεθεί με τη μετατραυματική ανάπτυξη.

Ένα στοιχείο της ιδιοσυγκρασίας των ατόμων που έχουν βιώσει ένα τραύμα και το οποίο έχει συνδεθεί με τη μετατραυματική ανάπτυξη είναι η αισιοδοξία. Ακόμα περισσότερο, η αισιοδοξία έχει θεωρηθεί τόσο ως ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου (Scheier & Carver, 1985), όσο και ως ερμηνευτικό συλ (Peterson & Seligman, 1984). Και στις δύο περιπτώσεις ορισμού της αισιοδοξίας, οι δημιουργοί της έννοιας της μετατραυματικής ανάπτυξης υποστηρίζουν ότι σχετίζεται θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1996). Όσο πιο αισιόδοξη δηλαδή είναι μια γυναίκα που λαμβάνει τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να οδηγηθεί στη μετατραυματική ανάπτυξη μετά από την επαφή της με την ασθένεια αυτή. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε από την παρούσα έρευνα όπου φάνηκε ότι η αισιοδοξία σχετίζεται ισχυρά, θετικά και στατιστικά σημαντικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη.

Ταυτόχρονα, η μετατραυματική ανάπτυξη συνδέεται με την αισιοδοξία όχι μόνο άμεσα όπως καταγράψαμε, αλλά και έμμεσα όπως θα περιγράψουμε και στις επόμενες σειρές. Αρχικά, πολλές έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα που διέπονται από υψηλό βαθμό αισιοδοξίας τείνουν να έχουν καλύτερη ψυχική υγεία (Smith, 2006; Smith & McKenzie, 2006). Έχει όμως ήδη αναφερθεί ότι άτομα που βρίσκονται σε πιο καλή ψυχική κατάσταση, που είναι πιο ικανά και προετοιμασμένα να αντιμετωπίσουν μια δυσκολία, εμφανίζουν πιο συχνά μετατραυματική ανάπτυξη. Επίσης, τα άτομα με αισιόδοξο τύπο προσωπικότητας φαίνεται να επιλέγουν πιο συχνά στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος, καθώς πιστεύουν ότι τα προβλήματα είναι αντιμετωπίσιμα και θα επιλυθούν (Scheier & Carver, 1992). Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η αισιοδοξία σχετίζεται θετικά με τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης που εστιάζουν στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ενώ σχετίζεται αρνητικά με την

αποφυγή και την άρνηση (Scheier et al., 1986, Scheier & Carver, 1987, Amir Khan et al., 1995). Τέλος, η αισιοδοξία φαίνεται να ευνοεί την υιοθέτηση στρατηγικών όπως η αποδοχή, το χιούμορ και η θετική επανεκτίμηση (Scheier et al., 1994). Όμως, έχει ήδη καταστεί σαφές ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος, οι προσαρμοστικές στρατηγικές, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η αποδοχή, το χιούμορ και η θετική αναπλαισίωση σχετίζονται με την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης (Sears et al., 2003). Συνολικά, η αισιοδοξία φαίνεται να αποτελεί ένα χαρακτηριστικό που άμεσα και έμμεσα, βοηθά μια ασθενή να αντιληφθεί την ασθένειά της μέσα από ένα πιο θετικό πρίσμα και την καθιστά πιο ικανή να αναθεωρήσει τη ζωή, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις σχέσεις της μετά από την τραυματική αυτή εμπειρία της. Παρόλο όμως που η αισιοδοξία θεωρείται ένας δρόμος προς την ανάπτυξη, κάποιες έρευνες δεν εντόπισαν στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα σε αυτές τις δύο μεταβλητές (Bellizzi & Blank, 2006; Sears et al., 2003).

Ένα ακόμα ιδιοσυγκρασιακό στοιχείο το οποίο έχει ελεγχθεί ως προς τη συσχέτισή του με τη μετατραυματική ανάπτυξη είναι η ελπίδα. Η ελπίδα κινητοποιεί το άτομο να ανοίξει και να ακολουθήσει, μέσω δράσης, δρόμους για να επιτύχει τους στόχους του (Snyder et al., 1991). Μάλιστα, φαίνεται να επιδρά στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα επεξεργαστεί γνωστικά το τραυματικό γεγονός, ενώ επηρεάζεται από την στάση που διατηρεί το κοινωνικό δίκτυο του ατόμου που έχει ζήσει το τραύμα (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ερευνητικά, φαίνεται να συμβάλλει στον τρόπο με τον οποίο θα αποδώσει το τραύμα το άτομο και κατ' επέκταση η παρουσία της σχετίζεται με την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης (Park et al., 1996). Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη σχετίζεται στατιστικά σημαντικά και θετικά με την ελπίδα. Το εύρημα αυτό σημαίνει ότι όσο πιο ισχυρό είναι το αίσθημα της ελπίδας σε ένα άτομο, τόσο πιο υψηλά είναι τα επίπεδα μετατραυματικού στρες που θα εμφανίσει.

Πέραν όμως των ιδιοσυγκρασιακών στοιχείων, ο ρόλος του κοινωνικού δικτύου θεωρείται σημαντικός στη συναισθηματική αντίδραση της ασθενούς στη διάγνωση της ασθένειάς της. Η παροχή κοινωνικής στήριξης από το δίκτυο των συγγενικών και φιλικών προσώπων, αλλά και από τους ειδικούς επαγγελματίες, φαίνεται να βελτιώνει την ποιότητα ζωής (Lee, 1997), με συνέπεια την καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή της γυναίκας στην ασθένειά της. Όταν όμως περιορίζεται η εντατική, σταθερή και συνεχής στήριξη, όταν οι σημαντικοί άλλοι αγνοούν την ανάγκη της γυναίκας για μοίρασμα της εμπειρίας της εκείνη νιώθει μοναξιά και αβοηθητότητα, και ως εκ τούτου είναι λιγότερο πιθανό να οδηγηθεί στη μετατραυματική ανάπτυξη (Keitel & Korala, 2000). Άλλωστε, το μοίρασμα των σκέψεων και των συναισθημάτων γύρω από ένα γεγονός βοηθά το άτομο να αντιληφθεί νέους τρόπους αντιμετώπισης του τραύματος (Lepore et al., 1996) και να αποκτήσει έλεγχο πάνω στα αρνητικά του συναισθήματα (Lepore, 2001). Επαγωγικά, η έλλειψη κοινωνικών περιορισμών, η συζήτηση για την ασθένεια και η κοινωνική υποστήριξη από τον σύντροφο ή ομοιοπαθούσες ευνοούν τη μετατραυματική ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1995; Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004, Koutrouli et al., 2012, Weiss, 2004, Sabiston, McDonough, & Crocker, 2007, McDonough, Sabiston & Ullrich- French, 2011, Holland & Holahan, 2003, Nausheen, Gidron, Peveler & Moss- Morris, 2009; McDonough et al., 2014).

Παρόλο το θεωρητικό υπόβαθρο που υποδείκνυε ότι η μετατραυματική ανάπτυξη θα σχετίζεται αρνητικά με την ύπαρξη κοινωνικών περιορισμών, η παρούσα έρευνα δεν εντόπισε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές παραμέτρους. Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί στις παρακάτω γραμμές. Πρώτα από όλα, παρόλο που η κοινωνική αλληλεπίδραση θεωρείται ένας παράγοντας που διευκολύνει την ανάπτυξη (Tedeschi & Calhoun, 1995; Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004), μπορεί να μην αποτελεί τον πιο σημαντικό. Για την ακρίβεια, σύγχρονες έρευνες που μελετούν τον ρόλο των

ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης, έχουν εντοπίσει ότι η συνολική κοινωνική υποστήριξη (Bozo et al., 2009; Cordova et al., 2001; Weiss, 2004) η ποιότητα στην επικοινωνία, την επαφή και τη συζήτηση εντός μιας συζυγικής σχέσης (Manne et al., 2004) δε σχετίζονται με τη μετατραυματική ανάπτυξη. Συνεπώς, η βίωση περιορισμών στην επικοινωνία και την έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων, καθώς και οι αρνητικές αντιδράσεις των σημαντικών άλλων- η έλλειψη δηλαδή κοινωνικής υποστήριξης- μπορεί να μην επηρεάζει την ανάπτυξη του ατόμου. Επιπλέον, η σχετικά πρόσφατη έρευνα των Cordova και συνεργατών (2007) έδειξε ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί δεν προέβλεπαν την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Παρομοίως, στην έρευνα των Nenona και συνεργατών (2013), βρέθηκε ότι ο βαθμός στον οποίο οι επιζώντες του καρκίνου αισθάνονταν κοινωνικά περιορισμένοι δε σχετιζόταν με το επίπεδο μετατραυματικής ανάπτυξης που βίωναν. Αυτό που μπορεί να υποστηριχθεί είναι ότι δεν διακατέχονται όλοι οι επιζώντες ενός τραύματος από την ίδια ανάγκη να λάβουν κοινωνική υποστήριξη και να αποκαλύψουν στους σημαντικούς τους άλλους σκέψεις και συναισθήματα έτσι ώστε να ανακάμψουν από το τραυματικό γεγονός (Silver & Wortman, 1980). Μόνο όσοι θεωρούν ότι τους είναι σημαντικό και απαραίτητο να μοιραστούν τις ανησυχίες τους σε σχέση με την ασθένειά τους θα επηρεαστούν αρνητικά από τις μη βοηθητικές συμπεριφορές των ανθρώπων του περιβάλλοντός τους (Lepore & Helgeson, 1998). Συνεπώς, η εμπειρία της μετατραυματικής ανάπτυξης μπορεί να μην επηρεαστεί από τους κοινωνικούς περιορισμούς που βιώνει ένα άτομο, αν το άτομο αυτό δε χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή ανάγκη να αποκαλύψει στους άλλους όσα το απασχολούν σχετικά με την ασθένειά του. Ενώσω λοιπόν το συγκεκριμένο εύρημα δεν ήταν αναμενόμενο σύμφωνα με τις ερευνητικές μας υποθέσεις, μπορεί να εξηγηθεί επαρκώς από ευρήματα άλλων σχετικών ερευνών.

5.1.3. Ευρήματα για τη σχέση ανάμεσα στη μετατραυματική διαταραχή και τη μετατραυματική ανάπτυξη

Όπως αναφέρθηκε και στο εισαγωγικό μέρος, η μετατραυματική ανάπτυξη και η μετατραυματική διαταραχή του στρες αποτελούν δύο πιθανά αποτελέσματα της εμπειρίας του καρκίνου του μαστού. Και ενόσω σε θεωρητικό επίπεδο υποστηρίζεται ότι τα δύο αυτά φαινόμενα συσχετίζονται, ιδιαίτερα στην περίπτωση ογκολογικών ασθενών οι έρευνες στο χώρο της Ψυχο-ογκολογίας αναφέρουν αντιφατικά ευρήματα. Στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι το μετατραυματικό στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη δε σχετίζονταν. Τα εν λόγω ευρήματα επιβεβαιώνουν την ερευνητική μας υπόθεση, ενώ εμφανίζονται και σε σημαντικές έρευνες (όπως των Cordova, Cunningham, Carlson, 2001; Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi & Calhoun, 2003). Τα ίδια συμπεράσματα διατυπώθηκαν και από μια έρευνα που μελέτησε τις δύο αυτές μεταβλητές σε ένα δείγμα αποτελούμενο από ογκολογικούς ασθενείς με διαφορετικές διαγνώσεις που υπεβλήθησαν σε μεταμόσχευση μυελού των οστών (Widows et al, 2005), καθώς και στην πρόσφατη έρευνα των Ho, Chan, Yau & Yeung (2011) που μελέτησε μεταξύ άλλων τη σύνδεση ανάμεσα στη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Σε άλλες όμως έρευνες παρατηρείται η ύπαρξη είτε μιας ασταθούς (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006; Linley & Joseph, 2004; Stanton, Bower & Low, 2006; Zoellner & Maercker, 2006), είτε μιας καμπυλόγραμμης σχέσης ανάμεσα στη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μετατραυματική ανάπτυξη (Butler, 2007, Lechner, Carver, Antoni, Weaver & Phillips, 2006). Διαφορές στο μεθοδολογικό σχεδιασμό, όπως το είδος της μελέτης (διαχρονική ή μη), ο ακριβής χρόνος μέτρησης του εκάστοτε φαινομένου και η ποικιλία στις διαγνώσεις καρκίνου στους συμμετέχοντες έχουν κατά καιρούς κατηγορηθεί για τα αντιφατικά αυτά ευρήματα (Koutrouli et al., 2012).

Επίσης, κάποιες έρευνες παρατήρησαν ότι όταν μια ασθενής έχει εμφανίσει μετατραυματικό στρες ως αντίδραση στη διάγνωση του

καρκίνου του μαστού, είναι πιο πιθανό να εμφανίσει αργότερα υψηλά επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης (Bellizzi & Blank, 2006; Cordova et al., 2001; Manne et al., 2004). Καθώς όμως η παρούσα έρευνα δεν είναι διαχρονική, δεν μπορεί να ελεγχθεί κατά πόσο ένα άτομο το οποίο σε αρχικά στάδια της επαφής του με την ασθένεια εμφανίζει μετατραυματικό στρες θα οδηγηθεί μεταγενέστερα σε μετατραυματική ανάπτυξη.

Επίσης, από την παρούσα έρευνα φάνηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική αρνητική διαφορά ($t = -2.68$, $p \leq 0.01$) στα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης ανάμεσα στις γυναίκες που λάμβαναν σκορ στην κλίμακα για το μετατραυματικό στρες άνω του 50 και αυτές που λάμβαναν σκορ κάτω του 50. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι όταν μια γυναίκα εμφανίζει υψηλό μετατραυματικό στρες είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίζει ταυτόχρονα υψηλά επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης. Και άλλες έρευνες σε άτομα με ιστορικό ποικιλίας τραυμάτων υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες εμφανίζει το άτομο, τόσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της μετατραυματικής ανάπτυξης του (Aldwin, Levenson & Spiro, 1994; Frazier, Conlon, Glaser, 2001; Ickovics, Meade, Kershaw, Milam, Lewis & Ethier, 2006). Αντίθετα ευρήματα όμως έχουν διατυπωθεί από τους Cordova και Andrykowski (2003).

Περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων έδειξε πως μόνο ορισμένοι παράγοντες που συναποτελούν τα δύο φαινόμενα σχετίζονται μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, ο παράγοντας της μετατραυματικής ανάπτυξης «Προσωπική δύναμη» βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με τον παράγοντα του μετατραυματικού στρες «Αποφυγή» ($r = -0,153$, $p = 0.029$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι όταν μια ασθενής αποφεύγει συστηματικά να εκτεθεί σε ερεθίσματα, πρόσωπα, καταστάσεις και συζητήσεις που της θυμίζουν την ασθένειά της, βιώνει χαμηλότερο βαθμό μετατραυματικής ανάπτυξης στον τομέα της προσωπικής της δύναμης. Το γεγονός ότι αποφεύγει να έρθει αντιμέτωπη με την ίδια της την ασθένεια της στερεί την αίσθηση ότι είναι πιο δυνατή πια. Όντως, σύγχρονες έρευνες

δείχνουν ότι όταν ένα άτομο που επιβίωσε από ένα σημαντικό τραύμα δεν εκτίθεται σε αυτό, μέσω για παράδειγμα της έκφρασης συναισθημάτων και σκέψεων σε σημαντικούς άλλους, βιώνει μικρότερο βαθμό ανάπτυξης (McDonough et al., 2014). Ταυτόχρονα, η αποφυγή του ερεθίσματος αυξάνει σημαντικά την ψυχική δυσφορία του ατόμου. Όπως είναι γνωστό, ενόσω απαιτείται ένας βαθμός ψυχικής δυσφορίας για την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης (Calhoun & Tedeschi, 2004), όταν η ψυχική δυσφορία ξεπερνά τα ανεκτά επίπεδα, περιορίζεται η μετατραυματική ανάπτυξη (Tedeschi, 2004). Συνεπώς, το εν λόγω εύρημα υποστηρίζεται θεωρητικά και ερευνητικά.

Επίσης, οι παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης «Εκτίμηση ζωής» και «Πνευματική αλλαγή» βρέθηκε ότι σχετίζονται θετικά με τον παράγοντα του μετατραυματικού στρες «Επαναβίωση» (αντίστοιχα: $r=0,170$, $p=0.016$ και $r=0,154$, $p=0.029$). Όπως αναφέρεται στο θεωρητικό πλαίσιο και υποστηρίζεται από προγενέστερες έρευνες, η επαναβίωση του τραύματος, μέσα από την εισβολή παρεισφρητικών σκέψεων, εικόνων και αναμνήσεων, είναι μια κατάσταση που προκαλεί ψυχική δυσφορία (Anagnostopoulos et al., 2010), αλλά ταυτόχρονα αποτελεί ένα είδος ακούσιας γνωστικής επεξεργασίας του τραύματος (Andrykowski et al., 2000) που ευνοεί τη νοηματοδότηση και την αποδοχή του τραύματος, τον εντοπισμό θετικών αλλαγών μετά από την επαφή με το τραύμα, καθώς και την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης (Calhoun & Tedeschi, 2010). Άλλωστε, η μετατραυματική ανάπτυξη είναι αποτέλεσμα της γνωστικής επεξεργασίας στην οποία υποβάλλει το άτομο το ερέθισμα, τόσο σε ακούσιο όσο και σε εκούσιο επίπεδο (Calhoun & Tedeschi, 2006). Είναι συνεπώς εύλογα τα συγκεκριμένα ευρήματα και υποστηρίζονται από την προϋπάρχουσα ερευνητική πορεία.

Συνοψίζοντας, το μετατραυματικό στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη όντως παρουσιάζονται σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, ενώ και οι δύο καταστάσεις υποδηλώνουν ότι η ασθενής αντιλαμβάνεται την ασθένειά της ως τραυματική. Παρόλο αυτά, η σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες δεν είναι ακόμα ξεκάθαρη. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αυτές οι μεταβλητές δε σχετίζονται, ενώ άλλοι

αναφέρουν ότι μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα στη ζωή ενός ατόμου. Σύμφωνα με τους Cordova et al. (2007), το μοναδικό κοινό στοιχείο ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές είναι ότι εμφανίζονται σε άτομα που αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους ως στρεσογόνο ερέθισμα, ενώ αυτή η υποκειμενική αντίληψη της απειλής από την ασθένεια αποτελούσε και τον μοναδικό κοινό προγνωστικό τους παράγοντα. Παρόλο αυτά, τα ερευνητικά ευρήματα είναι ανεπαρκή και περιορισμένα, για το λόγο αυτό δεν είναι εφικτό να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα.

5.1.4. Ευρήματα σχετικά με τις σταθμίσεις των ερωτηματολογίων

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν συνολικά δώδεκα ερωτηματολόγια. Τα περισσότερα ερωτηματολόγια είχαν επίσημες μεταφράσεις στα ελληνικά και είχαν ήδη σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό. Για τέσσερα όμως ερωτηματολόγια ακολουθήθηκε η διαδικασία προσαρμογής και στάθμισης στην ελληνική γλώσσα. Πιο συγκεκριμένα, ένας από τους ερευνητικούς σκοπούς ήταν να ελεγχθούν οι ψυχομετρικές ιδιότητες για τα εξής ερωτηματολόγια:

1. Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας (Adult Hope Scale- AHS)
2. Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης (Rumination Reflection Questionnaire- RRQ)
3. Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης (State Level Measure of Reflection and Brooding)
4. Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale- SCS)

Μάλιστα, για την Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών (Social Constraints Scale- SCS) διενεργήθηκε διερευνητική και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση και μελετήθηκε η κατά κριτήριο εγκυρότητα, ενώ υπήρξε στενή συνεργασία κατά τη συγγραφή μιας δημοσίευσης για τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ελληνικού ερωτηματολογίου με τον κατασκευαστή της πρωτότυπης κλίμακας Dr. Stephen Lepore. Ο κατασκευαστής της

κλίμακας έδωσε στην υπογράφουσα τα δικαιώματα μετάφρασης και διακίνησης της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας, η οποία ονομάστηκε Greek Social Constraints Scale (G-SCS). Το ερωτηματολόγιο αυτό θα σχολιαστεί ξεχωριστά.

Πιο αναλυτικά, για τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση όλων των ερωτηματολογίων ακολουθήθηκε η μέθοδος της παραγοντοποίησης κυρίαρχου άξονα με λοξή περιστροφή τύπου Promax. Ελέγχθηκαν κατόπιν τα αποτελέσματα της ανάλυσης ως προς τις τιμές των communalities, εντοπίστηκε ο αριθμός των παραγόντων με ιδιοτιμή άνω του 1, ελέγχθηκε το ποσοστό της διασποράς που εξηγούσαν αθροιστικά οι παράγοντες, μελετήθηκε η γραφική παράσταση 'scree plot' και με βάση αυτά τα στοιχεία αποφασίστηκε ο τελικός αριθμός των παραγόντων που εξηγούσαν καλύτερα τη δομή του κάθε ερωτηματολογίου. Στην πορεία πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση με υποχρεωτική διεξαγωγή όσων παραγόντων είχαν κατά περίπτωση αποφασιστεί ως απαραίτητοι. Κατόπιν, ελέγχθηκε εκ νέου το ποσοστό της διασποράς που εξηγούσαν οι παράγοντες και σε κάθε παράγοντα τοποθετήθηκαν τα ερωτήματα που είχαν υψηλή φόρτιση. Τέλος, ανάλογα με την εννοιολογική δομή ονομάστηκε ο κάθε παράγοντας.

Για δύο από τα τρία πρώτα ερωτηματολόγια (Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης και Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης) βρέθηκε ότι η μετάφραση τους στα ελληνικά ακολουθούσε την ίδια παραγοντική δομή όπως σε κάθε πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης βρέθηκε ότι αναλύεται σε δύο παράγοντες. Ο πρώτος μετρούσε τον Συλλογισμό και ο δεύτερος την Αντανάκλαση, και κάθε παράγοντας περιελάμβανε τα ίδια ερωτήματα όπως και στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Το ίδιο ίσχυε και για το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης – Επίπεδο κατάστασης, όπου και πάλι οι δύο παράγοντες (Συλλογισμός και Αντανάκλαση αντίστοιχα) είχαν ίδιο περιεχόμενο με αυτό του πρωτότυπου ερωτηματολογίου. Μόνο για το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης

του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας εντοπίστηκε διαφορά ανάμεσα στην παραγοντική δομή του μεταφρασμένου και του πρωτότυπου ερωτηματολογίου. Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αναλύεται σε δύο παράγοντες με όνομα Δρόμοι (ερωτήματα 1, 4, 6, 8) και Δράση (ερωτήματα 2, 9, 10, 12) αντίστοιχα. Όμως, σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση, φαίνεται πως η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου εξηγείται καλύτερα με έναν παράγοντα, ο οποίος ονομάστηκε Ελπίδα.

Μετά την ολοκλήρωση της παραγοντικής ανάλυσης εξετάστηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τους παράγοντες που ανέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση κάθε ερωτηματολογίου. Και στα τρία ερωτηματολόγια η αξιοπιστία κρίθηκε ως ικανοποιητική, λαμβάνοντας υπ' όψη τις τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha. Για το Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας για τον πρώτο παράγοντα ήταν 0.824 και για τον δεύτερο παράγοντα ήταν 0.816, ενώ οι συσχετίσεις μεταξύ των δύο παραγόντων ήταν στατιστικώς μη σημαντικές ($r = 0.093$, $Sig = 0.187$), γεγονός που υπονοεί ότι το παρόν ερωτηματολόγιο μετρά όντως δύο διαφορετικές μεταξύ τους διαστάσεις της εκούσιας γνωστικής επεξεργασίας. Ανάλογα ευρήματα έχουν καταγραφεί και από τους Trapnell & Campbell (1999), οι οποίοι σημείωσαν ότι οι τιμές για τους δείκτες εσωτερικής συνέπειας κυμαίνονταν από 0.88 έως 0.90 και από 0.91 έως 0.94 στις υποκλίμακες Συλλογισμός και Αντανάκλαση αντίστοιχα.

Για το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης-Επίπεδο Κατάστασης, οι δύο παράγοντες είχαν ικανοποιητική τιμή του δείκτη εσωτερικής συνέπειας. Ο πρώτος παράγοντας είχε τιμή 0.830 και ο δεύτερος 0.838. Οι συσχετίσεις μεταξύ των δύο παραγόντων αυτού του ερωτηματολογίου ήταν μικρού βαθμού, στατιστικώς σημαντικές ($r = 0.176$), γεγονός που υποδεικνύει ότι το ερωτηματολόγιο μετρά όντως δύο σχετικές, αλλά διαφορετικές μεταξύ τους διαστάσεις της εκούσιας γνωστικής επεξεργασίας. Οι τιμές των δεικτών αξιοπιστίας της μεταφρασμένης κλίμακας κρίνονται ως αποδεκτές, καθώς ανάλογα

ευρήματα έχουν καταγραφεί και από τους κατασκευαστές της κλίμακας, οι οποίοι αναφέρουν ότι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της υποκλίμακας Συλλογισμός είναι 0.89, ενώ για την υποκλίμακα Αντανάκλαση είναι 0.77 (McFarland & Buehler, 1998).

Τέλος, το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας είχε επίσης ικανοποιητική αξιοπιστία με τιμή του δείκτη εσωτερικής συνέπειας 0.890. Ανάλογα ευρήματα έχουν καταγραφεί από άλλους ερευνητές οι οποίοι κατέγραψαν ότι το ερωτηματολόγιο έχει αποδεκτή εγκυρότητα εσωτερικής συνοχής, με τιμές από 0.78 έως 0.88 για το σύνολο της κλίμακας, από 0.70 έως 0.96 για την κλίμακα Δράση και για την κλίμακα Δρόμοι από 0.63- 0.99 (Babyak et al., 1993; Gana et al., 2013; Gilman, Schumm & Chard, 2012; Snyder et al., 1991).

Κατόπιν, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της συγκλίνουσας εγκυρότητας (convergent validity) εξετάζοντας τη σχέση κάθε ερωτηματολογίου με εννοιολογικά παρόμοιες διαστάσεις, χρησιμοποιώντας τους συντελεστές συνάφειας του Pearson. Και στα τρία ερωτηματολόγια φάνηκε ότι η συγκλίνουσα εγκυρότητα ήταν ικανοποιητική. Πιο αναλυτικά, το Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης και το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Συλλογισμού και Αντανάκλασης- Επίπεδο Κατάστασης ελέγχθηκαν ως προς τη συσχέτισή τους με τις παρεισφορητικές σκέψεις, μια μορφή δηλαδή γνωστικής επεξεργασίας (Calhoun and Tedeschi, 2006) και βρέθηκε ότι σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά. Ενώ για το Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας ελέγχθηκε κατά πόσον σχετίζεται με την ανάλογη έννοια της Αισιοδοξίας. Και σε αυτή την περίπτωση βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Με βάση τα προαναφερθέντα ευρήματα, η συγκλίνουσα εγκυρότητα των τριών αυτών ερωτηματολογίων κρίθηκε ως ικανοποιητική και αποδεκτή.

Κλείνοντας το υποκεφάλαιο σχετικά με τα ευρήματα από τη διαδικασία στάθμισης των ερωτηματολογίων, θα σχολιάσουμε ξεχωριστά τα αποτελέσματα αναφορικά με την Κλίμακα Κοινωνικών Περιορισμών. Ως προς την παραγοντική δομή της Κλίμακας, διενεργώντας διερευνητική

παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο της παραγοντοποίησης κυρίαρχου άξονα με λοξή περιστροφή τύπου Promax, παραγοντική ανάλυση κυρίου άξονα με υποχρεωτική διεξαγωγή τριών παραγόντων αλλά και επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο Parallel Analysis, κατέστη σαφές ότι η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου αναλύεται σε τρεις παράγοντες και όχι σε έναν όπως συμβαίνει με το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Το εν λόγω εύρημα αποτελεί μια ξεχωριστή συμβολή στη σύγχρονη, διεθνή έρευνα, καθώς αναθεωρεί τη δομή ενός εγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Άλλωστε, τα παρόντα ευρήματα της παραγοντικής ανάλυσης μπορούν να εξηγηθούν από τη σχετική βιβλιογραφία και έγιναν αποδεκτά από τον κατασκευαστή της πρωτότυπης κλίμακας.

Το γεγονός ότι η έννοια των κοινωνικών περιορισμών είναι πολυπαραγοντική εντοπίζεται σε προγενέστερο κείμενο του δημιουργού της κλίμακας. Σύμφωνα με τους Lepore και συνεργάτες (1996), μπορούν να οριστούν τρεις τύποι κοινωνικών περιορισμών: πρώτον, έλλειψη ατόμων διαθέσιμων να συζητήσουν για το τραυματικό γεγονός, δεύτερον ακατάλληλες/ μη βοηθητικές συμπεριφορές από το κοινωνικό δίκτυο και τρίτον, συμπεριφορές αποφυγής στη συζήτηση για το τραύμα από τους άλλους. Σύμφωνα με την παρούσα παραγοντική ανάλυση, δύο από αυτούς τους τρεις τύπους κοινωνικών περιορισμών διαφάνηκαν (ακατάλληλες/μη βοηθητικές συμπεριφορές και αποφυγή). Αυτού του είδους οι αρνητικά φορτισμένες κοινωνικές αντιδράσεις έχουν επίσης περιγραφεί και από άλλους ερευνητές. Για παράδειγμα, οι Wortman και Lehman (1985) υποστήριξαν ότι ένα είδος περιορισμού στην αποκάλυψη πληροφοριών και συναισθημάτων σχετικά με το τραύμα εμφανίζεται όταν οι σημαντικοί άλλοι αποφεύγουν τον επιζώντα του τραύματος, επειδή νιώθουν απειλή ή δυσφορία από το τραυματικό γεγονός που εκείνος βίωσε. Επίσης, οι Pasipanodya και συνεργάτες (2012) αναφέρθηκαν στη συμπεριφορά έλλειψης ενδιαφέροντος σαν ένα είδος αντιληπτής αρνητικής συμπεριφοράς η οποία εμποδίζει την εποικοδομητική επικοινωνία και συσχέτιση με τους άλλους. Τέλος, ένα ακόμα είδος κοινωνικών περιορισμών που παρατηρήθηκε από την παραγοντική

ανάλυση ήταν οι συμπεριφορές προτροπής προς την ασθενή να αποσπάσει την προσοχή της από τα συναισθήματα ή τις σκέψεις σχετικά με την ασθένεια και να τα κρύψει ή να προσποιηθεί. Μια τέτοια συμπεριφορά προσποίησης έχει περιληφθεί και από τον Ullman (2001) στο Ερωτηματολόγιο Αρνητικών Συμπεριφορών που κατασκεύασε. Λαμβάνοντας υπ' όψιν αυτές τις πληροφορίες, μπορεί να υποστηριχθεί επαρκώς η εξαγωγή τριών παραγόντων στο παρόν ερωτηματολόγιο. Παρ' όλο αυτά, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να επιβεβαιωθεί αυτή η παραγοντική δομή.

Σχετικά με την αξιοπιστία της μεταφρασμένης κλίμακας, οι τιμές του δείκτη εσωτερικής συνέπειας ήταν ικανοποιητικές και κυμαίνονταν από 0.77 έως 0.88. Ανάλογα ευρήματα έχουν σημειωθεί για την αξιοπιστία της μονοδιάστατης πρωτότυπης κλίμακας, με διακυμάνσεις στις τιμές του δείκτη Cronbach's alpha από 0.77 (Lepore et al., 1996) έως $\alpha = 0.95$ (Smhimdt & Andrykowski, 2004).

Ως προς την εγκυρότητα της κλίμακας ελέγχθηκε η κατά κριτήριο εγκυρότητα, εξετάζοντας τη σχέση ανάμεσα στους κοινωνικούς περιορισμούς, τις παρεισφρητικές σκέψεις και την ψυχική δυσφορία. Πιο αναλυτικά, όταν ένα άτομο βιώνει κοινωνικούς περιορισμούς δεν μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις παρεισφρητικές σκέψεις και την ψυχική δυσφορία από το τραύμα (Clark, 1993) και συνεπώς στερείται την ευκαιρία να ανακαλύψει ένα πιο θετικό νόημα στην εμπειρία του (Tait & Silver, 1989). Σαν αποτέλεσμα, η γνωστική επεξεργασία της ασθένειας παραμένει ανολοκλήρωτη, γεγονός που είναι εμφανές από την ύπαρξη παρεισφρητικών ιδεών (Horowitz, 1997), ενώ παραμένουν ανοιχτά τα περιθώρια για την εκδήλωση ψυχικής δυσφορίας. Όντως, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έδειξε ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί σχετίζονται θετικά με την ψυχική δυσφορία (Kratz et al., 2010; Agustosdottir et al., 2010, Lewis et al., 2006, Nenova, DuHamel, Zemon, Rini & Redd, 2013, Cordova et al., 2007, Zakowski et al., 2004) και με τις παρεισφρητικές ιδέες (Agustosdottir et al., 2010; Belsher, Ruzek, Bongar & Cordova, 2012; Braitman et al.,

2008; Lepore & Helgeson, 1998; Lepore 1997b; Lepore et al., 1996; Zakowski et al., 2003).

Βασιζόμενοι στο προϋπάρχον θεωρητικό υπόβαθρο, χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια που μετρούν τις παρεισφρητικές σκέψεις και εικόνες (IES-Intrusion subscale) και την ψυχική δυσφορία (PD) για τον έλεγχο της κατά κριτήριο εγκυρότητας. Η υπόθεση ήταν ότι οι κλίμακες αυτές θα σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και θετικά μεταξύ τους. Όντως, οι αναλύσεις συσχέτισης έδειξαν ότι οι κλίμακες σχετίζονται σημαντικά και θετικά μεταξύ τους (SCS & IES- Intrusions: $r=.461$ $p\leq 0.001$, SCS & PD: $r=.544$, $p\leq 0.001$). Ως εκ τούτου, η έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες βιώνουν κοινωνικούς περιορισμούς έχουν επίσης υψηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας και παρεισφρητικών ιδεών. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί από πληθώρα ερευνών (Danoff-Burg et al., 2004; Lepore 2001; Lepore et al., 1996; Lepore & Helgeson, 1998; Schmidt & Andrykowski, 2004; Ullrich, Lutgendorf & Stapleton, 2002).

Συνολικά, και τα τέσσερα ερωτηματολόγια που μεταφράστηκαν στα ελληνικά φάνηκε ότι είχαν ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και αποδεκτή εγκυρότητα, συγκλίνουσα ή κατά κριτήριο ανά περίπτωση. Η παραγοντική δομή των ερωτηματολογίων, άλλοτε ακολουθούσε τη δομή των πρωτότυπων ερωτηματολογίων και άλλοτε ήταν καινοτόμος. Σε κάθε όμως περίπτωση, τα εν λόγω ερωτηματολόγια αξιολογούνται ως κατάλληλα για να μετρήσουν τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που αφορούν στη θεματολογία και τις υποθέσεις της παρούσας έρευνας.

5.2. Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της παρούσας έρευνας

Η πλήρης αξιολόγηση της παρούσας μελέτης περιέχει τα παρακάτω αναγραφόμενα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ως προς τους περιορισμούς της έρευνας, οι κυριότεροι θεωρούνται οι εξής:

α) Η μελέτη, που αφορούσε στη διερεύνηση της σχέσης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με τα επίπεδα μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες

που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, στο σχεδιασμό της ήταν συγχρονική και όχι προοπτική. Ως γνωστόν, ο εν λόγω σχεδιασμός δεν επιτρέπει τη διερεύνηση της κατεύθυνσης των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών (π.χ. αν οι δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες οδηγούν σε υψηλά επίπεδα μετατραυματικής διαταραχής του στρες ή το αντίθετο) και τη διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ύπαρξη αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Ωστόσο, η χρήση πολυπαραγοντικών αναλύσεων και συγκεκριμένα η χρήση πολλαπλών ιεραρχικών παλινδρομήσεων βοήθησε στην εξουδετέρωση των συγχυτικών παραγόντων και στη μελέτη της επίδρασης μιας ανεξάρτητης μεταβλητής αφού λήφθηκε υπόψη η δράση άλλων ανεξάρτητων μεταβλητών (π.χ. μελετήθηκε η δράση των στρατηγικών αντιμετώπισης αφού λήφθηκε υπόψη η δράση της ακούσιας γνωστικής επεξεργασίας).

β) Το δείγμα των γυναικών με καρκίνο του μαστού προήλθε μόνο από ένα κέντρο μαστού δημοσίου νοσοκομείου στην Αθήνα. Συνεπώς, το δείγμα θα μπορούσε να μην είναι αντιπροσωπευτικό του συνολικού πληθυσμού των γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα. Ωστόσο, φαίνεται ότι το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από γυναίκες με ποικίλα δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν παρόμοια δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων προηγούμενων παρόμοιων μελετών που διεξήχθησαν στην Ελλάδα (όπως των Mystakidou et al., 2007). Ως εκ τούτου, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το δείγμα γυναικών με καρκίνο του μαστού της παρούσας μελέτης φαίνεται να είναι μερικώς τουλάχιστον αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των γυναικών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.

γ) Το δείγμα των γυναικών με καρκίνο του μαστού συνίστατο μόνο από συμμετέχουσες οι οποίες επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία του Κέντρου μαστού του νοσοκομείου για τον τακτικό ιατρικό τους έλεγχο. Η στάθμιση των ερωτηματολογίων και η μελέτη της σχέσης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με το μετατραυματικό στρες και την μετατραυματική ανάπτυξη διενεργήθηκε χρησιμοποιώντας μόνο δείγμα

γυναικών που επέλεξαν να ελέγχονται τακτικά και όχι με γυναίκες που δεν φρόντιζαν τον ιατρικό τους έλεγχο. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελεί ένδειξη της ψυχικής τους κατάστασης και συνεπώς να επηρεάζει πρωτογενώς τις απαντήσεις τους στα ερωτηματολόγια. Επίσης, καθώς οι συμμετέχουσες υποβάλλονταν σε ιατρικές εξετάσεις κατά την περίοδο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, η διαδικασία των εξετάσεων και της αναμονής ή λήψης των αποτελεσμάτων μπορεί να ασκούσε επίδραση στον τρόπο με τον οποίο απαντούσαν στα ερωτηματολόγια.

δ) Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να συμπληρώσουν με αυθορμητισμό και ειλικρίνεια τα ερωτηματολόγια χωρίς να συνεργαστούν ή να συζητήσουν τις απαντήσεις τους με τους σημαντικούς άλλους της ζωής τους. Ωστόσο, η πιθανότητα συνεργασίας με κάποιον άλλον για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν μπορεί να αποκλειστεί πλήρως. Συνεπώς, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων μπορεί να έχουν επηρεαστεί από εξωτερικούς παράγοντες και τελικά οι απαντήσεις να μην είναι ειλικρινείς και αυθόρμητες. Συμπερασματικά, δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο σφάλματος κοινωνικής αποδοχής (social desirability bias) ή το ενδεχόμενο σφάλματος αναφοράς (reporting bias). Επιπρόσθετα, παρόλο που η δειγματοληψία ήταν τυχαία και το ποσοστό των μη συμμετεχόντων ήταν χαμηλό, δεν μπορεί να αποκλειστεί πλήρως η πιθανότητα σφάλματος ανταπόκρισης (response bias) καθώς ενδέχεται ένα ποσοστό των γυναικών που δε δέχτηκαν να συμμετάσχουν να ήταν γυναίκες με πολύ υψηλό επίπεδο μετατραυματικού στρες ή με πολύ χαμηλό επίπεδο μετατραυματικής ανάπτυξης. Μάλιστα, παρατηρήθηκε από την ερευνήτρια ότι ένα μικρό ποσοστό των γυναικών που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην μελέτη ήταν γυναίκες με έκδηλη συναισθηματική αναστάτωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους.

ε) Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας έγινε με την αποκλειστική χρήση ερωτηματολογίων. Δεν διενεργήθηκαν παράλληλα συνεντεύξεις των ατόμων από την ερευνήτρια ώστε να επιτευχθεί ακριβής μέτρηση των επιπέδων του μετατραυματικού στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης ακολουθώντας τη μέθοδο των σταθμισμένων συνεντεύξεων. Συνεπώς, οι αναφορές και οι δηλώσεις των ίδιων των

συμμετεχόντων σχετικά με τα επίπεδα μετατραυματικού στρες, μετατραυματικής ανάπτυξης, αλλά και των υπολοίπων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών είναι πιθανό να ήταν υποκειμενικές και εν τέλει να μην ήταν πάντα ακριβείς. Παρόλο αυτά να επισημάνουμε ότι με την απουσία παρέμβασης του συνεντευκτή αποφεύχθηκε το συστηματικό σφάλμα που οφείλεται στην παρουσία ή στην αντίληψη του συνεντευκτή (interviewer bias).

Στ) τέλος, ένας ακόμα περιορισμός της παρούσας έρευνας σχετίζεται με τον τρόπο μέτρησης της μετατραυματικής ανάπτυξης. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο PTGI που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα δεν μετρά τις αρνητικές συνέπειες της τραυματικής εμπειρίας, αλλά ούτε και τις επιπτώσεις, θετικές και αρνητικές, της μετατραυματικής ανάπτυξης στη ζωή των ατόμων. Συνεπώς δεν είναι δεδομένο κατά πόσον η ύπαρξη μετατραυματικής ανάπτυξης αποκλείει τη βίωση κάθε δυσάρεστης πλευράς της ασθένειας.

Κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων ελήφθησαν σοβαρά υπόψη οι παραπάνω περιορισμοί, οι οποίοι όμως δε θεωρούνται ικανοί για να εμποδίσουν τη γενίκευση των ευρημάτων μας στον πληθυσμό των γυναικών με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα.

Παρά τους προαναφερόμενους περιορισμούς αυτούς, η μελέτη διακρίνεται από αρκετά πλεονεκτήματα:

α) Αρχικά, το μέγεθος του δείγματος κρίθηκε περισσότερο από ικανοποιητικό ώστε να επιτευχθούν όλοι οι ερευνητικοί σκοποί (στάθμιση ερωτηματολογίων, ανεύρεση διαφορών ανάμεσα σε ομάδες του δείγματος, συσχετίσεις ανάμεσα σε ψυχοκοινωνικές μεταβλητές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις) και να ελεγχθούν όλες οι ερευνητικές υποθέσεις. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η παρούσα έρευνα υπερτερεί έναντι προηγούμενων μελετών που εξέτασαν τη σχέση των ψυχολογικών παραγόντων με τη συναισθηματική αντίδραση των γυναικών με καρκίνο του μαστού, καθώς σπάνια συμπεριλαμβάνεται τόσο υψηλός αριθμός συμμετεχόντων (202 γυναίκες).

β) Επιπλέον, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη παρούσα μελέτη είχαν ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, η πλειοψηφία των

ερωτηματολογίων είχαν επίσημη ελληνική μετάφραση, ενώ για όσα ερωτηματολόγια δεν ήταν μεταφρασμένα στην Ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε η ενδεδειγμένη διαδικασία προσαρμογής και στάθμισης.

γ) Ένα ακόμα πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης ήταν η χρήση πολυπαραγοντικών στατιστικών αναλύσεων και συγκεκριμένα η χρήση πολλαπλών ιεραρχικών παλινδρομήσεων που βοήθησε στην εξουδετέρωση των συγχυτικών παραγόντων και στη μελέτη της επίδρασης μιας ανεξάρτητης μεταβλητής αφού λήφθηκε υπόψη η δράση άλλων ανεξάρτητων μεταβλητών (π.χ. μελετήθηκε η δράση των στρατηγικών αντιμετώπισης αφού λήφθηκε υπόψη η δράση της ακούσιας γνωστικής επεξεργασίας)

δ) Τέλος, η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μια πρωτοποριακή σύνθεση των παραδοσιακών στο χώρο της ψυχο- ογκολογίας θεωριών για τη δημιουργία του μετατραυματικού στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Για το λόγω αυτό, το μοντέλο που πρότεινε και ήλεγξε η παρούσα έρευνα έτυχε θετικής αξιολόγησης από εξέχοντες, διεθνείς ερευνητές του χώρου, όπως ο Dr. Stephen Lepore και ο Dr. Matthew Cordova. Άλλωστε, τόσο στα ελληνικά, όσο και στα παγκόσμια δεδομένα σπανίζουν οι έρευνες που συνδυάζουν τη μελέτη της μετατραυματικής διαταραχής του στρες ταυτόχρονα με τη μετατραυματική ανάπτυξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Ενδεικτικά να αναφέρουμε ότι από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση εντοπίστηκαν μοναχά δύο έρευνες στις διεθνείς βάσεις δεδομένων που πληρούσαν ουσιώδεις προϋποθέσεις και μελετούσαν τα δύο αυτά φαινόμενα στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Αναμφίβολα λοιπόν, η παρούσα έρευνα αποτελεί μια πηγή πληροφοριών που καλούνται νέες έρευνες να αξιοποιήσουν, να ελέγξουν και να επαναλάβουν με καινοτόμο ερευνητικό σχεδιασμό για να εξαχθούν περαιτέρω συμπεράσματα.

5.3. Προτάσεις για την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας από ειδικούς ψυχικής υγείας

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα κυρίαρχα ευρήματα των στατιστικών αναλύσεων που διεξήχθησαν στα δεδομένα της παρούσας έρευνας, μπορούν να εξαχθούν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

Α) ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού εμφάνιζε μετατραυματική διαταραχή του στρες (4.9%) ακολουθώντας τη διαγνωστική μέθοδο του κατώτερου σημείου (cut off score).

Β) ένα υψηλό ποσοστό γυναικών με διάγνωση καρκίνου του μαστού εμφάνιζε μετατραυματική ανάπτυξη άνω του μετρίου (μέση τιμή= 66.74).

Γ) οι εξής ψυχοκοινωνικές μεταβλητές αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της μετατραυματικής διαταραχής του στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού: η ψυχική δυσφορία, η βίωση αποφυγών και παρεισφρητικών σκέψεων, η εκούσια επεξεργασία των πληροφοριών με τη μορφή του συλλογισμού, το στυλ απόδοσης των αρνητικών γεγονότων, οι κοινωνικοί περιορισμοί που βιώνει το άτομο καθώς επίσης και αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως απόσπαση/αποφυγή, άρνηση, αυτοκατηγορία, συμπεριφορική αποσύνδεση, αναζήτηση συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης, ενεργητική αντιμετώπιση, προγραμματισμός και εκτόνωση συναισθημάτων, καθώς και το χαρακτηριστικό της απαισιοδοξίας. Ως εκ τούτου, οι έννοιες αυτές μπορεί να θεωρηθούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας και χρειάζεται να ελεγχθούν ή να περιοριστούν εγκαίρως για να αποφευχθεί η εμφάνιση διαταραχής και να βελτιωθεί η ψυχική υγεία αυτής της ευαίσθητης ομάδας γυναικών.

Δ) οι εξής ψυχοκοινωνικές μεταβλητές αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού: η αισιοδοξία, η ελπίδα, η εκούσια γνωστική επεξεργασία μέσω της αντανάκλασης, το στυλ απόδοσης των θετικών γεγονότων, αρκετές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως θετική αναπλαισίωση, αποδοχή,

αναζήτηση συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης και ενεργητική αντιμετώπιση. Ως εκ τούτου αυτοί οι παράγοντες μπορεί να θεωρηθούν ικανοί να συμβάλλουν στην ψυχική ανάπτυξη της συγκεκριμένης ομάδας γυναικών.

Ε) το μοντέλο που εξηγεί την εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι το εξής: οι γυναίκες που είναι φύση απαισιόδοξες, οι οποίες αποδίδουν απαισιόδοξα τα αρνητικά γεγονότα και αισθάνονται έντονη δυσφορία από την ασθένειά τους, βιώνουν παρεισφρητικές σκέψεις και ως εκ τούτου οδηγούνται σε αποφυγές των ερεθισμάτων που τους θυμίζουν την ασθένειά τους. Μοιάζουν να επεξεργάζονται γνωστικά την ασθένειά τους με πιο παθητικό τρόπο, ενώ συχνά βιώνουν περιορισμούς στη συζήτηση από το περιβάλλον τους. Σαν αποτέλεσμα ακολουθούν δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης και εμφανίζουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής του στρες.

Στ) το μοντέλο που εξηγεί την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι το εξής: οι γυναίκες νεότερης ηλικίας, οι οποίες είναι αισιόδοξες, διατηρούν την ελπίδα τους για το μέλλον και αποδίδουν αισιόδοξα τα αρνητικά γεγονότα της ζωής τους, βιώνουν λιγότερη δυσφορία από την ασθένειά τους. Σαν αποτέλεσμα διακατέχονται από παρεισφρητικές σκέψεις, αλλά και από ενεργητική εκούσια γνωστική επεξεργασία, που τους επιτρέπει να χρησιμοποιήσουν πιο λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης και να αναγνωρίσουν τις θετικές επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους από την ασθένεια.

Ζ) η μετατραυματική διαταραχή του στρες και η μετατραυματική ανάπτυξη δε σχετίζονται μεταξύ τους.

Βάσει των συμπερασμάτων που εξήχθησαν μπορούν να διατυπωθούν προτάσεις για την υποστηρικτική φροντίδα και τη συμβουλευτική καθοδήγηση των γυναικών που έχουν στο ιστορικό τους καταγεγραμμένη τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Αρχικά, παρατηρήθηκε ότι ένα μικρό ποσοστό των γυναικών εμφάνισε μετατραυματική διαταραχή του

στρες, ένα όμως υψηλότερο ποσοστό γυναικών βίωναν απλώς συμπτώματα στρες. Συνεπώς, είναι όντως χρήσιμες οι παρεμβάσεις για την πρόληψη της εμφάνισης των συμπτωμάτων αυτών. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής θα πρέπει να προσφέρονται από κατάλληλα εκπαιδευμένη ομάδα επαγγελματιών που να περιλαμβάνει τόσο ψυχολόγο όσο και κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και κλινικό προσωπικό. Επίσης, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να εφαρμόζονται ήδη από το στάδιο της διάγνωσης, καθώς αποτελεί ιδιαίτερα στρεσογόνα περίοδο. Καθώς οι γυναίκες που βρίσκονται σε στάδιο θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού εκφράζουν την ανάγκη για λήψη συμβουλευτικής υποστήριξης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η παροχή οργανωμένης ατομικής ή ομαδικής συμβουλευτικής παρέμβασης κρίνεται ως σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των γυναικών. Φαίνεται λοιπόν απαραίτητη η συμβουλευτική των γυναικών, η παροχή υποστηρικτικής συναισθηματικής φροντίδας και η παροχή πληροφοριών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Μάλιστα, θα πρέπει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σε τακτική επαφή με τις γυναίκες να λάβει κατάλληλη κατάρτιση ώστε να αναγνωρίζονται έγκαιρα οι γυναίκες που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης εντόνου στρες και άλλες ψυχοπαθολογικές εκφάνσεις ώστε να γίνεται παραπομπή σε ειδικούς ψυχικής υγείας.

Οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής μπορεί να περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, σε ατομικό επίπεδο προγράμματα ψυχο-εκπαίδευσης, τεχνικές χαλάρωσης που διακόπτουν την κλιμάκωση της αρνητικής αντίδρασης στο στρες, εντοπισμό των γνωστικών διαστρεβλώσεων και των αρνητικών γνωσιών καθώς και γνωστική αναδόμηση αυτών με βάση το γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο αλλά και τεχνικές υιοθέτησης προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Επίσης, οι παρεμβάσεις μπορεί να γίνουν και σε ομαδικό επίπεδο με τη δημιουργία εξειδικευμένων ομάδων στήριξης και την ένταξη των γυναικών στην κατάλληλη ομάδα ανάλογα με τις ανάγκες της ή το φάση της ασθένειας στην οποία βρίσκεται. Σαφώς, σε περίπτωση εμφάνισης ψυχικής διαταραχής συστήνεται η

παροχή οργανωμένης ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης ή ακόμα και η ψυχιατρική αξιολόγηση και συνταγογράφηση ειδικών ψυχιατρικών σκευασμάτων.

Όποια και αν είναι η μορφή της ψυχολογικής παρέμβασης ή θεραπείας, οι στόχοι της παρέμβασης θα πρέπει να είναι η υγιής προσαρμογή στην ασθένεια, στη θεραπεία αυτής και στην περίοδο που ακολουθεί μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι στόχοι της παροχής συμβουλευτικής που προσφέρεται στις γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού είναι να καταστεί δυνατή η έκφραση των συναισθημάτων τους και των δυσλειτουργικών σκέψεών τους, να προσδιοριστούν τα αίτια της έντονης δυσφορίας, να αναγνωριστούν και να ελαχιστοποιηθούν οι επιβαρυντικοί παράγοντες καθώς και να εντοπιστούν και να ενισχυθούν οι προστατευτικοί παράγοντες. Οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού θα πρέπει αρχικά να αξιολογούνται ψυχολογικά ώστε να αναγνωρίζονται οι επιβαρυντικοί και προστατευτικοί παράγοντες.

Η αρχική αξιολόγηση των γυναικών μπορεί να γίνεται με τη συνδυασμένη χρήση έγκυρων ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων. Θα ήταν, για παράδειγμα, ιδιαίτερα χρήσιμο να χορηγείται ένα πακέτο ερωτηματολογίων μέτρησης του στρες αλλά και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την αντίδραση στο στρες. Συχνά φαίνεται ότι υπάρχει ένας συνδυασμός παραγόντων που δρουν αθροιστικά ή συνεργικά. Είναι σημαντικό να έχουμε κατά νου ότι η ψυχολογική επιβάρυνση που προκύπτει από την παρουσία ορισμένων παραγόντων (π.χ. κοινωνικοί περιορισμοί) μπορεί να μετριαστεί από την παρουσία προστατευτικών παραγόντων (πχ, αισιοδοξία). Με την αρχική αξιολόγηση, το προσωπικό του κέντρου μαστού μπορεί να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τη εμφάνιση συναισθηματικής δυσφορίας και φτωχής προσαρμογής στην ασθένεια.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, στόχος είναι να ελαχιστοποιηθούν οι επιβαρυντικοί παράγοντες και να ενισχυθούν οι προστατευτικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, οι επιβαρυντικοί

παράγοντες που πρέπει να ελαχιστοποιηθούν είναι η ψυχική δυσφορία, οι παρεισφρητικές σκέψεις, η παθητική εκούσια γνωστική επεξεργασία, οι κοινωνικοί περιορισμοί και οι δυσλειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ενώ οι προστατευτικοί παράγοντες που πρέπει να ενισχυθούν είναι η αισιοδοξία, η ελπίδα, η ενεργητική εκούσια γνωστική επεξεργασία, η αισιόδοξη απόδοση θετικών και αρνητικών γεγονότων και οι λειτουργικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Ως εκ τούτου, διαφαίνεται ότι οι γυναίκες με τα προαναφερθέντα στοιχεία είναι γυναίκες που χρειάζονται κάποια μορφή συμβουλευτικής διότι είναι αρκετά πιθανό να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα στρες και χαμηλά επίπεδα ανάπτυξης. Επιπλέον, οι σύμβουλοι θα πρέπει να αποθαρρύνουν τις δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης (αποφυγή, αποστασιοποίηση και άρνηση) και να ενθαρρύνουν την υιοθέτηση στρατηγικών που μπορούν να ενισχύσουν την αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας και την αυτοεκτίμηση. Βάσει των ευρημάτων της μελέτης, φαίνεται ότι η ενθάρρυνση υιοθέτησης στρατηγικών εστιασμένων στην επίλυση των προβλημάτων, την ενεργητικότητα και την θετική αναπλαισίωση μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση του στρες και τη βελτίωση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Σαφώς, οι επαγγελματίες θα πρέπει να αξιολογήσουν την ποιότητα παροχής κοινωνικής υποστήριξης και να ενθαρρύνουν τις ασθενείς να εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, αλλά και να διεκδικούν την εξάλειψη των κοινωνικών περιορισμών. Θα πρέπει να προσδιοριστούν οι λόγοι της ύπαρξης κοινωνικών περιορισμών και να διευκρινιστεί η αξία της συζήτησης με τους σημαντικούς άλλους για να ενισχυθεί η αποφόρτιση των συναισθημάτων, η εύρεση εναλλακτικών σκέψεων και η εξοικείωση με την ασθένεια μέσα από την υποστήριξη των άλλων. Συνεπώς, οι επαγγελματίες θα πρέπει να εντοπίσουν τρόπους για τη βελτίωση της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνει η γυναίκα. Οι ομάδες υποστήριξης μπορεί να δώσουν την ευκαιρία στις γυναίκες να μοιραστούν τις ανησυχίες τους και να ανταλλάξουν εμπειρίες, γεγονός που φαίνεται ότι συμβάλλει στην μείωση του στρες και την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης.

Τέλος, ας μην ξεχάσουμε να επισημάνουμε ότι οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες φαίνεται να πλήττονται ψυχολογικά σε μεγαλύτερο βαθμό από την ασθένειά τους. Ως εκ τούτου, χρειάζεται να λάβουν ιδιαίτερη φροντίδα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Παράλληλα, να τονίσουμε ότι μετά την ολοκλήρωση των θεραπειών και ιδίως από την εισαγωγή της ασθενούς στο στάδιο της αποθεραπείας, φαίνεται να μειώνεται δραματικά η προσφορά ψυχολογικής υποστήριξης από το περιβάλλον της ασθενούς. Για το λόγο αυτό είναι πιο επικίνδυνο το χρονικό αυτό διάστημα να εμφανιστεί κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας, όπως το μετατραυματικό στρες. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να ενταθεί η παροχή επαγγελματικής ψυχολογικής υποστήριξης στις πρώην ασθενείς και να ενημερωθεί το οικείο περιβάλλον για την αναγκαιότητα σταθερής συναισθηματικής βοήθειας.

5.4.Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Οι μελλοντικές μελέτες που αφορούν στη συναισθηματική αντίδραση των γυναικών με καρκίνο του μαστού θα πρέπει να χρησιμοποιούν έγκυρα και εξειδικευμένα ερωτηματολόγια μέτρησης του μετατραυματικού στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης, να στοχεύουν στη διερεύνηση της πολυμεταβλητής σχέσης των δύο φαινομένων με ποικιλία ιατρικών, δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, να συμπεριλαμβάνουν δείγμα ικανοποιητικού μεγέθους και να μελετούν τις σχέσεις μεταξύ των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και των μεταβλητών στρες/ ανάπτυξης μέσα στο πλαίσιο ενός πολυπαραγοντικού μοντέλου.

Παράλληλα, από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διαφάνηκε ότι η γνωστική επεξεργασία του τραύματος παίζει καθοριστικό ρόλο στη συναισθηματική αντίδραση της ασθενούς. Μοιάζει λοιπόν απαραίτητο να διερευνηθούν σε βάθος οι παράγοντες, δημογραφικοί, ιδιοσυγκρασιακοί και κοινωνικοί, που μπορεί να επηρεάζουν σημαντικά την γνωστική επεξεργασία καθ' αυτό, αλλά και τη μετάβαση από την ακούσια στην εκούσια γνωστική επεξεργασία. Ταυτόχρονα, μέσα από την έρευνα

κατέστη σαφές ότι η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος είναι εξαιρετικά σημαντική για την συναισθηματική κατάσταση των ασθενών. Φαίνεται όμως αναγκαίο να καθοριστούν οι ανάγκες των ασθενών από το κοινωνικό τους περιβάλλον (πχ, ανάγκη να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους για την ασθένεια) για να μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για την επίδραση που θα έχει η αντίδραση των σημαντικών άλλων στον ψυχισμό των ασθενών.

Επίσης, οι μελλοντικές έρευνες θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να εντοπίσουν μέσω ποιοτικών μεθόδων άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως ο στιγματισμός, που μπορεί να αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες του στρες ή της ανάπτυξης μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, ο στιγματισμός μπορεί να επηρεάζει τόσο την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών με καρκίνο του μαστού, όσο και την πρόθεσή τους να μοιραστούν την εμπειρία τους με τους σημαντικούς άλλους και να κοινοποιήσουν το πρόβλημά τους. Ταυτόχρονα, η έννοια του στίγματος μπορεί να επηρεάζει και τους σημαντικούς άλλους και ως εκ τούτου να περιορίζεται η επαφή τους με την ασθενή. Κρίνεται συνεπώς σημαντικό να μελετηθεί μελλοντικά η έννοια του στίγματος σε σχέση με την έννοια των κοινωνικών περιορισμών.

Επιπρόσθετα, οι μελλοντικές μελέτες θα ήταν σκόπιμο να χρησιμοποιούν όχι μόνο αυτοχορηγούμενες ψυχομετρικές κλίμακες αλλά και κλινικές συνεντεύξεις τόσο με τις ίδιες τις γυναίκες όσο και με άτομα του στενού περιβάλλοντος για επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων. Για παράδειγμα, θα ήταν χρήσιμο να εξεταστούν μέσω της διατύπωσης της γνώμης για παράδειγμα του συντρόφου της ασθενούς κατά πόσον οι αλλαγές που αναφέρονται στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου της μετατραυματικής ανάπτυξης από την ασθενή είναι πράγματι εμφανείς στη συμπεριφορά της. Ένας ανάλογος έλεγχος της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων σχεδιάστηκε στις έρευνες της Weiss (2002 & 2004). Επίσης, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να συγκρίνουν τη συναισθηματική αντίδραση (στρες ή ανάπτυξη) των γυναικών με καρκίνο

με υγιείς γυναίκες ανάλογων δημογραφικών στοιχείων έτσι ώστε να ελεγχθεί κατά πόσον η ασθένεια ή άλλοι παράγοντες επιδρούν στην εμφάνιση αυτών των φαινομένων. Το εν λόγω σκεπτικό ακολουθήθηκε από την έρευνα των Cordova et al (2001) όπου χρησιμοποιήθηκε και ομάδα ελέγχου.

Θα ήταν επίσης σκόπιμο να σχεδιαστούν τυχαιοποιημένες μελέτες που θα ελέγξουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και μεθόδων υποστηρικτικής φροντίδας όσον αφορά στη μείωση του στρες και την αύξηση της μετατραυματικής ανάπτυξης μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Με την έρευνα αυτή ευελπιστούμε ότι θα κατανοήσουμε πληρέστερα τις πολύπλοκες και δυναμικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ στρεσογόνου γεγονότος (διάγνωση, θεραπεία και αποθεραπεία από τον καρκίνο του μαστού), ατομικών χαρακτηριστικών (ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, προγενέστερα τραυματικά γεγονότα), ιατρικών παραγόντων (στάδιο ασθένειας και εφαρμογή θεραπείας), γνωστικών επεξεργασιών (ακούσια και εκούσια γνωστική επεξεργασία), συμπεριφοράς (στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνου κατάστασης), εξωτερικών παραγόντων (ύπαρξη κοινωνικών περιορισμών) και ψυχικής υγείας των γυναικών με καρκίνο του μαστού (μετατραυματική διαταραχή του στρες ή/και μετατραυματική ανάπτυξη). Η κατανόηση αυτών των σχέσεων θα προάγει την αντίληψη μας τόσο για την εν γένει συμπεριφορά των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και βρίσκονται σε διαφορετικές φάσεις της θεραπείας από την ασθένεια, όσο και για την ανάπτυξη μεθόδων και παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση του ψυχολογικού στρες και την ευόδωση της μετατραυματικής ανάπτυξης των γυναικών αυτών.

Βιβλιογραφία

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., and Alloy, L. B. (1988). The hopelessness theory of depression: Does the research test the theory? In L.Y. Abramson (ed.), *Social Cognition and Clinical Psychology: A Synthesis*, Guilford, New York.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., and Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans; critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Affleck, G., and Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality*, 64, 899-922.

Agustsdottir, S., Kristinsdottir, A., Jonsdottir, K., Larusdottir, S.O., Smari, J. and Valdimarsdottir, H.B. (2010). The impact of dispositional emotional expressivity and social constraints on distress among prostate cancer patients in Iceland. *British Journal of Psychology*, 15, 51-61.

Albrecht, T.L., and Adelman, M.B. (1987). *Communicating social support*. Newbury Park, CA: Sage.

Aldwin, C. M., Levenson, M. R., and Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychology and Aging*, 9(1), 34-44.

Alloy, L. B., and Tabachnik, N. (1984). The assessment of covariation by humans and animals: The joint influence of prior expectations and current situational information. *Psychological Review*, 91, 112-149.

Alter, C.L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., Grobois, B., Mandel, F., Septimus, A. and Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 137–143.

American Cancer Society (2002). OK. Atlanta, GA.

American Cancer Society (2006). OK. Atlanta, GA.

American Cancer Society (2007). OK. Atlanta, GA.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*. Washington D.C.: A.P.A.

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*. Washington D.C.: A.P.A.

Amir, M., and Ramati, A. (2002). Posttraumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long- term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of anxiety disorders*, 16, 191-206.

Amirkhan, J., Risinger, R., and Swickert, R. (1995). Extraversion: a hidden personality factor in coping? *Journal of Personality*, 63(2), 189-212.

Anagnostopoulos, F. and Myrghianni, S. (2009). Body image of Greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Doi: 10.1007/s10880-009-9176-5.

Anagnostopoulos, F. and Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer. A comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 58, 327-334.

Anagnostopoulos, F., Slater, J, and Fitzsimmons, D. (2010). Intrusive thoughts and psychological adjustment to breast cancer: exploring the moderating and mediating role of global meaning and emotional expressivity. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 137-149.

Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G. and Makridis, M. (2004). Coping strategies of women with breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 43-52.

Andersen, B.L. (1994). Surviving cancer. *Cancer*, 74, 1484-1495.

Andersen, B.L., and Doyle-Mirzadeh, S. (1993). Breast disorders and breast cancer. In: D.E. Steward & N.L. Stotland (Eds.), *Psychological aspects of women's healthcare* (pp. 425-446). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Anderson, C. R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 62, 446-451.

Anderson, G. (1996). The benefits of optimism: a meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 21, 719-725.

Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., and Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.

Andrews, B., Brewin, C.R., Philpott, R., and Stewart, L. (2007). Delayed onset posttraumatic stress disorder: a systemic review of evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1319- 1326.

Andrykowski, M.A., and Cordova, M.J. (1998). Factors associated with posttraumatic stress disorder symptoms following treatment for breast cancer: test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 189-203.

Andrykowski, M.A., and Kangas, M. (2010). Posttraumatic stress disorder associated with cancer diagnosis and treatment. In J.C. Holland, W.S. Breitbart, P.B. Jacobsen, M.S. Lederberg, M.J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press. pp. 348–357.

Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., Grath, P.V., Sloan, D.A., and Kenday, D.E. (2000). Stability and change in PTSD symptoms following breast cancer treatment: a one- year follow- up. *Psychooncology*, 9, 69-78.

Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., Studts, J.L., and Miller, T.W. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 586-590.

Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M. et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.

Ashing Giwa, K.T., Padill, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I., and Hillis, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American, Asian, American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psychooncology*, 13, 408- 428.

Averill, J. R., Catlin, G., and Chon, K. K. (1990). *Rules of hope*. New York: Springer-Verlag.

Babyak, M.A., Snyder, C.R. and Yoshinobu, L. (1993). Psychometric properties of the hope scale: a confirmatory factor analysis. *Journal of Research in Personality*, 27, 154-169.

Baider, L. and Kaplan DeNour, A. (1997). Psychological distress and intrusive thoughts in cancer patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 346-348.

Baker, F., Denniston, M., Smith, T., and West, M.M. (2005). Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer*, 104 (11 Supl), 2565-76.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Barakat, L. P., Alderfer, M. A., and Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (4), 413-419.

Barrera, T.L., Graham, D.P., Dunn, N.J., and Teng, E.J. (2013). Influence of trauma history on panic and posttraumatic stress disorder in returning veterans. *Psychological Services*, 10 (2), 168-176.

Barskova, T., and Oesterreich, R. (2009). [Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review.](#) *Disability and Rehabilitation*, 31(21), 1709-33.

Baum, A., and Andersen, B. L. (2001). Psychosocial intervention and cancer: An introduction. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.),

Psychosocial interventions for cancer (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.

Baum, A., Cohen, L., and Hall, M. (1993). Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine*, 55, 274-286.

Bellizzi, K. M., and Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25, 47-56.

Bellizzi, K.M., Wilder-Smith, A., Reeve, B.B., Alfano, C.M., Bernstein, L., Meeske, K., Baumgartner, K.B., and Ballard-Barbash, R.R. (2009). Posttraumatic growth and health related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 15, 615-626.

Belsher, B.E., Ruzek, J.I., Bongar, B., and Cordova, M.J. (2012). Social constraints, posttraumatic cognitions and posttraumatic stress disorder in treatment-seeking trauma survivors: evidence for a social cognitive processing model. *Psychological trauma: Theory, Research, Practice & Policy*, 4 (4), 386-391.

Ben-Zur, H. (2008). Personal resources of mastery-optimism, and communal support beliefs, as predictors of posttraumatic stress in uprooted Israelis. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 21(3), 295-307.

Billings, A. G., and Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 157-189.

Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, TC., and Forneris, C.A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-73.

Bland, J.M., and Altman, D.G. (1996). Transforming data. *BMJ*, 312: 770.

Bleiker, E.M.A., Pouwer, F., Van der Ploeg, H.M., Leer, J.W. H., and Ader, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education and Counselling*, 40, 209–217.

Blount, T. H, and Epkins, C. C. (2009). Exploring modeling-based hypotheses in preadolescent girls' and boys' cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 110-125.

Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A. D., and Ng, R. (1996). Close relationships and adjustment to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 283–294.

Bourque, L. and Fielder, E. (1995). *How to conduct self-administrated and mail surveys*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernaards, C. A., Rowland, J. H., and Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 236–245.

Bower, J.E. Kemeny, M.E., Taylor, S.E., and Fahey, J.L. (1998). "Cognitive processing, discovery of meaning, CD 4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (6): 979–986.

Bozo, O., Gundogdu, E., and Buyukasik- Colak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the

dispositional optimism- PTG relationship in post operative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 14, 1009-1020.

Braitman, A.L., Derlega, V.J., Henson, J.M., Robinett, I., Saadeh, G.M., Landa, L.J., et al. (2008). Social constraints in talking about diabetes to significant others and diabetes self-care: A social-cognitive processing perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 949-969.

Breakwell, G.M., Smith, J.A., and Wright, D.B. (Eds). (2012). *Research methods in psychology, 4th edition*. Sage Publications.

Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1–18.

Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of Clinical Psychology*, Lawrence Erlbaum Associates: Hove/LondonB.

Brewin, C. R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96, 379–394.

Brewin, C. R., Andrews, B., and Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.

Brewin, C.R., and Holmes, E.M. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23: 339–376.

Brewin, C.R., Andrews, B., and Gottlib, I.H. (1993). Psychopathology and Early Experience: A Reappraisal of Retrospective Reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.

Brewin, C.R., Dalgleish, T., and Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychology Review*, 103, 670–686.

Brewin, C.R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., and Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1131–42.

Briere, J. (1997). Psychological assessment of adult posttraumatic stress. APA: Washington, DC.

Burns, M. O., and Seligman, M. E. P. (1989). Explanatory style across the lifespan: Evidence for stability over 52 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 471-477.

Butler, L. D., Koopman, C., Classen, C., and Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events, and emotional support in women with metastatic breast cancer: Cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, 18, 555–560.

Butler, L.D. (2007). Growing pains: Commentary on the field of posttraumatic growth and Hobfoll and colleagues' recent contributions to it. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 367-378.

Butler, L.D., Field, N.P., Busch, A.L., Seplaki, J.E., Hastings, T.A., and Spiegel, D. (2005). Anticipating loss & other temporal stressors predict traumatic stress symptoms among partners of metastatic/recurrent breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 14, 492-502.

Cadell, S., Regerh, C. and Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 279-287.

Calbari, E. and Anagnostopoulos, F. (2010). Exploratory Factor Analysis of the Greek Adaptation of the PTSD Checklist—Civilian Version. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 15, 4, 339-350.

Calhoun, L. G., and Tedeschi, R. G. (1998a). Beyond recovery from trauma: implications for clinical practice & research. *Journal of Social Issues*, 54(2), 357-371.

Calhoun, L. G., and Tedeschi, R. G. (1998b). PTG: Future directions. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L.G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 215-238). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Calhoun, L. G., and Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: a clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Calhoun, L.G., and R. G. Tedeschi. (2004). The foundations of posttraumatic growth: new considerations. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 93-102.

Calhoun, L. G., and Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun and R. G. Tedeschi (Eds). *Handbook of posttraumatic growth*, (pp 3–23). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R., and McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521–527.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Carr, A. (2004). *Positive Psychology*. NY: Brunner- Routledge.

Carter, B. J. (1993). Long-term survivors of breast cancer: A qualitative descriptive study. *Cancer Nursing*, 16, 354-361.

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. S., and Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5–8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23, 595–598.

Carver, C., Scheier, M., and Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., and Clark, K.C. (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.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Petronis, V.M., Weiss, S., and Derhagopian, R.P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychological well-being among long term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, Sep; 24(5), 508-16.

Cella, D.F., and Tross, F. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 616- 622.

Cella, D.F., and Tulsky, D.S. (1993). Quality of life in cancer: Definition, purpose and method of measurement. *Cancer Investigation*, 11(3), 327-336.

Chang, E. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1109- 120.

Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., and D' Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.

Cimprich, B. (1999). Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 22, 185-194.

Classen, C., Butler, L.D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R.W., Kraemer, H.C., and Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry*, 58, 494–501.

Classen, C., Koopman, C., Angell, K., and Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15 (6), 434-7.

Claus, E. B., Risch, N., and Thompson, W. D. (1991). Genetic analysis of breast cancer in the cancer and steroid hormone study. *American Journal of Human Genetics*, 48, 232-242.

Cohen, F., and Lazarus, R. (1983). Coping and adaptation in health and illness. In: Mechanic D. (ed.) *Handbook of health, health care and the health professionals*. New York: Free Press.

Cohen, F., and Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stress of illness, In Stone, C.G., Cohen, F. & Adler, N.E. (Eds). *Health Psychology: A handbook*. San Francisco. CA: Jossey Bass.

Cohen, S., and Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-57.

Cohen, S., Kessler, R., and Underwood, G. (1997). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In: S. Cohen, R. Kessler & G. Underwood (eds.) *Measuring stress: a guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.

Collins D. (2003) Pre-testing survey instruments: an overview of cognitive methods. *Quality of Life Research* 12(3), 229-238.

Collins, R. L., Taylor, S. E., and Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263-285.

Compas, B., Stoll, M., Thomsen, A., Oppedisano, G., Epping-Jordan, J., and Krag, D. (1999). Adjustment to breast cancer: Age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 195-203.

Corcoran, K., and Fischer, J. (1994). *Measures for clinical practice A Sourcebook (3rd Edition- Vol. 2 Adults)*. New York: The Free Press.

Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., and Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast

cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176–185.

Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., and Spiegel, V. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology and Medical Studies*, 14, 308–319.

Cordova, M.J., and Andrykowski, M.A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Seminar in Clinical Neuropsychiatry*, 8, 286–296.

Cordova, M.J., Andrykowski, M.A., Kenady, D.E., et al. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 981–986.

Cordova, M.J., Studts, J.L., Hann, D.M., Jacobsen, P.B., and Andrykowski, M.A. (2000). Symptom structure of posttraumatic stress disorder following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 301–319.

Costello, A.B., and Osborne, J.W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.

Creed, P. A., Patton, W., and Bartrum, D. (2002). Multidimensional properties of the LOT-R: Effects of optimism and pessimism on career and well-being related variables in adolescents. *Journal of Career Assessment*, 10, 42-61.

Cruess, D.G., Antoni, M.H., Mc Gregor, B.A., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Alferi, S.M., Carver, C.S., and Kumar, M. (2000). Cognitive-

behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62, 304-308.

Curbow, B., Somerfield, R., Baker, F., Wingard, J. R., and Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplant. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 423-443.

Cuzick, J. (2003). Epidemiology of breast cancer-selected highlights. *The Breast*, 12, 405-411.

Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multi-representational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228 -260.

Danoff-Burg, S., Revenson, T., Trudeau, K., and Paget, S. (2004). Unmitigated communion, social constraints, and psychological distress among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality*, 72(1), 29-46.

Deimling, G.T., Kahana, B., Bowman, K.F. et al. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psychooncology*, 11, 479-494.

Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., and Scmale, A. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.

Devilley, G.J., and Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma

treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.

Devlen, J., Maguire, P., Phillips, P., and Crowther, D. (1987). Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. *British Medical Journal/Clinical Research Edition*, 295(6604), 955-957.

Di Matteo, R., and Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας* (Μετάφραση- Επιμέλεια Αναγνωστόπουλος Φ., Ποταμιάνος Γ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Dohrenwend, B.S. (1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1-15.

Dunmore, E., Clark, D. M., and Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.

Dzwonkowska, I. (2007). When people in close relationships are not prepared to listen to emotional disclosures. The role of social constraints in shy people's functioning. *Interpersona* 1(2), 173-190

Edwards, L. M., Rand, K. L., Lopez, S. J., and Snyder, C. R. (2007). Understanding hope: A review of measurement and construct validity research. In A. D. Ong & M. H. M. van Dulmen (Eds.), *Oxford handbook of methods in positive psychology* (pp. 83-95). New York: Oxford University Press.

Ehlers, A., Maercker, A., and Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: the role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45-55.

Elizur, Y. (2001). Family support and acceptance, gay male identity formation and psychological adjustment: A path model. *Family Process*, 20, 125-144.

Elklit, A., and Blum, A. (2011). Psychosocial adjustment one year after the diagnosis of breast cancer: a prototype study of delayed PTSD. *British Journal of Psychology*, 50, 350–363.

Epping- Jordan, J.E., Compas, B.E., and Howell, D.C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: avoidance, intrusive, and psychological symptoms. *Health Psychology*, 13: 539-547.

Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., Osowiecki, D.M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., and Krag, D.N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315–26.

Epstein, S. (1991). The self- concept, the traumatic neurosis and the structure of personality. In D.J. Ozer, J.M. Healy and A.J. Stewart (Eds), *Perspectives in personality*, Vol 3 (p.63-98). London: Jessica Kingsley.

Epting, F. R., and Amerikaner, M. (1980). Optimal functioning: A personal construct approach. In A. W. Landfield & L. M. Leitner (Eds.), *Personal construct psychology: Psychotherapy and personality* (pp. 55–73). New York: Wiley.

Fafouti, M., Paparrigopoulos, T., Zervas, Y., Rabavilas, A., Malamos, N., Liappas, I. and Tzavara, C. (2010). Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: A cross-sectional control study. *In Vivo*, 24 (5), 803-810.

Fawzy, F.I. (1999). Psychosocial intervention for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 35, 11, 1559-1564.

Ferketich, S. (1991) Selected aspects of item analysis. *Research in Nursing and Health*, 14, 165-168.

Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., and Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18, 581-92.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.

Figley, C. R. (1978). *Stress Disorders among Vietnam Veterans*. New York: Brunner/Mazel.

Finkel, N.J. (1975). Stress, traumas and trauma resolution. *American Journal of Community Psychology*, 3, 173-178.

Fitzpatrick, R. (2000). Measurement issues in health-related quality of life: Challenges for health psychology. *Psychology & Health*, 15, 99-109.

Foa, E. B., Davidson, J. R. T., and Frances, A. (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, (suppl 16), 4-76.

Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., and Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.

Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D. and Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948–955.

Fobair, P., Stewart, A.L., D’Onofrio, C., and Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15 (7), 579-74.

Folkman S., Lazarus R., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., and 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., Schaefer C., and Lazarus R. (1979). Cognitive processes and mediators of stress and coping. In: Hamilton V. and Wasburton D. (eds.) *Human stress and cognition*, Chichester, UK: Wiley.

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. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress & Coping*, 21, 3–14.

Folkman, S., and Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Folkman, S., and Moskowitz, T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.

Fontana, A., and Rosenberg, R. (1998). Focus on women: duty- related and sexual stress in the etiology of PTSD among women veterans who seek treatment. *Psychiatric Services*, 49, 658-662.

Frankl, V.E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.

Frazier, P., Conlon, A., and Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048 –1055.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.

French- Rosas, L.N., Moye, J., and Naik, A.A. (2011). Improving the recognition and treatment of cancer related posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 17, 270-276.

Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: the logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Fritz, G.K., and Williams, J.R. (1988). Issues of adolescent development for survivors of childhood cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 712-715.

Fromm, K., Andrykowski, M. A., and Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 221–240.

Frueh, B. C., Elhai, J. D., and Acierno, R. (2010). The future of posttraumatic stress disorder in the DSM. *Psychological Injury and Law*, 3, 260–270.

[Frueh, B.C., Grubaugh, A.L., Yeager, D.E. et al](#) (2009). Delayed-onset post-traumatic stress disorder among war veterans in primary care clinics. *British Journal of Psychiatry*, 194(6), 515-20.

Gabert-Quillen, C. A., Irish, L. A., Sledjeski, E., Fallon, W., Spoonster, E., and Delahanty, D. L. (2012). The impact of social support on the relationship between trauma history and posttraumatic stress disorder symptoms in motor vehicle accident victims. *International Journal of Stress Management*, 19(1):69–79.

Gana, K., Daigre, S., and Ledrich, J. (2013). Psychometric Properties of the French Version of the Adult Dispositional Hope Scale. *Assessment*, 20, 114 – 118.

Ganz, P.A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L., and Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38, 183-199.

Gillies, J., and Neimeyer, R.A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31–65.

Gilman, R., Schumm, J.A., and Chard, M. (2012). Hope as a change mechanism in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychological trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4 (3), 270-277.

Giltay, E.J., Kamphuis, M.H., Kalmijin, S., Zitman, F.G., and Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: The Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166, 431-436.

Glanz, K., and Lerman, C. (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 204-212.

Glinder, J.G., and Compas, B.E. (1999). Self-blame attributions in women with newly diagnosed breast cancer: A prospective study of psychological adjustment. *Health Psychology*, 18, 475-481.

Golden-Kreutz, D. M., Thornton, L. M., Wells-DiGregorio, S., Frierson, G. M., Jim, H. S., Carpenter, K.M., et al. (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: Predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24, 288-296.

Goldsmith, R.E., Jandorf, L., Valdimarsdottir, H. Amend, K.L., Stoudt, B.G., Rini, C., Hershman, D., Neugut, A., Reilly, J.J., Tartter, P.I., Feldman, S.M., Ambrosone, C.B., and Bovbjerg, D.H. (2010). Traumatic stress symptoms and breast cancer: The role of childhood abuse. *Child Abuse and Neglect*, 34: 465-470.

Golin, S., Sweeney, P. D., and Schaeffer, D. E. (1981). The causality of causal attributions in depression: A cross-lagged panel correlational analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 14-22.

Gorsuch, R. L. (1983) *Factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Goss, R.E., and Klass, D. (2005). *Dead but not lost- grief narratives in tradition*. Lahman, MD: Altamira Press.

Gray, M. J., Pumphrey, J. E., and Lombardo, T. W. (2003). The relationship between dispositional pessimistic attributional style versus trauma-specific attributions and PTSD symptoms. *Anxiety Disorders*, 17, 289- 303.

Gray, M.J., Litz, B.T., Hsu, J.L., and Lombardo, T.W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11:330–341.

Green, B.L., Grace, M.C., and Lindy, J.D. (1990). Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 147, 729-733.

Green, B.L., Rowland, J.H., Krupnick, J.L., Epstein, S.A., Stockton, P., Stern, N., Spertus, I.L., and Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in women with breast cancer. *Psychosomatics* 39, 102–111.

Green, S. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26, 499-510.

Greenberg, M.A. (1995). Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1262-1296.

Gritz, E.R., Wellisch, D.K., Siau, J., and Wang, H.J. (1990). Long-term effects of testicular cancer on marital relationships. *Psychosomatics*, 31, 301-312.

Gurevich, M., Devins, G. M., and Rodin, G. M. (2002). Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43, 259–281.

Hampton, M. R., and Frombach, I. (2000). Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Women International*, 21, 67–76.

Hefferon, K., Grealy, M., and Mutrie, N. (2009). Posttraumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the

qualitative literature. *British Journal of Health Psychology*, 14, 343-378.

Hegel, M.T., Moore, C.P., Collins, E.D., Kearing, S., Gillock, K.L., Riggs, R.L., Clay, K.F., and Ahles, T.A. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107, 2924– 2931.

Helgeson, V. S., and Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135-148.

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., and Tomich, P.L. (2006). A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74 (5), 797–816.

Helgeson, V.S. (2010). Corroboration of growth following breast cancer: ten years later. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (5), 546-574.

Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P.C., and Smink, A. (2009). [Personal control after a breast cancer diagnosis: stability and adaptive value.](#) *Psychooncology*, 18(1), 104-8.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–377.

Herman, M., and McHale, S. (1993). Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 121-136.

Herzberg, P. Y., Glaesmer, H., and Hoyer, J. (2006). Separating optimism and pessimism: A robust psychometric analysis of the

Revised Live Orientation Test (LOT-R). *Psychological Assessment*, 18, 433-438.

Herzer, M., Zakowski, S.G, Flanigan, R., and Johnson, P. (2006). The Relationship Between Threat Appraisal and Social Constraints in Cancer Survivors and Their Spouses. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 549-560.

Heubeck, B. G., and Neill, J. T. (2000). Internal validity and reliability of the 30 item Mental Health Inventory for Australian Adolescents. *Psychological Reports*, 87, 431-440.

Ho, S.M.Y., Chan, M.W.Y., Yau, T.K, and Yeung, R. M.W. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology and Health*, 26(3), 269–285.

Ho, S.M.Y., Chu, K.W., and Yiu, J. (2008). The relationship between explanatory style and posttraumatic growth after bereavement in a non-clinical sample. *Death Studies*, 32, 461–478.

Hobfall, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

Hobfoll, S. E., Freedy, J. R., Green, B. L, and Solomon, S. D. (1996). Coping reactions to extreme stress: The roles of resource loss and resource availability. In Zeidner, M. and Endler, N.S. (Eds), (1996). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 322–349). New York: Wiley.

Holahan, C., and Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.

Holland, K.D., and Holahan, C.K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18, 15–29.

Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.

Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Horowitz, M.J. (1997). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.

Horowitz, M.J., Wilner, N., and Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.

Hulka, B., and Stark, A. T. (1995). Breast cancer: cause and prevention. *Lancet*, 346, 884-887.

Hunter, D. J., Spiegelman, D., Adami, H.-O., Beeson, L., van den Brandt, P. A., Folsom, A. R., Fraser, G. E. et al. (1996). Cohort Studies of Fat Intake and the Risk of Breast Cancer—A Pooled Analysis. *New England Journal of Medicine*, 334, 356–61.

Ickovics, J. R., Meade, C. S., Kershaw, T. S., Milan, S., Lewis, J. B., and Ethier, K. A. (2006). Urban teens: Trauma, posttraumatic growth, and emotional distress among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 841-850.

Iconomou, G., Mega, V., Koutras, A., Iconomou, A.V. and Kalofonos, H.P. (2004). Prospective assessment of emotional distress, cognitive

function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer*, 101 (2), 404-411.

Iardi, S. S., Craighead, W. E., and Evans, D. D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 381-391.

Irish, L., Ostrowski, S.A., Fallon, W., Spoonster, E., van Dulmen, M., Sledjeski, E.M., and Delahanty, D.L. (2008). Trauma history characteristics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 377–384.

Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., and Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 911-920.

Jacobsen, P. B., Sadler, I. J., Booth-Jones, M., Soety, E., Weitzner, M. A., and Fields, K. K. (2002). Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 235–240.

Jacobsen, P. B., Widows, M. R., Hann, D. M., Andrykowski, M. A., Kronish, L. E., and Fields, K. K. (1998). Posttraumatic stress disorder symptoms following bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 366–371.

Jaksić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R., and Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina*, 24(3), 256-266.

Janoff- Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: The Free Press.

Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.

Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T., and Thun, M. J. (2008). Cancer statistics, 2008. *Cancer Journal for Clinicians*, 58, 71-96.

Jim, H.S., Andrykowski, M.A., Munster, P.N., et al. (2007). Physical symptoms/side effects during breast cancer treatment predict posttreatment distress. *Annals of Behavioral Medicine*, 200 –208.

Jim, H.S.L., and Jacobsen, P.B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *Cancer Journal*, 14, 414- 419.

Joreskog, K., and Sorbom, D. (1996). *LISREL 8: User's Reference Guide*, Chicago: Scientific Software International.

Joseph, S. A., Brewin, C. R., Yule, W., and Williams, R. M. (1991). Causal attributions and psychiatric symptoms in survivors of the Herald of Free Enterprise Disaster. *British Journal of Psychiatry*, 159, 542–546.

Joseph, S., and Linley, P.A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262–280.

Joseph, S., Yule, W., and Williams, R. (1993). Post-Traumatic Stress: Attributional Aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 501-513.

Kaasa, S., Malt, U., and Hagen, S. (1993). Psychological distress in cancer patients with advanced disease. *Radiotherapy and Oncology*, 27, 193–7.

Kangas, M., Henry, J.L., and Bryant, R.A. (2002). PTSD following cancer: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499-524.

Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., and 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.

Karademas, E.C., Argyropoulou, K. and Karvelis, S. (2007b). Psychological Symptoms of Breast Cancer Survivors: A Comparison with Matched Healthy Controls and the Association with Cancer-Related Stress and Coping. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25 (3), 59-74.

Karademas, E.V., Karvelis, S. and Argyropoulou, K. (2007a). Short communication: stress- related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress and Health*, 23, 161-168.

Karanci, A.N., and Erkam, A. (2007). Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and Health*, 23, 315-322.

Keitel, M.A., and Kopala, M. (2000). *Counseling Women With Breast Cancer – A Guide for Professionals*. Sage Publications.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., and Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Koopman C., Butler, L.D., Classen, C., Giese-Davis, J., Morrow, G.R., Westendor, F.J., Banerjee, T., and Spiegel, D. (2002). Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 277-287.

Kornblith, A.B., Herndon, J.E., Weiss, R.B., Zhang, C., Zuckerman, E.L., Rosenberg, S., Metz, M., Payne, D., Jane- Massie, M., Holland, F.J., Wingate, P., Norton, L., and Holland, J.L. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98, 679 –689.

Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., and Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. *Women & Health*, 52, 503–516.

Kubany, E.S. (2004). *Screening for PTSD Manual. Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ) and PTSD Screening and Diagnostic Scale (PSDS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Kubany, E.S., Haynes, S.N., Leisen, M.B., Owens, J.A., Kaplan, A.S., Watson, S.B., et al. (2000). Development and Preliminary Validation of a Brief Broad-spectrum Measure of Trauma Exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ). *Psychological Assessment*, 12, 210-224.

Kubzansky, L.D., Sparrow, D., Vokonas, P., and Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 63, 910-916.

Kulik, J. A., and Mahler, H. I. M. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 45-63.

Lai, J. C. L., Cheung, H., Lee, W., and Yu, H. (1998). The utility of the revised life orientation test to measure optimism among Hong Kong Chinese. *International Journal of Psychology*, 33, 45-56.

Lane, L.G., and Viney, L.L. (2005). The Effects of Personal Construct Group Therapy on Breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 284–292.

Langer, E., and Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 191-198.

Lauterbach, D., Vrana, S., King, D.W., and King, L.A. (1997). Psychometric properties of the Civilian version of the Mississippi PTSC scale. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 499-513.

Lazarus R., and Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lechner, S. C., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weaver, K. E., and Phillips, K. M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828–840.

Lee, C.O. (1997). Quality of life and breast cancer survivors. Psychological and treatment issues. *Cancer Practice*, Sept- Oct; 5(5): 309-16.

Lehman, D. R., Wortman, C.B., and Williams, A.F. (1987). Long term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle accident. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 218-231.

Lepore, S. J. (2001). A social cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In *Psychosocial interventions for cancer*, ed. A. Baum and B. L. Andersen, 99–116. Washington, DC: American Psychological Association.

Lepore, S. J., and Ituarte, P. H. G. (1999). Optimism about cancer enhances mood by reducing negative social interactions. *Cancer Research, Therapy and Control*, 8, 165–174.

Lepore, S.J. (1997). Social constraints, intrusive thoughts, and negative affect in women with cancer. Paper presented at the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine. San Francisco, CA.

Lepore, S.J. (2001). A social cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In Baum, A. & Andersen, B.L. (Eds), *Psychosocial interventions for cancer*. Washington: American Psychological Association.

Lepore, S.J., and Helgeson, V.S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 89-106.

Lepore, S.J., Silver, R.C., Wortman, C.B., and Wayment, H.A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.

Lerolain, S., Bonnaud- Antignac, A., and Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationship with psychological health. *Journal of Clinical Psychology and Medical Studies*, 17, 14-22.

Leskin, G.A., and Sheikh, J.I. (2002). [Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey.](#) *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (6), 599-603.

Levine, E.G., Eckhardt, J., and Targ, E. (2005). Change in posttraumatic symptoms following psychosocial treatment for breast cancer. *Psycho-oncology*, 14, 618-635.

Lewis, J.A., Manne, L.S., DuHamel, K.N., Johnson Vickburg, S.M., Bovbjerg, D.H., Currie, V., Winkel. G., and Redd, W.H. (2001). Social Support, Intrusive Thoughts and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3), 231-245.

Lewis, R.J., Derlega, V.J., Clarke, E.G., and Kuang, J.C. (2006). Stigma consciousness, social constraints, and lesbian well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 48-56.

Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., and Tedeschi, R.G. (2011). The Relationship of Core Belief Challenge, Rumination, Disclosure, and Sociocultural Elements to Posttraumatic Growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(1), 50-55.

Linley, P.A., and Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of traumatic stress*, 17 (1), 11-21

Luecken, L.J., Dausch, B., Gulla, V., Hong, R., and Compas, B.E. (2004). Alterations in morning cortisol associated with PTSD in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 13-15.

Lutgendorf, S., Anderson, B., Larsen, K., Buller, R. E., and Sorosky, J. I. (1999). Cognitive processing, social support coping, and distress in gynecological cancer patients. *Cancer Research, Therapy and Control*, 8, 9-19.

Lyrakos, G.N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou, G., and Dimoliatis, I.D.K. (2010). A translation and validation study of the Life

Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Social Indicators Research*, 95 (1), 129-142.

Major, B., and Gramzow, R. H. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 735-745.

Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., and Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 452-463.

Mangione, T. (1995). *Mail surveys: Improving the Quality, Applied Social Research Methods Series, Vol 40*. London: Sage Publications.

Manne, S. L. (1999). Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: The role of spouse avoidance and criticism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 539-546.

Manne, S. L., Taylor, K. L., Dougherty, J., and Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 101-126.

Manne, S., Glassman, M., and DuHamel, K. (2000). Intrusion, Avoidance and Psychological Distress Among Individuals With Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 63, 658-667.

Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., and Grana, G. (2004). Post-traumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.

Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G., and Fox, K. (2005). Partner Unsupportive Responses, Avoidance and Distress among Women with Early Stage Breast Cancer: Patient and Partner Perspectives. *Health Psychology, 24*(6), 635–641.

Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kuslas, J. W. Hervig, L. K., and Vickers, R. R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 1067-1074.

Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.

Massad, P.M., and Hulsey, T.L. (2006). Causal attributions in posttraumatic stress disorder: implications for clinical research and practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 201-215.

McColl, E., Jacoby, A., Thomas, L., Souter, J., Bamford, C., Steen, N., Thomas, R., Harvey, E., Garratt, A., and Bond, J. (2001). Design and use of questionnaires: a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Assessment Technology, 5*, (31).

McCormick, R. A., Taber, J. I., and Krudelbach, N. (1989). Control-related beliefs and sleep characteristics of posttraumatic stress disorder patients. *Psychological Reports, 65*, 567–576.

McCoy, M. M. (1977). A reconstruction of emotions. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp. 93–123). London, Academic Press.

McCrae, R. and Costa, P. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality, 54*, 385-405.

McDonough, M.H., Catherine, M., Sabiston, C.M., and Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23, 114–120.

McDonough, M.H., Sabiston, C.M., and Ullrich- French, S. (2011). The development of social relationships, social support, and posttraumatic growth in a dragon boating team for breast cancer survivors. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 33, 627–648.

McFarland, C., and Buehler, R. (1998). The impact of negative affect on autobiographical memory: The role of self-focused attention to moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1424–1440.

McGregor, B.A., Antoni, M.H., Boyers, A., Alferi, S.M., Blomberg, B.B., and Carver, C.S. (2004b). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 1–8.

McMillen, J.C., Smith, E.M., and Fisher, R.H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733–739.

McPherson, K., Steel, C. M., and Dixon, J. M. (2000). Breast cancer: Epidemiology, risk factors, and genetics. In J. M. Dixon (Ed.), *ABC of breast diseases* (pp. 26-32). London: BMJ Books.

Mechanic, M. B., Resick, P. A., and Griffin, M. G. (1998). A comparison of normal forgetting, psychopathology, and information-processing models of reported amnesia for recent sexual trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 948–957.

Mehnert, A., and Koch, U. (2007). Prevalence of acute and posttraumatic stress disorder and co morbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-oncology*, 16, 181-188.

Mehrbian, A., and Ljunggren, E. (1997). Dimensionality and content of optimism-pessimism analyzed in terms of the PAD temperament model. *Personality and Individual Differences*, 23, 729-737.

Mertler, C. A., και Vannatta, R. A. (2005). *Advanced and multivariate statistical methods: Practical application and interpretation* (3rd ed.). Los Angeles: Pyrczak.

Metalsky, G. I., Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Semmel, A., and Peterson, C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom: Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 612-617.

Metalsky, G. I., Halberstadt, L. J., and Abramson, L. Y. (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393.

Miculincer, M., and Solomon, Z. (1988). Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 308-318.

Miller, S.L., Jones, L.E., and Carney, C.P. (2005). Psychiatric sequelae following breast cancer chemotherapy: a pilot study using claims data. *Psychosomatics*, Nov-Dec, 46(6), 517-522.

Mineka, S., Pury, C. L., and Luten, A. G., (1995). Explanatory style in anxiety and depression. In G. Buchanan & M. Seligman (Eds.), *Explanatory Style*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Mols, F., Vingerhoets, A.J., Coebergh, J.W., and vande Poll – Franse, L.V (2005). Quality of life among long- term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, Nov; 41(17), 2613-9.

Mols, F., Vingerhoets, Ad. J. J. M., Coebergh, J. W., and van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health*, 24, 583–595.

Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Claire Dees, E., Carey, L. A., and Rimer, B.K.. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology*, 17, 948–953.

Morris, T., Pettingale, K.W., and Haybittle, J. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho- Oncology*, 1, 105-114.

Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast conserving surgery versus mastectomy: A metaanalytic review. *Health Psychology*,16, 284–298.

Moyer, A., and Salovey, P. (1996). Psychosocial sequeale of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 110-125.

Mroczek, D. K., Spiro, A., Aldwin, C. M., Ozer, D. J., and Bosse, R. (1993). Construct validation of the optimism and pessimism in older

men: Findings from the normative aging study. *Health Psychology, 12*, 406-409.

Mundy, E.A., Blanchard, E.B., Cirenza, E., Gargiulo, J., Maloy, B., and Blanchard, C.G. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behavioral Research Therapy, 38*, 1015-27.

Munet-Vilar'o, F., and Egan, M. (1990). Reliability issues of the family environment scale for cross- cultural research. *Nursing Research, 39*, 244-247.

Murray, J., Ehlers, A., and Mayou, R. (2002). Dissociation and posttraumatic stress disorder: two prospective studies of motor vehicle accident survivors. *British Journal of Psychiatry, 180*, 363-368.

Myers, L. B., and Steed, L. (1999). The relationship between dispositional optimism, dispositional pessimism and repressive coping and trait anxiety. *Personality and Individual Differences, 27*, 1261-1272.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., and Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast, 17*, 382-386.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., and Vlahos, L. (2007). Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients. *Journal of Pain Symptom Management, 33*, 454-461.

Naidich, J.B., and Motta, R.W. (2000). PTSD-related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy and Individual Practice, 1*, 35-54.

National Cancer Institute, (2009). What you need to know about breast cancer. In K. Bellenir (ed.), *Breast Cancer Sourcebook*. Omnigraphics: Detroit, US.

Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., and Moss- Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 403–415.

Neimeyer, R. A. (2003). The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R.A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541–558.

Nelson, D.V., Friedman, L.C., Baer, P.E., Lane, M., and Smith, F.E. (1989). Attitudes of cancer: psychometric properties of fighting spirit and denial. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 341- 355.

Nenova, M., DuHamel, K., Zemon, V., Rini, C., and Redd, W.H. (2013). Posttraumatic growth, social support and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psycho- Oncology*, 22, 195-202.

Nijenhuis, E. R. S., Vanderlinden, J., and Spinhoven, P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 243–260.

Nolen- Hoeksema, S., and Davis, C.G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 60-64.

Nolen-Hoeksema, S., and Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., and Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.

Norman, G., and Streiner, D. (2008). *Biostatistics, The Bare Essentials*. Ontario: BC Decker Inc.

Norris, F. H., and Hamblen, J.L. (2004). Standardized Self-Report Measures of Civilian Trauma and PTSD. In J.P. Wilson and T.M. Keane (Ed.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (Second edition ed.). New York: The Guilford Press.

O' Connor, A.P., Wicker, C.A., and Germino, B.B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13, 167-175.

O' Connor, M. Christensen, S., Jensen, A.B., Moller, S., and Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 104, 419- 426.

Oh, S., Heflin, L., Meyerowitz, B.E., Desmond, K.A., Rowland, J.H., and Ganz, P.A. (2004). Quality of life of breast cancer survivors after a

recurrence: a follow- up study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 87, 45-57.

Orban, L.A. (2003). *Protective factors and psychological well-being in lesbian, gay and bisexual youth: An ecological framework*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 64(7-B), pp 3537.

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., and Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73.

Palmer, S.C., Kagee, A., Coyne, J.C., and DeMichele, A. (2004). Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 258–264.

Palyo, S.A., and Beck, J.G. (2005). Post-traumatic stress disorder symptoms, pain, and perceived life control: associations with psychosocial and physical functioning. *Pain*, 117, 121–127.

Park, C. L., and Fenster, J. R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 195–215.

Park, C.L. (1998). Implication of posttraumatic growth for individuals. In R.G. Tedeschi, C.L. Park & L.G. Calhoun (Eds.) *Posttraumatic growth: positive change in the aftermath of crisis* (pp. 153-177). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Park, C.L. and Cohen, L. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 561-577.

Park, C.L., Aldwin, C.M., Fenster, J.R., and Snyder, L.B. (2008). Pathways to Posttraumatic Growth Versus Posttraumatic Stress: Coping and Emotional Reactions Following the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 300-312.

Park, C.L., and Helgeson, V.S. (2006). Introduction to the special section: Growth following highly stressful life events – Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 791–796.

Park, C.L., Cohen, L., and Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress- related growth. *Journal of Personality*, 64, 645-658.

Parker, J. and Endler, N. (1996). Coping and defense: a historical overview. In: M. Zeidner and N. Endler (eds.) *Handbook of coping: Theory, research and applications*, New York: Wiley.

Patterson, D. R., Carrigan, L., Robinson, R., and Questad, K. A. (1990). Posttraumatic stress disorder in hospitalized patients with burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 11, 181-184.

Peacock, E., and 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.

Pearlin, L., and Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 2-21.

Pearman, T. (2003). Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health Quality Life Outcomes*, 20(1), 1-33.

Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 1343-1353.

Penley, J. A., Tomaka, J., and Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.

Penman, D., Bloom, J.R., Fotopolis, S., Cook, M., Murowski, B., Gates, C., Holland, J., Ross, R., and Flamer, D.P. (1986-1987, Fall/Winter). The impact of mastectomy on self-concept and social function. A combined cross-sectional and longitudinal study with comparison groups. *Women and Health*, 2(3-4), 99-130.

Perez, S., Galdon, M.J., Andreu, Y., Ibanez, E., Dura, E., Conchado, A., and Cardena, E. (2014). Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors and mediation. *Journal of traumatic stress*, 27, 224- 231.

Peterson, C., and Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*. 91. 347-374.

Peterson, C., and Seligman, M.E.P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55, 237-265.

Peterson, C., and Villanova, P. (1988). An expanded Attributional Style Questionnaire. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 87-89.

Peterson, C., Buchanan, G.M., and Seligman, M.E.P. (1995). *Explanatory style: History and evolution of the field*. In G.M. Buchanan, & M.E.P. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (pp. 1-20). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Peterson, C., Semmel, A, von Baeyer, C., Abramson, L Y., Metalsky, G. I., and Seligman, M. E. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.

Pitman, R.K., Lanes, D.M., Williston, S.K., Guillaume, J.L., Metzger, L.J., Gehr, G.M., and Orr, S.P. (2001). Psychophysiologic assessment of post traumatic stress disorder in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 42, 133-140.

Polit, D., and Hunglar, B. (1999). *Nursing Research: principles and methods*. (6th Edit.) Philadelphia: J.B. Lippincott.

Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis.

Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R.G., and Calhoun, L.G. (2002). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (1), 71-83.

Reivich, L. (1995). The measurement of explanatory style. In G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (pp. 21-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Rekker, G. (1988). *Coping with anticipatory stress: differential strategies of optimists and pessimists*. Paper presented at the annual meeting of the Canadian Psychological Association, Montreal.

Rekker, G., and 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.

Reynolds, M., and Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder, and a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 135-147.

Reynolds, M., and Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 201–215.

Rieker, P.P., Fitzgerald, E.M., Kalish, L.A., Richie, J.P., Lederman, G.S., Edbril, S.D. et al. (1989). Psychosocial factors, curative therapies and behavioral outcomes: a comparison of testis cancer survivors and a control group of healthy men. *Cancer*, 64, 2399-2407.

Ries L. A. G., Kosary C. L., Hankey B. F., Miller B. A., and Edwards B. K. (1999). *SEER Cancer Statistics Review, 1973–1996*. National Cancer Institute: Bethesda, MD .

Rime, B. (1995). Mental rumination, social sharing and the recovery from emotional exposure. In J. W. Pennebaker (Ed.) *Emotion, disclosure and health* (pp 271- 292). Washington D.C.: American Psychological Association.

Robinson-Whelen, S., Kim, C., MacCallum, R. C., and Kiecolt-Glaser, J. K. (1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: It is more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1345-1353.

Rotter, G.P. (1966). General expectancies for internal vs external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General & Applied*, 80, 1–28.

Roussi, P., and Vassilaki, E. (2001). The applicability of the multiaxial model of coping to a Greek population. *Anxiety, Stress Coping*, 14: 125-247.

Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C. and Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in

women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 97-109.

Rowland, J.H., and Massie, M.J. (1996). Psychologic reactions to breast cancer diagnosis, treatment, and survival. In: Harris, J.R., Lippman, M.E., Morrow, M., Hellman, S., (Eds). *Diseases of the breast*. Philadelphia (PA): Lippincott-Raven; p. 919–38.

Rowland, J.H., Desmond, K.A., Meyerowitz, B.E., Belin, T.R., Wyatt, G.E., and Ganz, P.A. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of National Cancer Institute*, 92,1422–9.

Royak-Schaler, R., Stanton, A. L., and Danoff-Burg, S. (1997). Breast cancer: Psychosocial factors influencing risk perception, screening, diagnosis, and treatment. In S. J. Gallant, G. P. Keita & R. Royak-Schaler (Eds.), *Health care for women: Psychological, social, and behavioral influences* (pp. 295-314). Washington, DC: American Psychological Association.

Russo, J., and Russo, I. H. (1995). The etiopathogenesis of breast cancer prevention. *Cancer Letters*, 90, 81-89.

Sabiston, C.M., McDonough, M.H., and Crocker, P.R.E. (2007). Psycho-social experiences of breast cancer survivors involved in a dragon boat program: exploring links to positive psychological growth. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 29, 419–438.

Salkovskis. P.M. (Ed.). (1996). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.

Sanjuan, P., Perez, A., Rueda, B., and Ruiz, M.A. (2008). Interactive effects of attributional styles for positive and negative events on

psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 45, 187-190.

Sarason, I. G., Levine, H.M., Basham, R.B., and Sarason, B.R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.

Schaefer, J.A., and Moos, R.H. (2001). Bereavement experiences and personal growth. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 145-167). Washington, DC: American Psychological Association.

Schag, C.A., Ganz, P.A., Polinsky, M.L., Fred, C., Hirji, K., and Petersen, L. (1993). Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 783-793.

Scheier, M., and Carver, C. (1985). Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.

Scheier, M., and 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., and Carver, C.S. (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., and 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.A., Owens, J.F., Schulz, R., Bridges, M.W., Magovern, G.J., and Carver, C.S. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine*, 159, 829–835.

Scheier, M., Wemtraub, J., and Carver, C.S. (1986). Coping with stress Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257- 1264.

Schlich-Bakker, K.J., ten Kroode, H.F., Warlam- Rodenhuis, C.C., Ausems, M.G., and van den Bout, J. (2009). Distress in couples approached for genetic counselling and BRCA1/2 testing during adjuvant radio therapy. *Psycho-oncology*, 18, 965–973.

Schmidt, J.E., and Andrykowski, M.A. (2004). The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: an internet based study. *Health Psychology*, 23 (3), 259-266.

Schnipper, H. H. (2003). *After breast cancer: A common-sense guide to life after treatment*. New York: Bantam Books.

Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Brandt, U., and Stolbach, L.L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 424–435.

Schorr, Y. H., and Roemer, L. (2002). *Posttraumatic meaning making: Toward a clearer definition*. Poster presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies in Baltimore, Maryland, USA.

Schulman, P., Castellon, C., and Seligman, M. E. P. (1989). Assessing explanatory style: The content analysis of verbatim explanations and

the attributional style questionnaire. *Behavioral Research and Therapy*, 27, 505–512.

Scioli, A. Ricci, M., Nyugen, T., and Scioli, E.R. (2011). Hope: Its Nature and Measurement. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(2), 78–97.

Sears, S. R., Stanton, A. L., and Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487–497.

Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., and Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219–225.

Shand, I., Brooker, J., Burney, S., Fletcher, J., and Ricciardelli, L. (2014). Symptoms of posttraumatic stress in Australian women with ovarian cancer. *Psycho-Oncology*. Doi: 10.1002/pon.3627.

Shelby, R.A., Golden Kreutz, D.M., and Andersen, B.L. (2005). Mismatch of PTSD symptoms and DSM IV symptom clusters in a cancer sample: exploratory factor analysis of the PTSD Checklist-Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 347-357.

Shelby, R.A., Golden- Kreutz, D.M., and Andersen, B.L. (2008). PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, & comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 165- 172.

Shiri, S., Wexler, I.D., Alkalay, Y., Meiner, Z., and Kreitler, S. (2008). Positive psychological impact of treating victims of politically motivated violence among hospital-based health care providers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 315-318.

Siegle, G. J., Moore, P., and Thase, M. E. (2004). Rumination: One construct, many features in healthy individuals, depressed individuals, and individuals with lupus. *Cognitive Therapy & Research, 28*, 645–668.

Silver, R. C., and Holman, E. A. (1994). *Social responses to disclosure following traumatic life events*. Paper presented at the International Conference on Emotion, Disclosure, and Health, Taos, NM.

Smith, M.Y., Redd, W.H., Peyser, C., and Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-oncology, 8*: 521–537.

Smith, T. (2006). Personality as Risk and Resilience in Physical Health. *Current Directions in Psychological Science, 15*(5), 227-231.

Smith, T.W., and MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 435-467.

Smucker, M. R., Grunert, B. K., and Weis, J. M. (2003). Posttraumatic stress disorder: A new algorithm treatment model. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy* (pp. 175–194). New York: Guilford Press.

Snape, M.C. (1997). Reactions to a traumatic event: The good, the bad and the ugly? *Psychology, Health and Medicine, 2*, 237-242.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., and Harney, P. (1991). The will and ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 570–585.

Solomon, S. D., Regier, D. A., and Burke, J. D. (1989). Role of perceived control in coping with disaster. *Journal of Social & Clinical Psychology, 8*, 376–392.

Solomon, Z., Weisenberg, M., and Schwarzwald, J. (1985). *Psychological adjustment of soldiers experiencing combat stress disorder during Operation Peace for Galilea*. Scientific report, IDF Medical Corps, Department of Mental Health.

Southwick, S.M., Morgan, C.A., Nicolaou, A.L., et al (1997). Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. *American Journal of Psychiatry, 154*, 173-177.

Spangler, D.L., and Burns, D.D. (1999). Are dysfunctional attitudes and attributional style the same or different? *Behavior Therapy, 30*, 239-252.

Spencer, S.M., Lehman, J.M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C.S., Antoni, M.H., Derhagopian, R.P, and Ironson, G. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multi- ethnic sample of early stage patients. *Health Psychology, 18*, 159–168.

Spiegel, D. (1993). *Living beyond limits*. New York: Ballantine Books.

Stanton, A.L. & Low, C.A (2004). Toward understanding posttraumatic growth: commentary on Tedeschi and Calhoun. *Psychological Inquiry, 15* (1), 76-80

Stanton, A.L., and Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology, 12*, 16-23.

Stanton, A.L., Bower, J.E., and Low, C.A. (2006). Post-traumatic growth after cancer. In: Calhoun, L.G & Tedeschi, R.G.(Eds). *Handbook of post-traumatic growth: research and practice* (pp 138-175). Mahwah NJ: Erlbaum.

Stanton, A.L., Ganz, P.A., Kwan, L., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Leedham, B., and Belin, T.R. (2005). Outcomes from the moving beyond cancer: Psycho- educational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 6009–6018.

Stead, R., Shanahan, M.J., and Neufeld, R.W.J. (2010). “I’ll go to therapy, eventually”: Procrastination, stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 49, 175–180.

Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., and Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28, 785–801.

Steel, J.L., Dunlavy, A.C., Stillman, J.S., and Pape, H.C. (2011). Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists. *Injury*, 42, 288–300.

Stern, N. M., et al. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39, 102–111.

Stockton, H., Hunt, N., and Joseph, S. (2011). Cognitive Processing, Rumination, and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 85–92.

Straker, N. (1998). Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 1-9.

Streiner, D., and Norman, G. (2003) *Health measurement scales: a practical development and use*. Oxford: Oxford University Press.

Streiner, R.D., and Norman, P.A. (2003). Symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.

Tabachnic, B., and Fidell, L. (2007). *Using multivariate analysis* (pp.676-780), Boston: Pearson Education.

Taylor, S. E. (1982). Social cognition and health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 549-562.

Taylor, S. E., and Levin, S. (1977). The psychological impact of breast cancer: Theory and practice. In A. J. Enelow & D. M. Panagis (Eds.), *Psychological aspects of breast cancer* (Tech. Bulletin No. 1). San Francisco: West Coast Cancer Foundation.

Taylor, S. E., Lichtman, R., and Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.

Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

Taylor, S.E., and Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.

Tedeschi, R. G. (1999). Violence Transformed: Posttraumatic Growth in Survivors and their Societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 319-341.

Tedeschi, R.G. (2004). Target article. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18.

Tedeschi, R.G., and Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks CA: Sage.

Tedeschi, R.G., and Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

Tedeschi, R.G., and Calhoun, L.G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquire*, 15, 1-18.

Tedeschi, R.G., Park, C.L., and Calhoun, L.G. (1998a). Posttraumatic growth: Conceptual issues. In R.G. Tedeschi, C.L. Park, & L.G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (p. 1). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Tedeschi, R.G., Park, C.L., and Calhoun, L.G. (Eds.) (1998b).

Terry, D., and Hynes, G. (1998) Adjustment to a low-control situation: re-examining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1078-1092.

Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., and Pendlebury, S. (2004). The Psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-oncology*, 13(3), 177-89.

Thomas, J. L., Britt, T. W., Odle-Dusseau, H., and Bliese, P. D. (2011). Dispositional optimism buffers combat veterans from the negative effects of warzone stress on mental health symptoms and work impairment. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 866–880.

Tishler, S. L. (1978). Breast disorders. In M. T. Notman & C. C. Nadelson (Eds.), *The woman patient: Medical and psychological interfaces* (Vol. 1, pp. 233-246). New York: Plenum.

Tjemsland, L., Soreide, J. A., and Malt, U. F. (1996b). Traumatic distress symptoms in early breast cancer. II: Outcome six weeks post surgery. *Psycho-Oncology*, 5, 295-303.

Tjemsland, L., Soreide, J. A., and Malt, U. F. (1998). Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer. III: Status one year after surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 47, 141-151.

Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R., and Wigal, J. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Theory and Research*, 13, 343-361.

Tomich, P. L., and Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11, 154-169.

Tomich, P. L., and Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23.

Tomich, P. L., and Helgeson, V. S. (2012). Posttraumatic growth following cancer: links to quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 567-73.

Tomich, P. L., and Helgeson, V. S. (2006). Breast cancer recurrence and cognitive adaptation theory: Are there limits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 980-987.

Trapnell, P. D., and Campbell, J. D. (1999). Self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.

Turner, M. (2003). Psychological issues for the patient with breast cancer. In V. Harmer (Ed.), *Breast cancer: Nursing care and management* (pp. 312-333). London: Whurr.

Ullman, S.E., and Siegel, J.M. (1996). Traumatic events and physical health in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 703-720.

Ullrich, P., Lutgendorf, S., and Stapleton, J. (2002). Social constraints and depression in HIV infection: Effects of sexual orientation and area of residence. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 21(1), 46-66.

Updegraff, J. A., and Taylor, S. E. (2001). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), *Handbook of loss and trauma*. New York: Bruner/Mazel.

Updegraff, J.A., and Taylor, S.E. (2000). From vulnerability to growth: The positive and negative effects of stressful life events. In J. Harvey & E. Miller (Eds.), *Loss and trauma*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.

Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., and Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 20, 175-192.

Van Hoof, M., Mcfarlane, A.C., Baur, J., Abraham, M., and Barnes, J. (2009). The stressor criterion-A1 and PTSD: a matter of opinion? *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 77-86.

Vautier, S., Raufaste, E., and Cariou, M. (2003). Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of the filler items. *International Journal of Psychology*, 38, 390-400.

Veit, C., and Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.

Vickberg, S.M., Bovbjerg, D., DuHamel, K., Currie, V., and Redd, W. (2000). Intrusive thoughts and psychological distress among breast cancer survivors: Global meaning as a possible protective factor. *Behavioral Medicine*, 25:152-160.

Vivar, C.G., and McQueen, A. J. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, Sep; 51(5), 520-8.

Walker, L.G., Heys, S.D., Walker, M.B., et al (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, 35, 1783-8.

Wasserman, A.L., Thomson, E.I., Williams, J.A., and Fairclough, D.L. (1987). The psychological status of childhood/adolescent Hodgkin's disease. *American Journal of Diseases in Childhood*, 141, 626-631.

Watkins, E. R. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1037-1052.

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.

Watson, M., Greer., Rowden, L., Gorman, C., Roberston, B., Bliss, J.M., and Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.

Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., and Bliss, J. (1994). The mini-mac: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., and Keane, T. M. (1993). *PTSD Checklist (PCL)*. Boston: National Center for PTSD.

Weathers, F.W., and Keane, T.M. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20,107–121.

Weathers, F.W., Huska, J.A., and Keane, T.M. (1991). *The PTSD Checklist-Civilian version (PCL-C)*. Boston: Weathers, F.W. National Center for PTSD, Boston Veterans Affairs Medical Center.

Weathers, F.W., Litz, B.T., Huska, J.A., and Keane, T.M. (1994). PCL-C for DSM-IV. Boston: National Center for PTSD-Behavioral Sciences Division.

Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71, 3-25.

Weiner, B. (1985). An attribution theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.

Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. Springer Verlag, New York.

Weisman, A.D., and Worden, J.W. (1976). The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7, 1-15.

Weiss, D., and Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.

Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65-80.

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733-746.

Wenzel, L.B., Fairclough, D.L., Brady, M.J., et al (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*, 86, 1768-74.

Widows, M. R., Jacobsen, P. B., and Fields, K. K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 873-882.

Widows, M.R., Jacobsen, P.B., Booth-Jones, M., and Fields, K.K. (2005). Predictors of post-traumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24, 266-273.

Wild, N., and Paivio, S. (2003). Psychological adjustment, coping and emotion regulation as predictors of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 8, 97-122.

Wittenberg, L., Yutsis, M., Taylor, S., Giese- Davies, J., Bliss- Isberg, C., Star, P., and Spiegel, D. (2010). Marital status predicts change in distress and well- being in women newly diagnosed with breast cancer and their peer counselors. *The Breast Journal*, 16 (5), 481- 485.

Wolfe, J., and Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment if posttraumatic stress disorder. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 192-238). New York: Guildford Press.

Wong, P., and Weiner, B. (1981). When people ask “Why” questions and the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 650- 663.

Wortman, C.B. (2004). Posttraumatic growth: progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 81-90

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yehuda, R., Keefe, R. S. E., Harvey, P. D., Levengood, R. A., Gerber, D. K., Geni, J., and Siever, L. J. (1995). Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 137–139.

Zakowski, S.G., Harris, C., Krueger, N., Laubmeier, K.K., Garrett, S., Flanigan, R., et al. (2003). Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *British Journal of Health Psychology*, 8, 271-286.

Zakowski, S.G., Ramati, A., Morton, C., Johnson, P., and Flanigan, R. (2004). Emotional Disclosure Buffers the Effects of Social Constraints

on Distress Among Cancer Patients. *Health Psychology*, 23 (6), 555–563.

Zilberg, N. J., Weiss, D. S., and Horowitz, M. J. (1982). Impact of Event Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 407- 414.

Zoellner, L. A., Foa, E. B., and Bartholomew, D. B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 689–700.

Zoellner, T., and Maercker., A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review* 26 (5), 626-653.

Zwick, W., and Velicer, W. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99, 432-444.

Γαλάνης Π. (2009) Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(5), 699-711.

Δαφέρμος Β. (2009) *Παραγοντική Ανάλυση: Διερευνητική με το SPSS και Επιβεβαιωτική με το LISREL*, Αθήνα: Εκδόσεις Γκιούρδας.

Ιωαννίδου- Μουζάκα, Α., Μανδρέκας, Α., και Μπαρμπούνης, Β. (Επιμ.) (2007). Σύγχρονη Μαστολογία II. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Κουλάκογλου Κ. (2002) *Ψυχομετρία και ψυχολογική αξιολόγηση*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

Λινός, Δ. (2008). *Αυτοεξέταση μαστού και κλινική εξέταση*. Στο Σκάρλος. Δ.Β. (Επιμ.) (2008). Πάνω απ' όλα Γυναίκα: Οδηγός για τον Καρκίνο του

Μαστού- Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «'Άλμα Ζωής». Εκδόσεις Διόπτρα.

Μαμαλάκης, Γ., και Τριλίβα, Σ. (2002). Τεστ Προσανατολισμού για τη ζωή (Life Orientation Test-LOT). Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (σελ. 334-335). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μάνος, Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. University Studio Press.

Μαρκόπουλος, Χ. (2008). Παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Στο Σκάρλος, Δ.Β. (Επιμ.) (2008). Πάνω απ' όλα Γυναίκα: Οδηγός για τον Καρκίνο του Μαστού- Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «'Άλμα Ζωής». Εκδόσεις Διόπτρα.

Μουσσάς, Γ.Ι., Παπαδοπούλου, Α.Γ., Χριστοδουλάκη, Α.Γ. και Καρκανιάς, Α.Π. (2012). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: σχέση με την εντόπιση της νόσου. *Ψυχιατρική*, 23(1), 46-55.

Σακοράφος, Γ., και Σαφιολέα, Μ. (2009). Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. *Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη*.

Σκάρλος, Δ.Β. (2008). Μαθαίνω για τον Καρκίνο Μαστού. Στο Σκάρλος, Δ.Β. (Επιμ.) (2008). Πάνω απ' όλα Γυναίκα: Οδηγός για τον Καρκίνο του Μαστού- Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «'Άλμα Ζωής». Εκδόσεις Διόπτρα.

Φινοκαλιώτη, Μ., και Κουτρούλη, Ν. (2007). Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού. Στο Ιωαννίδου-Μουζάκα, Λ., Μανδρέκας, Α. & Μπαρμπούνης, Β. (Επιμ.) Σύγχρονη Μαστολογία II. *Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη*.

Παράρτημα: Ψυχομετρικά Εργαλεία Έρευνας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ

Πριν καιρό, είχατε την εμπειρία μιας ασθένειας.

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω υπάρχει μία σειρά προτάσεων που έγιναν από ανθρώπους οι οποίοι βρέθηκαν αντιμέτωποι με παρόμοια γεγονότα που προκαλούν στρες. Σας παρακαλούμε σημειώστε για κάθε πρόταση, δείχνοντας το πόσο συχνά αυτές οι δηλώσεις **ήταν αληθινές** για εσάς κατά τη διάρκεια των τελευταίων **επτά ημερών**. Αν δεν εμφανίστηκαν αυτήν την περίοδο σας παρακαλούμε σημειώστε την κατηγορία “Καθόλου”.

1 = Καθόλου

2 = Σπάνια

3 = Μερικές Φορές

4 = Συχνά

-
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Το σκεφτόμουν παρότι δεν το ήθελα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Όταν το σκεφτόμουν ή μου το υπενθύμιζαν, εμπόδιζα τον εαυτό μου να νιώσει ταραχή. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Προσπαθούσα να το διώξω από το νου μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Εξαιτίας διαφόρων εικόνων ή σκέψεων σχετικά με αυτό, που έρχονταν στο μυαλό μου, δυσκολευόμουν να με | | | | |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| πάρει ο ύπνος ή να κοιμηθώ για ώρα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Με κυρίευαν έντονα συναισθήματα σχετικά με αυτό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Έβλεπα όνειρα σχετικά με αυτό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Απομακρύνθηκα από οτιδήποτε μου το θύμιζε. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ένιωθα σαν να μην είχε συμβεί, ή σαν να μην είχε γίνει στην πραγματικότητα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Προσπαθούσα να μην μιλώ γι' αυτό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Εικόνες σχετικά με αυτό περνούσαν γρήγορα και απρόοπτα από τη σκέψη μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Συνέχιζα να το σκέφτομαι εξαιτίας άλλων καταστάσεων που μου το υπενθύμιζαν | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Καταλάβαινα ότι ένιωθα μέσα μου πολλά συναισθήματα σχετικά με αυτό, αλλά δεν μπορούσα να τα ηρεμήσω. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Προσπαθούσα να μην το σκέφτομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 |

14. Οτιδήποτε μου το υπενθύμιζε, ξανάφερνε έντονα συναισθήματα σχετικά με αυτό 1 2 3 4

15. Τα συναισθήματά μου σχετικά με αυτό με παραλύουν 1 2 3 4

Κλίμακα Μέτρησης Αισιοδοξίας

Revised Life Orientation Test (LOT-R)

Οδηγίες

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}= Ουδέτερη

{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 αισιόδοξη για το μέλλον μου.

_____ 5. Τα περνάω πολύ καλά με τους φίλους μου.

_____ 6. Είναι σημαντικό για μένα να είμαι συνεχώς απασχολημένος.

_____ 7. Σπάνια περιμένω τα πράγματα να μου πάνε όπως θέλω.

_____ 8. Δεν τaráσσομαι πάρα πολύ εύκολα.

_____ 9. Σπάνια περιμένω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.

_____ 10. Γενικά, περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά παρά κακά πράγματα.

McFarland et al – State level measure of Reflection and Brooding

Σκεφτείτε τη στρεσογόνο εμπειρία που περιγράψατε ως πιο σημαντική και κατόπιν σημειώστε παρακαλώ το βαθμό στον οποίο σκεφτήκατε αυτή την εμπειρία σας με τους παρακάτω τρόπους. Παρακαλώ χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα:

0 – Σχεδόν ποτέ

1 – Μερικές φορές

2 – Συχνά

3 – Σχεδόν πάντα

Λίστα αυτανάκλασης

- ___ 1. Δε θέλω να αναμασώ τα συναισθήματά μου
- ___ 2. Αισθάνομαι ότι θέλω να κάνω κάτι για να νιώσω καλύτερα.
- ___ 3. Αισθάνομαι ότι αποσιώ τον εαυτό μου από αυτά τα συναισθήματα.
- ___ 4. Αισθάνομαι ότι κάνω κάτι που απόλαυσα στο παρελθόν.
- ___ 5. Θεωρώ τα συναισθήματά μου ξεκάθαρα και μου είναι εύκολο να τα ονομάσω.
- ___ 6. Δεν μπορώ να αρνηθώ ότι νιώθω κάτι.
- ___ 7. Θεωρώ ότι μπορώ να αναγνωρίσω όποιον αρνητισμό έχω.
- ___ 8. Είμαι πρόθυμη να προσέξω τα συναισθήματά μου.
- ___ 9. Τα συναισθήματά μου μπορούν να ελεχθούν.
- ___ 10. Πιστεύω ότι μπορώ να αλλάξω και να βελτιώσω τα συναισθήματά μου.
- ___ 11. Αν γνωρίζω τι νιώθω, μπορώ να αλλάξω τη διάθεσή μου.
- ___ 12. Μπορώ να σκεφτώ θετικά για να εξαλείψω όποιο αρνητικό συναίσθημα έχω.

Λίστα συλλογισμού

- ___ 1. Πιάνω τον εαυτό μου επικεντρωμένο στα συναισθήματά μου.
- ___ 2. Νιώθω παθητική και εξαντλημένη.
- ___ 3. Πιάνω τον εαυτό μου να αναρωτιέμαι γιατί νιώθω έτσι για εμένα.

- _____ 4. Έχω την τάση να αναμασώ τα συναισθήματά μου εφόσον σκεφτώ εμπειρίες όπως αυτή.
- _____ 5. Αναρωτιέμαι γιατί αντιδρώ πάντα με τον ίδιο τρόπο.
- _____ 6. Πιάνω τον εαυτό μου να συλλογίζομαι αρκετά για τη διάθεσή μου.
- _____ 7. Θέλω να μείνω μόνη μου και να αναλύσω περισσότερο τις αντιδράσεις μου.
- _____ 8. Αισθάνομαι τόσο συγκεντρωμένη στον εαυτό μου σαν να με παρατηρώ.
- _____ 9. Πιάνω τον εαυτό μου να αναρωτιέμαι τι μπορεί να υπονοούν οι αντιδράσεις μου για το άτομό μου.
- _____ 10. Τα συναισθήματά μου είναι ανάμικτα και δεν μπορώ να τα ονομάσω εύκολα.
- _____ 11. Δεν είναι εύκολο να αλλάξω ή να βελτιώσω τη διάθεσή μου.
- _____ 12. Έχω επίγνωση των συναισθημάτων μου, αλλά δεν είμαι σίγουρη τι να κάνω για αυτά.

Ερωτηματολόγιο Συλλογισμού και Αντανάκλασης (RRQ)

Παρακαλώ σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε μια από τις παρακάτω δηλώσεις, γράφοντας την απάντησή σας αριστερά από την κάθε δήλωση.

Παρακαλώ χρησιμοποιήστε την παρακάτω κλίμακα.

1= Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ

3= Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ

4= Συμφωνώ

5= Συμφωνώ απόλυτα

Συλλογισμός

_____ 1. Η προσοχή μου επικεντρώνεται συχνά σε πλευρές του εαυτού μου που εύχομαι να σταματούσα να σκέφτομαι

_____ 2. Φαίνεται ότι πάντα αναμασώ νοερά πράγματα που είπα ή έκανα πρόσφατα

_____ 3. Μερικές φορές μου είναι δύσκολο να σταματήσω τις σκέψεις που κάνω για τον εαυτό μου

_____ 4. Αρκετό χρονικό διάστημα αφότου λήξει μια λογομαχία ή διαφωνία, συνεχίζω να σκέφτομαι αυτό που συνέβη

_____ 5. Έχω την τάση να μηρυκάζω ή να αναμασώ πράγματα για πολύ καιρό αφότου συνέβησαν

_____ 6. Δε χάνω χρόνο σκεπτόμενος ξανά πράγματα που έγιναν και ανήκουν στο παρελθόν

_____ 7. Συχνά, αναπαράγω στο μυαλό μου τον τρόπο που συμπεριφέρθηκα σε μια κατάσταση στο παρελθόν

_____ 8. Συχνά, πιάνω τον εαυτό μου να επανεκτιμά κάτι που έκανα

_____ 9. Ποτέ δε συλλογίζομαι ή αναμασώ σκέψεις για τον εαυτό μου για πολύ καιρό

_____ 10. Μου είναι εύκολο να βγάλω τις ανεπιθύμητες σκέψεις από το μυαλό μου

_____ 11. Συχνά, αναλογίζομαι γεγονότα της ζωής μου, τα οποία δε θα έπρεπε να με απασχολούν πια

_____ 12. Σπαταλώ αρκετό χρόνο σκεπτόμενος ξανά στιγμές που ντρόπιασα ή απογοήτευσα τον εαυτό μου

Αντανάκλαση

_____ 13. Δεν με εκφράζει πολύ ένας φιλοσοφικός ή αφηρημένος τρόπος σκέψης

_____ 14. Δεν είναι στον τύπο μου να διαλογίζομαι

_____ 15. Μου αρέσει να εξερευνώ τον εσωτερικό εαυτό μου

_____ 16. Οι στάσεις και τα συναισθήματά μου για τα πράγματα με συναρπάζουν

_____ 17. Δεν με απασχολεί πραγματικά να κάνω ενδοσκόπηση ή αυτοστοχασμό

_____ 18. Μου αρέσει να αναλύω γιατί κάνω κάποια πράγματα

_____ 19. Οι άλλοι λένε συχνά ότι είμαι ένας βαθυστόχαστος, εσωστρεφής τύπος ανθρώπου

_____ 20. Δε με ενδιαφέρει πολύ η ανάλυση του εαυτού μου

_____ 21. Είναι στη φύση μου να διερευνώ πολύ τον εαυτό μου

_____ 22. Μου αρέσει να συλλογίζομαι την ουσία και το νόημα των πραγμάτων

_____ 23. Συχνά μου αρέσει να εξετάζω τη ζωή μου με φιλοσοφικό τρόπο

_____ 24. Δε συνηθίζω να συλλογίζομαι για τον εαυτό μου

Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Χαρακτηριστικού της Ελπίδας

Οδηγίες: παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση προσεκτικά. Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα, παρακαλώ επιλέξτε το βαθμό που **ΣΑΣ** αντιπροσωπεύει καλύτερα και σημειώστε το στο κενό δίπλα από την κάθε δήλωση

1. =Απόλυτα Λάθος
2. = Κατά βάση Λάθος
- 3.= Μάλλον Λάθος
- 4.= Ελαφρώς Λάθος
5. = Ελαφρώς Σωστό
- 6.= Μάλλον Σωστό
7. = Κατά βάση Σωστό
- 8.= Απόλυτα Σωστό

___ 1. Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους για να βγω από μια δύσκολη θέση

___ 2. Κυνηγώ ενεργητικά τους στόχους μου

___ 3. Τον περισσότερο καιρό νιώθω κουρασμένος

___ 4. Υπάρχουν αρκετές λύσεις σε σχέση με ένα πρόβλημα

___ 5. Εύκολα κατατροπώνομαι σε μια λογομαχία

___ 6. Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους να κατακτήσω στη ζωή μου αυτά που είναι σημαντικά για εμένα

___ 7. Ανησυχώ για την υγεία μου

___ 8. Ακόμα κι όταν οι άλλοι αποθαρρύνονται, ξέρω ότι μπορώ να βρω ένα τρόπο να λύσω το πρόβλημα

___ 9. Οι εμπειρίες του παρελθόντος μου με προετοίμασαν ικανοποιητικά για το μέλλον

___ 10. Πέτυχα πολλά στη ζωή μου

___ 11. Συνήθως όλο και για κάτι ανησυχώ

___ 12. Επιτυγχάνω τους στόχους που έχω θέσει για τον εαυτό μου

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΡΟΠΟΥ ΑΠΟΔΟΣΗΣ (ASQ)

Θα θέλαμε να προσπαθήσεις να φανταστείς τον εαυτό σου στις καταστάσεις που ακολουθούν. Εάν παρουσιαζόταν μια τέτοια κατάσταση στη ζωή σου, τι θα πίστευες ότι την προκάλεσε; Παρόλο που οι καταστάσεις μπορεί να έχουν πολλές αιτίες, θα θέλαμε να επιλέξεις μόνο την πιο σημαντική αιτία που θα είχε προκαλέσει αυτή την κατάσταση στη ζωή σου. Σε παρακαλούμε να σημειώσεις την αιτία αυτή στο κενό που υπάρχει για κάθε κατάσταση. Κατόπιν, θα θέλαμε να απαντήσεις κάποιες ερωτήσεις σε σχέση με την αιτία αυτή καθώς και μια τελική ερώτηση σχετικά με την κατάσταση.

Συναντάς έναν φίλο που σου κάνει κομπλιμέντα για την εμφάνισή σου.

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....
2. Ο λόγος για τον οποίο ο φίλος σου κάνει κομπλιμέντα για την εμφάνισή σου αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)
Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες
3. Στο μέλλον, αν κάποιος φίλος σου κάνει κομπλιμέντα για την εμφάνισή σου, θα ισχύει πάλι ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)
Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα
4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;
Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες τις πλευρές της ζωής μου αυτή την κατάσταση
5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)
Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά σημαντική σημαντική

Αναζητάς δουλειά ανεπιτυχώς για αρκετό χρονικό διάστημα

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....
2. Ο λόγος για τον οποίο δεν βρίσκεις δουλειά αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)
Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες
3. Στο μέλλον, αν δεν βρίσκεις δουλειά, θα ισχύει πάλι ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)
Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα

4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;

**Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες
αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου**

5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)

**Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
σημαντική σημαντική**

Αποκτάς πολλά χρήματα.

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....

2. Ο λόγος για τον οποίο αποκτάς πολλά χρήματα αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες

3. Στο μέλλον, αν αποκτήσεις και πάλι πολλά χρήματα, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα

4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;

**Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες
αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου**

5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)

**Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
σημαντική σημαντική**

Ένας φίλος απευθύνεται σε εσένα για κάποιο πρόβλημά του και δεν προσπαθείς να τον βοηθήσεις

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:

2. Ο λόγος για τον οποίο δεν προσπαθείς να βοηθήσεις τον φίλο σου αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες

3. Στο μέλλον, αν δεν προσπαθήσεις να βοηθήσεις ένα φίλο σου, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα

4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;

**Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες
αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου**

5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)

**Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
σημαντική σημαντική**

Κάνεις μια ομιλία και το κοινό αντιδρά πολύ αρνητικά

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....
2. Ο λόγος για τον οποίο το κοινό αντέδρασε αρνητικά στην ομιλία σου αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες

3. Στο μέλλον, αν το κοινό αντιδράσει αρνητικά σε μία ομιλία σου, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα

4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;

**Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες
αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου**

5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)

**Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
Σημαντική σημαντική**

Αξιολογείται θετικά ένα έργο που ολοκλήρωσες

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....
2. Ο λόγος για τον οποίο αξιολογήθηκε θετικά ένα έργο που ολοκλήρωσες αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες

3. Στο μέλλον, αν ένα έργο που ολοκλήρωσες αξιολογηθεί θετικά, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα

4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;

**Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες
αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου**

5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)

**Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
Σημαντική σημαντική**

Συναντάς ένα φίλο και σε αντιμετωπίζει εκθρικά

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....
2. Ο λόγος για τον οποίο σε αντιμετωπίζει εκθρικά ένας φίλος αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες

3. Στο μέλλον, αν ένας φίλος σε αντιμετωπίσει εκθρικά, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα

4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;

**Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες
αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου**

5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)

**Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
Σημαντική σημαντική**

Δεν μπορείς να ολοκληρώσεις όλη τη δουλειά που περιμένουν οι υπόλοιποι από εσένα

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....

2. Ο λόγος για τον οποίο δεν μπορείς να ολοκληρώσεις όλη τη δουλειά που περιμένουν οι υπόλοιποι από εσένα αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες

3. Στο μέλλον, αν δεν μπορέσεις να ολοκληρώσεις όλη τη δουλειά που περιμένουν από εσένα, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα

4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;

**Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες
αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου**

5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)

**Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
Σημαντική σημαντική**

Ο σύντροφός σου συμπεριφέρεται πιο τρυφερά

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία :.....

2. Ο λόγος για τον οποίο ο σύντροφός σου συμπεριφέρεται πιο τρυφερά αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες

3. Στο μέλλον, αν ο σύντροφός σου συμπεριφέρεται πιο τρυφερά, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα

4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;

**Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες
αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου**

5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)

Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά

Σημαντική

σημαντική

Κάνεις αίτηση για μια θέση (για παράδειγμα, σημαντική δουλειά, εισαγωγή σε εκπαιδευτικό ίδρυμα) την οποία επιθυμείς πολύ και την κατακτάς

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....
2. Ο λόγος για τον οποίο κατακτάς μια θέση την οποία επιθυμείς πολύ αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)
Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες
3. Στο μέλλον, αν κατακτήσεις μια θέση την οποία επιθυμείς πολύ, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)
Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα
4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;
Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου
5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)
Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
Σημαντική σημαντική

Βγαίνεις ραντεβού και εξελίσσεται σε αποτυχία

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....
2. Ο λόγος για τον οποίο εξελίσσεται σε αποτυχία ένα ραντεβού αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)
Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες
3. Στο μέλλον, αν ένα ραντεβού εξελιχθεί σε αποτυχία, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)
Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα
4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;
Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου
5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)
Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
Σημαντική σημαντική

Παίρνεις αύξηση

1. Σημείωσε την πιο σημαντική αιτία:.....

2. Ο λόγος για τον οποίο παίρνεις αύξηση αφορά εσένα, τους άλλους ή τις συνθήκες; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Εμένα 1 2 3 4 5 6 7 Τους άλλους/τις συνθήκες

3. Στο μέλλον, αν πάρεις αύξηση, θα ισχύει ο ίδιος λόγος; (κύκλωσε έναν αριθμό)

Ποτέ ξανά 1 2 3 4 5 6 7 Θα ισχύει πάντα

4. Ο λόγος αυτός επηρεάζει μόνο τη συγκεκριμένη κατάσταση ή και άλλες πλευρές της ζωής σου;

**Επηρεάζει μόνο 1 2 3 4 5 6 7 Επηρεάζει όλες
αυτή την κατάσταση τις πλευρές της ζωής μου**

5. Εάν αυτή η κατάσταση παρουσιαζόταν όντως στη ζωή σου, πόσο σημαντική θα ήταν για εσένα; (Κύκλωσε έναν αριθμό)

**Καθόλου 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά
Σημαντική σημαντική**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΡΟΠΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ (BRIEF COPE)

Ενδιαφερόμαστε να μάθουμε πώς αντιμετωπίζετε συνήθως το άγχος (στρες) στη ζωή σας. Σε σχέση με το πρόβλημα της ασθένειας σας, βάλτε έναν κύκλο στον αριθμό που αντιστοιχεί στην επιλογή σας. Χρησιμοποιείστε την παρακάτω κλίμακα:

1= Δεν ενεργώ με αυτό τον τρόπο <u>καθόλου</u>
2= Ενεργώ με αυτό τον τρόπο <u>λίγο</u>
3= Ενεργώ με αυτό τον τρόπο <u>σε μέτριο βαθμό</u>
4= Ενεργώ με αυτό τον τρόπο <u>πολύ</u>

		Καθόλου	Λίγο	Σε μέτριο βαθμό	Πολύ
1.	Στρέφομαι προς τη δουλειά και άλλες ασχολίες για να ξεχνάω το πρόβλημα μου.	1	2	3	4
2.	Επικεντρώνω τις προσπάθειες μου για να κάνω κάτι σχετικά με το πρόβλημα μου.	1	2	3	4
3.	Λέω στο εαυτό μου ότι "αυτό που μου συμβαίνει δεν είναι πραγματικότητα".	1	2	3	4
4.	Καταναλώνω αλκοόλ και/ή άλλες ουσίες για να <u>αισθανθώ καλύτερα</u> .	1	2	3	4
5.	Παίρνω συναισθηματική υποστήριξη από τους άλλους.	1	2	3	4
6.	Παραιτούμαι από κάθε προσπάθεια να αντιμετωπίσω το πρόβλημα.	1	2	3	4
7.	Παίρνω μέτρα για να βελτιώσω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι.	1	2	3	4
8.	Αρνούμαι να πιστέψω ότι μου συμβαίνει αυτό.	1	2	3	4
9.	Μιλώ για να εκτονώσω τα αρνητικά μου συναισθήματα.	1	2	3	4

10.	Δέχομαι βοήθεια και συμβουλές από τους άλλους.	1	2	3	4
11.	Χρησιμοποιώ διάφορες ουσίες (όπως αλκοόλ) για να <u>ξεπεράσω το πρόβλημα μου</u> .	1	2	3	4
12.	Προσπαθώ να δω την κατάστασή μου με διαφορετικό τρόπο, να βρω κάτι θετικό.	1	2	3	4
13.	Ασκώ κριτική προς τον εαυτό μου.	1	2	3	4
14.	Προσπαθώ να καταστρώσω ένα στρατηγικό σχέδιο για το τι θα κάνω.	1	2	3	4
15.	Δέχομαι συμπόνια (παρηγοριά) και κατανόηση από τους άλλους.	1	2	3	4
16.	Εγκαταλείπω κάθε προσπάθεια να ανταπεξέλθω στην κατάσταση.	1	2	3	4
17	Ψάχνω να βρω κάτι καλό σε ό,τι έχει συμβεί.	1	2	3	4
18	Αστειεύομαι σχετικά με το πρόβλημά μου.	1	2	3	4
19	Κάνω διάφορα πράγματα για να σκέφτομαι λιγότερο το πρόβλημα μου, όπως πηγαίνω στον κινηματογράφο, βλέπω τηλεόραση, διαβάζω, ονειροπολώ, κοιμάμαι ή πάω για ψώνια.	1	2	3	4
20	Έχω αποδεχτεί ότι είναι πραγματικότητα αυτό που μου συνέβη.	1	2	3	4
21	Εκφράζω τα αρνητικά μου συναισθήματα.	1	2	3	4
22	Προσπαθώ να βρω ανακούφιση στη θρησκεία ή σε άλλες πνευματικές ενασχολήσεις.	1	2	3	4
23	Προσπαθώ να πάρω συμβουλές και βοήθεια από τους άλλους ανθρώπους σχετικά με το τι πρέπει να κάνω.	1	2	3	4

24	Προσπαθώ να μάθω να ζω με το πρόβλημα μου.	1	2	3	4
25	Σκέφτομαι σοβαρά τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσω.	1	2	3	4
26	Κατηγορώ τον εαυτό μου σχετικά με όσα έγινα.	1	2	3	4
27	Προσεύχομαι ή κάνω διαλογισμό.	1	2	3	4
28	Προσπαθώ να διακωμωδήσω την κατάσταση.	1	2	3	4

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ

Μερικές φορές ακόμα και όταν οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής μας (σύντροφος, οικογένεια, φίλοι) έχουν καλές προθέσεις, μπορεί να πουν ή να κάνουν πράγματα που μας αναστατώνουν. Σκέψου και απάντησε, για τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οι σημαντικοί άνθρωποι στο περιβάλλον σου έκαναν τα παρακάτω. Χρησιμοποίησε την κλίμακα:

1= Ποτέ, 2= Σπάνια, 3= Μερικές φορές, 4= Συχνά

1. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου άλλαξαν θέμα όταν προσπαθούσες να μιλήσεις για την ασθένεια σου.	1	2	3	4
2. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου φαινόταν να μην καταλαβαίνουν την κατάσταση σχετικά με την υγεία σου.	1	2	3	4
3. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε απέφευγαν.	1	2	3	4
4. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου ελαχιστοποιούσαν το πρόβλημα υγείας που έχεις αντιμετωπίσει.	1	2	3	4
5. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου φαινόταν να κρύβουν τα συναισθήματα τους.	1	2	3	4
6. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου συμπεριφέρονταν αμήχανα όταν μιλούσες	1	2	3	4

για την ασθένεια σου.				
7. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου υποτιμούσαν το πρόβλημα υγείας που έχεις αντιμετωπίσει.	1	2	3	4
8. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου παραπονιόντουσαν για τα δικά τους προβλήματα όταν εσύ ήθελες να μοιραστείς τα δικά σου προβλήματα σχετικά με την ασθένεια	1	2	3	4
9. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου συμπεριφέρονταν με ένα χαρούμενο τρόπο γύρω σου για να κρύψουν τα αληθινά τους συναισθήματα και ανησυχίες.	1	2	3	4
10. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σου είπαν να μην ανησυχείς τόσο πολύ για την υγεία σου.	1	2	3	4
11. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σου είπαν να προσπαθήσεις να μην σκέφτεσαι την ασθένεια σου.	1	2	3	4
12. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου δεν ήθελαν να ακούσουν για το πρόβλημα της υγείας σου.	1	2	3	4
13. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε έκαναν να νιώθεις ότι έπρεπε να κρατήσεις για τον εαυτό σου τα συναισθήματα σου	1	2	3	4

σχετικά με την ασθένεια σου, επειδή τους έκαναν να νιώθουν άβολα.				
14. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε έκαναν να νιώθεις ότι έπρεπε να κρατήσεις για τον εαυτό σου τα συναισθήματα σου σχετικά με την ασθένεια, επειδή τους προκαλούσαν ανησυχία.	1	2	3	4
15. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα, οι σημαντικοί άνθρωποι της ζωής σου σε απογοήτευσαν επειδή δεν σου έδειχναν την αγάπη και την φροντίδα που θα ήθελες.	1	2	3	4

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΜΕΤΑ-ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Υποδείξτε για κάθε μία από τις παρακάτω φράσεις/προτάσεις το βαθμό στον οποίο αυτή η αλλαγή παρουσιάστηκε στη ζωή σας, ως αποτέλεσμα της ασθένειάς σας, χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα:

0= **δεν βίωσα** αυτή την αλλαγή σαν αποτέλεσμα της ασθένειάς μου

1= **βίωσα** αυτή την αλλαγή **σε πολύ μικρό βαθμό** σαν αποτέλεσμα της ασθένειάς μου

2= **βίωσα** αυτή την αλλαγή **σε μικρό βαθμό** σαν αποτέλεσμα της ασθένειάς μου

3= **βίωσα** αυτή την αλλαγή **σε μεσαίο βαθμό** σαν αποτέλεσμα της ασθένειάς μου

4= **βίωσα** αυτή την αλλαγή **σε μεγάλο βαθμό** σαν αποτέλεσμα της ασθένειάς μου

5= **βίωσα** αυτή την αλλαγή **σε πολύ μεγάλο βαθμό** σαν αποτέλεσμα της ασθένειάς μου

		Καθόλου	Σε <u>πολύ</u> μικρό βαθμό	Σε μικρό βαθμό	Σε μεσαίο βαθμό	Σε μεγάλ ο βαθμό	Σε <u>πολύ</u> μεγάλο βαθμό
1.	Άλλαξα τις προτεραιότητες μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή.	0	1	2	3	4	5
2.	Έχω μεγαλύτερη εκτίμηση για την αξία της ίδιας μου της ζωής.	0	1	2	3	4	5
3.	Έχω αναπτύξει νέα	0	1	2	3	4	5

	ενδιαφέροντα						
4.	Έχω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.	0	1	2	3	4	5
5.	Έχω μεγαλύτερη κατανόηση για πνευματικά θέματα.	0	1	2	3	4	5
6.	Βλέπω πιο ξεκάθαρα ότι μπορώ να στηριχτώ σε άλλους στις δύσκολες στιγμές.	0	1	2	3	4	5
7.	Έκανα μια νέα αρχή στη ζωή μου.	0	1	2	3	4	5
8.	Έχω πιο έντονη την αίσθηση της οικειότητας με τους άλλους.	0	1	2	3	4	5
9.	Είμαι πρόθυμος να εκφράσω τα συναισθήματά μου.	0	1	2	3	4	5
10	Ξέρω ότι μπορώ να αντιμετωπίσω δυσκολίες.	0	1	2	3	4	5
11	Είμαι σε θέση να αξιοποιήσω	0	1	2	3	4	5

	καλύτερα τη ζωή μου.						
12	Μπορώ να αποδεχτώ περισσότερο το πώς εξελίσσονται τα πράγματα.	0	1	2	3	4	5
13	Εκτιμώ καλύτερα την κάθε μέρα.	0	1	2	3	4	5
14	Νέες ευκαιρίες είναι διαθέσιμες, οι οποίες δεν υπήρχαν πριν.	0	1	2	3	4	5
15	Έχω μεγαλύτερη συμπόνια για τους άλλους ανθρώπους.	0	1	2	3	4	5
16	Προσπαθώ περισσότερο για τις σχέσεις μου.	0	1	2	3	4	5
17	Προσπαθώ περισσότερο να αλλάξω πράγματα που χρειάζεται να αλλαχθούν.	0	1	2	3	4	5
18	Έχω πιο έντονη την θρησκευτική μου πίστη.	0	1	2	3	4	5
19	Ανακάλυψα ότι είμαι πιο	0	1	2	3	4	5

	δυνατή απ'ότι νόμιζα.						
20	Έμαθα πολλά για το πόσο υπέροχοι είναι οι άνθρωποι.	0	1	2	3	4	5
21	Αποδέχομαι καλύτερα πως έχω ανάγκη τους άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4	5

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ**

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω δίδεται μια λίστα με προβλήματα και συμπτώματα που οι άνθρωποι παρουσιάζουν μερικές φορές, ως συνέπεια τραυματικών εμπειριών της ζωής τους. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση προσεκτικά και κυκλώστε το αντίστοιχο νούμερο ανάλογα με το κατά πόσο σας έχει ενοχλήσει το κάθε πρόβλημα (σχετικά με τον καρκίνο του μαστού) στη διάρκεια του τελευταίου μήνα.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
1.	Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις, σκέψεις ή εικόνες ενός τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος, που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναστάτωση;	1	2	3	4	5
2.	Επαναλαμβανόμενα, ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	1	2	3	4	5
3.	Ξαφνικά δράτε ή αισθάνεστε σαν να ξανασυμβαίνει τώρα το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος, να ξαναζωντανεύει και να το ξαναζείτε;	1	2	3	4	5
4.	Υπάρχει έντονη αναστάτωση και ταραχή όταν κάτι σας υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	1	2	3	4	5

5.	Νιώθετε να έχετε σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυκαρδία, δυσκολίες στην αναπνοή ή ιδρώμα, όταν κάτι σας θυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	1	2	3	4	5
6.	Αποφεύγετε σκέψεις ή συνομιλίες που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος, ή αποφεύγετε να νιώσετε και απωθείτε τα συναισθήματα που σχετίζονται με αυτό το γεγονός;	1	2	3	4	5
7.	Αποφεύγετε να συμμετέχετε σε δραστηριότητες ή να βρεθείτε σε καταστάσεις που ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	1	2	3	4	5
8.	Έχετε πρόβλημα και δυσκολία στο να θυμηθείτε σημαντικές πλευρές του τραυματικού γεγονότος του παρελθόντος;	1	2	3	4	5
9.	Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που σας άρεσαν, σας ευχαριστούσαν ή που απολαμβάνατε στο παρελθόν;	1	2	3	4	5

10.	Νιώθετε απομάκρυνση, συναισθηματική απόσταση ή αποξένωση από τους άλλους ανθρώπους, σαν ξεκομμένος από αυτούς;	1	2	3	4	5
11.	Νιώθετε συναισθηματικό μούδιασμα ή νιώθετε αδύναμος/η να έχετε συναισθήματα αγάπης για τους κοντινούς σας ανθρώπους;	1	2	3	4	5
12.	Νιώθετε ότι το μέλλον σας μπορεί να είναι κατά κάποιο τρόπο πιο σύντομο, ότι δεν θα έχετε φυσιολογική διάρκεια ζωής αλλά μικρότερη, ή ότι δεν θα πραγματοποιήσετε μελλοντικά σχέδια;	1	2	3	4	5
13.	Δυσκολεύεστε να σας πάρει ο ύπνος ή να παραμείνετε κοιμισμένος/η για πολύ;	1	2	3	4	5
14.	Είστε ευερέθιστος ή έχετε εκρήξεις θυμού;	1	2	3	4	5
15.	Δυσκολεύεστε να συγκεντρώσετε την προσοχή σας και να μην διασπάται η σκέψη σας;	1	2	3	4	5
16.	Νιώθετε ότι βρίσκεστε σε κατάσταση υπερβολικής επαγρύπνησης, σε υπερδιέγερση, σε εγρήγορση, σε επιφυλακή, και δεν μπορείτε να ησυχάσετε;	1	2	3	4	5

17.	Νιώθετε να αιφνιδιάζεστε εύκολα, να πετιέστε από τη θέση σας απότομα, ή να έχετε αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος και να τρομάζετε εύκολα;	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

Ερωτηματολόγιο Ψυχικής Υγείας (ΜΗΙ)
Κλίμακα Ψυχολογικής Δυσφορίας

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και απαντήστε σε κάθε μια σημειώνοντας με ένα ✓ στο κουτάκι δίπλα στη δήλωση που περιγράφει καλύτερα πώς ήταν η κατάσταση **για εσάς** τον τελευταίο μήνα. Δεν υπάρχει σωστή και λάθος απάντηση.

1. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσουν μόνη; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Όλη την ώρα
- 2 Την περισσότερη ώρα
- 3 Αρκετή ώρα
- 4 Λίγη ώρα
- 5 Ελάχιστη ώρα
- 6 Καθόλου

2. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά αισθανόσουν νευρική ή αναστατωμένη όταν αντιμετώπιζες αναπάντεχες καταστάσεις; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Διαρκώς
- 2 Πολύ συχνά
- 3 Αρκετά συχνά
- 4 Μερικές φορές
- 5 Σχεδόν ποτέ
- 6 Ποτέ

3. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, υπήρξε κάποιος λόγος για να αναρωτηθείς αν κάνεις το μυαλό σου ή αν κάνεις τον έλεγχο της συμπεριφοράς σου, των λεγομένων σου, των σκέψεών σου, των συναισθημάτων σου ή της μνήμης σου; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Όχι, κανένας
- 2 Ίσως σε ένα μικρό βαθμό
- 3 Ναι, αλλά δεν ήταν αρκετός για να με απασχολήσει ή να με ανησυχήσει
- 4 Ναι, και ανησύχησα λίγο
- 5 Ναι, και ανησύχησα αρκετά
- 6 Ναι και με ανησυχεί πάρα πολύ

4. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, αισθάνθηκες μελαγχολική; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Ναι, σε βαθμό που να μη με νοιάζει για τίποτα για ημέρες κάθε φορά
- 2 Ναι, ένιωθα μελαγχολική σχεδόν κάθε μέρα
- 3 Ναι, ένιωθα αρκετά μελαγχολική αρκετές φορές
- 4 Ναι, ένιωθα λίγο μελαγχολική αραιά και που
- 5 Όχι, δεν ένιωθα καθόλου μελαγχολική

5. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα υπήρξες πολύ νευρική; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Όλη την ώρα
- 2 Την περισσότερη ώρα
- 3 Αρκετή ώρα
- 4 Λίγη ώρα
- 5 Ελάχιστη ώρα
- 6 Καθόλου

6. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσουν ότι είσαι σε ένταση ή σε υπερένταση; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Όλη την ώρα
- 2 Την περισσότερη ώρα
- 3 Αρκετή ώρα
- 4 Λίγη ώρα
- 5 Ελάχιστη ώρα
- 6 Καθόλου

7. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, έλεγχες με σταθερότητα τη συμπεριφορά σου, τις σκέψεις σου, ή τα συναισθήματά σου; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Ναι, απόλυτα
- 2 Ναι, στις περισσότερες περιπτώσεις
- 3 Ναι, έτσι νομίζω
- 4 Όχι, όχι και τόσο καλά
- 5 Όχι και με ενοχλεί λίγο
- 6 Όχι και με ενοχλεί πολύ

8. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά έτρεμαν τα χέρια σου όταν προσπαθούσες να κάνεις κάτι; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Διαρκώς
- 2 Πολύ συχνά
- 3 Αρκετά συχνά
- 4 Μερικές φορές
- 5 Σχεδόν ποτέ
- 6 Ποτέ

9. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά ένιωθες ότι δεν είχες τίποτα να προσμένεις; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Διαρκώς
- 2 Πολύ συχνά
- 3 Αρκετά συχνά
- 4 Μερικές φορές
- 5 Σχεδόν ποτέ
- 6 Ποτέ

10. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα ένιωθες συναισθηματική ηρεμία; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Όλη την ώρα
- 2 Την περισσότερη ώρα
- 3 Αρκετή ώρα
- 4 Λίγη ώρα
- 5 Ελάχιστη ώρα
- 6 Καθόλου

11. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα αισθανόσουν κακόκεφη και μελαγχολική; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Όλη την ώρα
- 2 Την περισσότερη ώρα
- 3 Αρκετή ώρα
- 4 Λίγη ώρα
- 5 Ελάχιστη ώρα
- 6 Καθόλου

12. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά αισθανόσουν την ανάγκη να κλάψεις; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Διαρκώς
- 2 Πολύ συχνά
- 3 Αρκετά συχνά
- 4 Μερικές φορές
- 5 Σχεδόν ποτέ
- 6 Ποτέ

13. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά ένιωθες ότι οι άλλοι θα ήταν καλύτερα εάν δεν ζούσες; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Διαρκώς
- 2 Πολύ συχνά
- 3 Αρκετά συχνά
- 4 Μερικές φορές
- 5 Σχεδόν ποτέ
- 6 Ποτέ

14. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά ένιωθες ότι τίποτα δε γινόταν όπως επιθυμούσες; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Διαρκώς
- 2 Πολύ συχνά
- 3 Αρκετά συχνά
- 4 Μερικές φορές
- 5 Σχεδόν ποτέ
- 6 Ποτέ

15. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο σε απασχόλησε η νευρικότητά σου ή τα «νεύρα» σου; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Με απασχόλησε σε υπερβολικό βαθμό
- 2 Με απασχόλησε πάρα πολύ

- 3 Με απασχόλησαν αρκετά τα νεύρα μου
- 4 Με απασχόλησε αρκετά ώστε να προσέξω **σε ποιες περιπτώσεις** δεν μπορούσα να ελέγξω την κατάσταση
- 5 Με απασχόλησαν λίγο τα νεύρα μου
- 6 Δεν με απασχόλησε καθόλου

16. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά ένιωθες τόσο θλιμμένη που τίποτα δεν ήταν ικανό να σου φτιάξει τη διάθεση;

(Επέλεξε ένα)

- 1 Διαρκώς
- 2 Πολύ συχνά
- 3 Αρκετά συχνά
- 4 Μερικές φορές
- 5 Σχεδόν ποτέ
- 6 Ποτέ

17. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα σκέφτηκες να αυτοκτονήσεις?

(Επέλεξε ένα)

- 1 Ναι, πολύ συχνά
- 2 Ναι, αρκετά συχνά
- 3 Ναι, λίγες φορές
- 4 Ναι, μια φορά
- 5 Όχι, ποτέ

18. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα ένιωθες ανήσυχη, νευρική ή ανυπόμονη; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Όλη την ώρα
- 2 Την περισσότερη ώρα
- 3 Αρκετή ώρα
- 4 Λίγη ώρα
- 5 Ελάχιστη ώρα
- 6 Καθόλου

19. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα ένιωθες κακόκεφη ή απαισιόδοξη; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Όλη την ώρα
- 2 Την περισσότερη ώρα
- 3 Αρκετή ώρα
- 4 Λίγη ώρα
- 5 Ελάχιστη ώρα
- 6 Καθόλου

20. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά ένιωθες νευρική, αναστατωμένη ή ταραγμένη; **(Επέλεξε ένα)**

- 1 Διαρκώς
- 2 Πολύ συχνά
- 3 Αρκετά συχνά
- 4 Μερικές φορές

5 Σχεδόν ποτέ

6 Ποτέ

21. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα ένιωθες άγχος ή ανησυχία?

(Επέλεξε ένα)

1 Ναι, υπερβολικά, σε σημείο να νιώθω αναστάτωση στο στομάχι μου

2 Ναι, πάρα πολύ

3 Ναι, σε κάποιο βαθμό

4 Ναι, αρκετά ώστε να με απασχολήσει

5 Ναι, λίγο

6 Όχι καθόλου

22. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, πόσο συχνά έπιανες τον
εαυτό σου να προσπαθεί να ηρεμήσει; **(Επέλεξε ένα)**

1 Διαρκώς

2 Πολύ συχνά

3 Αρκετά συχνά

4 Μερικές φορές

5 Σχεδόν ποτέ

6 Ποτέ

23. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, για πόσο χρονικό διάστημα
ήσουν σε πεσμένη ή πολύ πεσμένη διάθεση; **(Επέλεξε ένα)**

1 Όλη την ώρα

2 Την περισσότερη ώρα

3 Αρκετή ώρα

4 Λίγη ώρα

5 Ελάχιστη ώρα

6 Καθόλου

24. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, ήσουν ή αισθανόσουν ότι
είσαι υπό ένταση, άγχος ή πίεση; **(Επέλεξε ένα)**

1 Ναι, περισσότερο από ό,τι μπορούσα να αντέξω

2 Ναι, σε αρκετή πίεση

3 Ναι, περισσότερο από τα συνηθισμένα

4 Ναι, αρκετά, αλλά σε φυσιολογικά επίπεδα

5 Ναι, λίγο

6 Όχι, καθόλου

Ερωτηματολόγιο Τραυματικών Γεγονότων (TLEQ)

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και σημειώστε με ένα X όλα τα γεγονότα από την παρακάτω λίστα που περιγράφουν μια δική σας εμπειρία.

_____ 1. Έχετε βιώσει ποτέ μια φυσική καταστροφή; (πλημμύρα, τυφώνα, σεισμό, κλπ)?

_____ 2. Έχετε εμπλακεί σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα;

_____ 3. Έχετε εμπλακεί σε οποιουδήποτε είδους ατύχημα;

_____ 4. Έχετε ζήσει, εργαστεί ή υπηρετήσει σε στρατιωτική βάση σε εμπόλεμη περιοχή;

_____ 5. Έχετε βιώσει τον ξαφνικό και αναπάντεχο θάνατο κάποιου κοντινού φίλου ή αγαπημένου προσώπου;

_____ 6. Είχατε νοσήσει ποτέ από μια απειλητική για τη ζωή σας ασθένεια;

_____ 7. Έχετε πέσει θύμα ή μάρτυρας κλοπής;

_____ 8. Σας έχει χτυπήσει ή σας έχει κακοποιήσει σωματικά σε μεγάλο βαθμό κάποιος που δεν γνωρίζατε πολύ καλά;

_____ 9. Έχετε γίνει μάρτυρας επίθεσης ή σωματικής κακοποίησης κάποιου ατόμου από κάποιον άγνωστο ή από κάποιον που δεν γνωρίζατε πολύ καλά;

_____ 10. Σας έχουν απειλήσει ότι θα σας σκοτώσουν ή θα σας προκαλέσουν σοβαρή ζημιά;

_____ 11. Σας έχει ακολουθήσει ή καταδιώξει κανείς σε τέτοιο βαθμό που να ανησυχήσετε για την ασφάλειά σας;

_____ 12. Σας έχει καστουκίσει, γρονθοκοπήσει, κλωσήσει, χτυπήσει πολύ σοβαρά, ή κακοποιήσει σωματικά με οποιοδήποτε άλλο τρόπο το έτερόν σας ήμισυ; (φίλος, σύντροφος)

_____ 13. Μετά τα 18^α γενέθλιά σας: Σας έχει παρενοχλήσει κανείς σεξουαλικά ή σας έχει αναγκάσει να τον/την αγγίξετε σε ερωτογενή σημεία του σώματος του/της ενάντια στη θέλησή σας ή τη συγκατάθεσή σας;

_____ 14. Αν απαντήσατε «Ναι» στην ερώτηση 13: Το συμβάν περιελάμβανε στοματική, πρωκτική ή κολπική διείσδυση;

_____ 15. Έως και την εφηβική σας ηλικία: Σας τιμωρούσαν σωματικά με τέτοιο τρόπο που να αποκτούσατε μελανιές, καψίματα ή άλλα τραύματα;

_____ 16. Έως την εφηβική σας ηλικία: Είχατε δει ή ακούσει σκηνές βίας μέσα στην οικογένειά σας;

_____ 17. Πριν τα 13^α γενέθλιά σας: Σας άγγιξε ή χάιδεψε το σώμα με σεξουαλικό τρόπο ή σας ανάγκασε να αγγίξετε το σώμα του/της με σεξουαλικό τρόπο κάποιο άτομο τουλάχιστον 5 χρόνια μεγαλύτερό σας;

_____ 18. Έχετε ποτέ βιώσει ή γίνει μάρτυρας άλλων γεγονότων που ήταν απειλητικά για τη ζωή, που προκάλεσαν σοβαρά τραύματα ή που σας προκάλεσαν σοβαρή ενόχληση ή δυσφορία;

Παρακαλώ περιγράψτε:

Παρακαλώ πάρτε λίγο χρόνο για να αναλογιστείτε ποια στρεσογόνος εμπειρία σας ήταν η πιο σημαντική. **Παρακαλώ κυκλώστε την εμπειρία αυτή στην παραπάνω λίστα.**

Παρακαλώ προσδιορίστε πότε περίπου έλαβε χώρα αυτή η στρεσογόνος εμπειρία:

Μήνας _____ Έτος: _____

Επιπρόσθετα, παρακαλώ **κυκλώστε τον αριθμό** από την παρακάτω κλίμακα που αντιστοιχεί στο βαθμό της δυσφορίας που σας προκάλεσε αυτό το στρεσογόνο γεγονός

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία δυσφορία		Αρκετή δυσφορία		Πολύ δυσφορία				Εξαιρετική δυσφορία		

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Ονομάζομαι Ναταλία Κουτρούλη, είμαι υποψήφια διδάκτωρ στο Τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου. Η έρευνα στην οποία συμμετέχετε αποτελεί τμήμα της διδακτορικής μου διατριβής.

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσει τη συμπεριφορά και τη συναισθηματική αντίδραση των γυναικών που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού. Στόχος μας είναι να γνωρίσουμε καλύτερα τις ανάγκες των γυναικών με καρκίνο του μαστού έτσι ώστε να μπορούμε να τους παρέχουμε καλύτερη ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη και να συμβάλλουμε με αυτό τον τρόπο στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά την ασθένεια.

Θα ήθελα να σας διαβεβαιώσω ότι οι πληροφορίες που δίνετε είναι εμπιστευτικές και απόρρητες. Το όνομά σας δε θα χρησιμοποιηθεί και δε θα κοινοποιηθεί. **Η συμμετοχή σας είναι εμπιστευτική.**

Θα ήθελα επίσης να σας παρακαλέσω **να συμπληρώσετε όλα τα ερωτηματολόγια** που σας δώσαμε. Συνήθως, είναι πιο εύκολο να αφιερώσει κανείς λίγο χρόνο για συμπληρώσει όλα τα ερωτηματολόγια μαζί και φυσικά να απαντήσει όπως εκείνος νομίζει. Δε χρειάζεται να λάβετε τη γνώμη κάποιου άλλου. **Δεν υπάρχει σωστή και λάθος απάντηση**, μόνο ό,τι εσείς πιστεύετε.

Μόλις συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια, μπορείτε να τα τοποθετήσετε στο φάκελο που σας δώσαμε και να μου τα αποστείλετε με το ταχυδρομείο. Ο φάκελος έχει προπληρωμένο τέλος και **δεν χρειάζεται να αγοράσετε γραμματόσημο, ούτε να περιμένετε στο ταχυδρομείο.** Τοποθετήσετε τον φάκελο απλώς στο κουτί του ταχυδρομείου με την αποστολή αλληλογραφίας εσωτερικού.

Σύντομα, θα επικοινωνήσω τηλεφωνικά μαζί σας για να συζητήσουμε αν έχετε απορίες.

Σας ευχαριστώ θερμά για τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή.

Με εκτίμηση,

Ναταλία Κουτρούλη



ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΕΡΕΥΝΑΣ

Αντικείμενο έρευνας: Ψυχική υγεία γυναικών με καρκίνο του μαστού.

Σχολή/Τμήμα: Πάντειο Πανεπιστήμιο – Τμήμα Ψυχολογίας

1. Σκοπός:

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να εντοπιστούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή και ψυχική υγεία γυναικών με καρκίνο του μαστού.

2. Διαδικασία:

Η συμμετοχή σας περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου που έχει διαμορφωθεί στο πλαίσιο έρευνας για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής.

3. Κόστος έρευνας:

Δεν προβλέπεται κάποιο κόστος για την συμμετοχή σας στην έρευνα.

4. Οφέλη:

Οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν στην καλύτερη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών εκείνων παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών με καρκίνο του μαστού καθώς επίσης στον σχηματισμό ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

5. Εμπιστευτικότητα:

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται ανώνυμα, δεν τίθεται θέμα εμπιστευτικότητας.

6. Δικαίωμα μη – συμμετοχής:

Έχετε το δικαίωμα να μην συμμετάσχετε στην έρευνα, με την μη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

7. Στοιχεία επικοινωνίας:

Αν υπάρχουν επιπλέον ερωτήσεις ή σχόλια σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια ως ακολούθως:

Ναταλία Κουτρούλη

Υπ. Διδάκτορας Ψυχολογίας Υγείας

Πάντειο Πανεπιστήμιο

Τηλ: 6938038003

E-mail: nkoutrouli@yahoo.gr

ΦΟΡΜΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΟΝΟΜΑ						
ΕΠΩΝΥΜΟ						
ΚΩΔΙΚΟΣ						
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ						
ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΗ	ΑΡΡΑΒΩΝΙΑΣΜΕΝΗ	ΣΕ ΣΧΕΣΗ	ΧΗΡΑ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ	ΕΛΕΥΘΕΡΗ
ΑΡ. ΠΑΙΔΙΩΝ						
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΤΕΙ/ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΧΑΜΗΛΗ		ΜΕΣΑΙΑ		ΥΨΗΛΗ	
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ						