

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

---

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Παιδικό Ψυχικό Τραύμα σε Νεαρούς Ενήλικες. Αυτοκαταστροφικές  
Συμπεριφορές και Προσκόλληση

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Ειρήνη Πρέκκα

Αθήνα, 2017

Τριμελής Επιτροπή

Κλαίρη Συνοδινού, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπουσα)

Αναστάσιος Σταλίκας, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση, Επικουρη Καθηγήτρια Εθνικού και Καποδιστριακού  
Πανεπιστημίου Αθηνών



Copyright © Ειρήνη Πρέκκα, 2017

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

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

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

*Στην μνήμη της επιβλέπουσας καθηγήτριας  
κας Κλαίρης Συνοδινού  
που «έφυγε» λίγο πριν την παρουσίαση  
της διατριβής.*

*Στην οικογένεια μου, το σύζυγό μου Μάνο  
και τα παιδιά μου Γιάννη και Ουρανία,  
που με στερήθηκαν πολλές ώρες  
όλα αυτά τα χρόνια της μελέτης,  
αλλά και τους γονείς μου που,  
χωρίς να το γνωρίζουν,  
με κατήθυναν στη μελέτη του τραύματος.*

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με οποιονδήποτε τρόπο συνετέλεσαν στην ολοκλήρωση αυτής της διατριβής. Αφιερώνω την διατριβή στη μνήμη της επιβλέπουσας Καθηγήτριας Ψυχοπαθολογίας και Ψυχανάλυσης του Παντείου Πανεπιστημίου κα Κλαίρης Συνοδινού, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και για την αρωγή της σε όλα τα στάδια εκπόνησης του διδακτορικού.

Θερμές ευχαριστίες, επίσης, θα ήθελα να εκφράσω στην Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κα Μαρία Τζινιέρη – Κοκκώση, χωρίς την συμβολή της οποίας η διατριβή δεν θα είχε ολοκληρωθεί. Το αμέριστο ενδιαφέρον της, οι καίριες επισημάνσεις αλλά και η εν γένει παρουσία της, αποτελούν ζωτικά στοιχεία της διατριβής.

Ευχαριστώ επίσης, τον Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου κ. Αναστάσιο Σταλικά, που μου έκανε την τιμή να είναι στην τριμελή επιτροπή του διδακτορικού.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ, οφείλω στη συνάδελφο κ. Ειρήνη Ράλλη για τη βοήθειά της στην επιμέλεια της διατριβής, αλλά και στις κ.κ. Αγγελική Αραπάκη και Χαρά Τζαβάρα, για την πολύτιμη βοήθεια που προσέφεραν στην επίπονη διαδικασία της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων.

Επιπλέον, ειδική μνεία αξίζει στους «αφανείς ήρωες» της διατριβής, τους 324 φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα. Τους ευχαριστώ πολύ για την εμπιστοσύνη τους στο σκοπό της διατριβής, το χρόνο που διέθεσαν και τα προσωπικά βιώματα που δέχθηκαν να μοιραστούν. Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τις φοιτήτριες που συμμετείχαν στην ποιοτικό μέρος της έρευνας και εμπιστεύτηκαν σε μένα προσωπικές εμπειρίες αναφορικά με το παιδικό τραύμα.

Τέλος, δε θα μπορούσα και από αυτή τη θέση, να μην ευχαριστήσω το σύζυγό μου Μάνο και τα παιδιά μου Γιάννη και Ουρανία, οι οποίοι στο όνομα της επιστήμης και την προαγωγή αυτής, άντεξαν με πολύ υπομονή την απουσία μου από την οικογένεια, κατανοώντας την αγάπη μου για την επιστήμη της ψυχολογίας.

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	11
Abstract .....	14
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	17
Κεφάλαιο πρώτο .....	17
Γενικά στοιχεία για την έννοια του ψυχικού τραύματος .....	17
1. 1 Ψυχικό τραύμα και Freud.....	20
1. 2 Ψυχαναλυτικές θεωρίες για το τραύμα .....	26
1. 3 Θεωρία της Προσκόλλησης: μία γενική θεωρία για την ανάπτυξη της προσωπικότητας και το ενδεχόμενο τραύματος .....	34
1.4 Προσκόλληση και ενήλικες διαπροσωπικές σχέσεις - Ερευνητικά δεδομένα .....	39
Κεφάλαιο δεύτερο .....	41
Τραύμα και ψυχική διαταραχή .....	41
2.1. Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (PTSD- ΔΜΨΣ).....	42
2.1.1 Βασικά στοιχεία της διαταραχής μετατραυματικού στρες .....	42
2.1.2 Αιτιοπαθογένεια της διαταραχής μετατραυματικού στρες .....	44
2.1.3 Σύνδρομο οξείας διαταραχής στρες (ΔΟΣ) και σύνθετη διαταραχή μετατραυματικού στρες .....	46
2.1.4 Έρευνες που αφορούν τη διαταραχή μετατραυματικού στρες .....	48
2.2 Οριακή διαταραχή προσωπικότητας .....	49
2.2.1 Βασικά στοιχεία της διαταραχής προσωπικότητας οριακού τύπου .....	49
2.2.2 Ψυχοδυναμική κατανόηση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας .....	52
2.3 Τραύμα και κατάθλιψη .....	55
2.3.1 Γενικά στοιχεία για τη κατανόηση της κατάθλιψης .....	56
2.4 Αποσυνδεδετικές διαταραχές .....	58
2.4.1 Γενικά στοιχεία για τη κατανόηση των αποσυνδεδετικών διαταραχών .....	59
Κεφάλαιο τρίτο .....	61
Αμυντικοί μηχανισμοί και τραύμα .....	61
3.1 Σχάση .....	61
3.2 Επαναδιαδραμάτιση .....	62
3.3 Αποσύνδεση .....	63
Κεφάλαιο τέταρτο .....	65
Κακοποίηση- Παραμέληση.....	65
4.1 Ορισμός και τύποι παιδικού τραύματος .....	65
4.2 Κατηγοριοποίηση του τραύματος.....	68

4.3 Παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση και παραμέληση .....	70
4.4 Αξιοπιστία των αναμνήσεων που αφορούν στην παιδική κακοποίηση .....	71
Κεφάλαιο πέμπτο.....	73
Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και η σχέση τους με το παιδικό ψυχικό τραύμα .....	73
5.1 Νεότερες εξελίξεις στη μελέτη της παιδικής κακοποίησης και της επίδρασης της στην ενήλικη ζωή.....	73
5.2 Διαπροσωπικές σχέσεις και τραύμα .....	75
5.2.1 Σχέσεις και επικοινωνία.....	75
5.2.2 Τραυματικές εμπειρίες και επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις .....	76
5.3 Τραύμα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά .....	78
5.4 Τραύμα και επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή: ερευνητικά δεδομένα.....	80
5.4.1 Τραύμα και διαπροσωπικές σχέσεις .....	80
5.4.2 Τραύμα και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές .....	82
Κεφάλαιο έκτο .....	89
Μεταβίβαση του τραύματος: Ασυνείδητες ταυτίσεις δια μέσω των γενεών .....	89
6.1 Θεωρητική προσέγγιση στο διαγενεακό τραύμα .....	89
6.2 Μηχανισμοί μεταβίβασης της βίας – κακοποίησης: ερευνητικά δεδομένα.....	94
6.3 Μελέτη του διαγενεακού τραύματος σε φυσιολογικούς ενήλικες .....	97
Κεφάλαιο έβδομο .....	100
Ποιότητα ζωής και ψυχικό τραύμα .....	100
7.1 Ποιότητα Ζωής: Ορισμός και προέλευση της έννοιας .....	100
7.2 Ποιότητα Ζωής και πρώιμο τραύμα: ερευνητικά δεδομένα .....	103
Κεφάλαιο όγδοο .....	106
Σκοποί, Υποθέσεις και ερευνητικά ερωτήματα.....	106
8.1 Μελέτη του παιδικού ψυχικού τραύματος σε ενήλικες φυσιολογικούς πληθυσμούς .....	106
8.2 Διαγενεακό τραύμα σε έλληνες ενήλικες.....	108
8.3 Ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα .....	109
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	110
Μέθοδος .....	110
Κεφάλαιο πρώτο.....	110
Μελετη περίπτωσης.....	110
1.1 Θεωρητική προσέγγιση .....	110
1.2 Περιορισμοί της μελέτης περίπτωσης .....	111
1.3 Περιγραφή των δοκιμασιών και εργαλεία .....	112
1.4 Διαδικασία.....	113

1.5 Επεξεργασία των δεδομένων .....	114
Κεφάλαιο δεύτερο .....	116
Ποσοτική μελέτη .....	116
2.1 Θεωρητική προσέγγιση .....	116
2.2 Δείγμα.....	117
2.3 Μέσα συλλογής δεδομένων .....	117
2.4 Συλλογή δεδομένων .....	123
2.5 Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.....	123
Αποτελέσματα .....	125
Κεφάλαιο πρώτο.....	125
Μελέτη περίπτωσης.....	125
1.1 Ανάλυση Περιεχομένου Συνέντευξης: Ανθή, ετών 20 .....	125
1.2 Ανάλυση Περιεχομένου Συνέντευξης: Μυρτώ, ετών 21 .....	127
Κεφάλαιο δεύτερο .....	131
Ποσοτική Μελέτη.....	131
2.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος .....	131
Βαθμολογίες και εσωτερική συνάφεια στα ερωτηματολόγια-κλίμακες.....	133
2.2 Διερεύνηση της εγκυρότητας μέσω εξέτασης και επανεξέτασης.....	136
2.3 Συχνότητα αναφερόμενων τραυματικών εμπειριών .....	138
2.4 Συσχετίσεις ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος με δημογραφικούς παράγοντες .....	139
2.5 Συσχετίσεις Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος- σύντομη μορφή με τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια .....	142
2.6 Συσχετίσεις Ερωτηματολογίου Πρώιμου τραύματος- σύντομη μορφή με τον συνολικό δείκτη Ποιότητας Ζωής.....	148
2.7 Συσχετίσεις του ερωτηματολογίου Ποιότητα Ζωής (WHO-QOL-BREF), της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα (TSC-40), της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων (G- ECR-R) και του Καταλόγου Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού (SHI) με δημογραφικές μεταβλητές.....	149
2.8 Συσχετίσεις του Καταλόγου Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού (SHI) με τη Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων (G- ECR-R).....	152
2.9 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση.....	153
Συζήτηση.....	164
Κεφάλαιο πρώτο.....	167
Μελέτη περίπτωσης.....	167
Κεφάλαιο δεύτερο .....	175
Ποσοτική μελέτη .....	175

2.1 Συχνότητα αναφερόμενων τύπων πρώιμου τραύματος.....	175
2.2 Συσχετίσεις ερωτηματολογίου παιδικού τραύματος με δημογραφικούς παράγοντες .....	177
2.3 Συσχετίσεις παιδικού τραύματος με ψυχοπαθολογικά προβλήματα κατά τη τρέχουσα περίοδο.....	178
2.4 Συσχετίσεις παιδικού τραύματος με την συνολική ποιότητα ζωής και των διαστάσεων της .....	181
2.5 Συσχέτιση παιδικού τραύματος με τις διαπροσωπικές σχέσεις κατά την ενήλικη ζωή .....	183
2.6 Συσχέτιση πρώιμου τραύματος (συνολικού και επιμέρους) με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές .....	184
2.7 Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της παρούσας έρευνας .....	186
2.8 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες .....	188
Επίλογος.....	189
Βιβλιογραφία .....	193
Παράρτημα.....	223

### Πίνακες

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (N=324).....	131
Πίνακας 2. Κατανομές του δείγματος ως προς το τμήμα σπουδών, το έτος φοίτησης και τον μέσο όρο επίδοσης.....	132
Πίνακας 3. Κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου των γονιών του δείγματος .....	133
Πίνακας 4. Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, του Κατάλογου Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού και της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες .....	134
Πίνακας 5. Βαθμολογίες του δείγματος στη Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων .....	135
Πίνακας 6. Βαθμολογίες του δείγματος στον συνολικό δείκτη της Ποιότητας Ζωής καθώς και τις επιμέρους διαστάσεις της .....	135
Πίνακας 7. Διερεύνηση εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου του Πρώιμου Τραύματος μέσω εξέτασης και επανεξέτασης (N= 45) .....	137
Πίνακας 8. Διερεύνηση εγκυρότητας της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα (TSC-40) μέσω εξέτασης και επανεξέτασης (N=45).....	138
Πίνακας 9. Κατανομή συχνότητας των παιδικών τραυματικών εμπειριών που αναφέρουν οι φοιτητές (N= 324).....	139
Πίνακας 10. Συσχετίσεις ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος με το τμήμα φοίτησης .....	140
Πίνακας 11. Συσχετίσεις ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος με το φύλο.....	141



Πίνακας 12. Συσχετίσεις επιμέρους τύπων και συνολικού τραύματος με έτος φοίτησης .....	142
Πίνακας 13. Συσχετίσεις Τραύματος Ποικίλης Αιτιολογίας, με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού .....	143
Πίνακας 14. Συσχετίσεις Τραύματος Σωματικής Τιμωρίας με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού .....	145
Πίνακας 15. Συσχετίσεις Τραύματος Συναισθηματικής Κακοποίησης με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού.....	146
Πίνακας 16. Συσχετίσεις Τραύματος Σεξουαλικής Κακοποίησης με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού.....	147
Πίνακας 17. Συσχετίσεις Συνολικού Τραύματος με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής , τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού .....	148
Πίνακας 18. Κατανομές Ποιότητας Ζωής σε σχέση με το Πρώιμο Τραύμα.....	149
Πίνακας 19. Συσχετίσεις τμήματος φοίτησης με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού .....	150
Πίνακας 20. Συσχετίσεις έτους φοίτησης με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού .....	151
Πίνακας 21. Συσχετίσεις του φύλου με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού.....	152
Πίνακας 22. Συσχέτιση Κλίμακας Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς με τους παράγοντες της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων (αποφυγή- άγχος) .....	153
Πίνακας 23. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με «Αποφυγή» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στις Κλίμακες Τραύματος και Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών.....	153
Πίνακας 24. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με « <u>Άγχος</u> » και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στις Κλίμακες Τραύματος και Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών.....	154
Πίνακας 25. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών .....	156

Πίνακας 26. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική υγεία» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών .....	157
Πίνακας 27. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών .....	158
Πίνακας 28. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών .....	159
Πίνακας 29. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Περιβάλλον» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών.....	161

## Περίληψη

Ο κύριος σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ του ψυχολογικού παιδικού τραύματος και ορισμένων ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων του κατά την ενήλικη ζωή. Επιμέρους στόχοι της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του διαγενεακού ψυχικού τραύματος και η ενδεχόμενη επίδραση του στις επόμενες γενιές. Η προσέγγιση της παρούσας μελέτης είναι μεικτή και βασίζεται στον συνδιασμό ποσοτικής έρευνας και μελέτης περίπτωσης.

Ο όρος παιδικό ψυχικό τραύμα αναφέρεται στο αποτέλεσμα ενός αρνητικού συμβάντος που έλαβε χώρα κατά τη βρεφική ή παιδική ηλικία και πριν την ηλικία των 18 ετών και μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες τραυματικές εμπειρίες που βίωσε το άτομο. Οι τραυματικές εμπειρίες που διερευνήθηκαν στη παρούσα μελέτη και οι οποίες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι οι συνηθέστερες, κατατάσσονται στους εξής τέσσερις τύπους : α) ψυχικό τραύμα λόγω σωματικής τιμωρίας, β) ψυχικό τραύμα λόγω συναισθηματικής κακοποίησης, γ) ψυχικό τραύμα λόγω σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης και δ) τραυματικές εμπειρίες που δεν εντάσσονται σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες και χαρακτηρίζονται ως τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας ή ως γενικό ψυχικό τραύμα. Οι δείκτες ψυχοκοινωνικής επίπτωσης οι οποίοι μελετήθηκαν στην ποσοτική έρευνα, αναφορικά πάντα με τη σχέση τους με το παιδικό τραύμα, είναι: η ποιότητα ζωής, οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, οι τύποι προσκόλλησης που αναπτύσσουν τα πρώιμα τραυματισμένα άτομα, καθώς και ένα εύρος συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα, που αναφέρουν τα εν λόγω άτομα κατά την ενήλικη και τρέχουσα χρονική περίοδο. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση των ανωθεν συσχετίσεων είναι η ποσοτική έρευνα.

Ένας από τους παράγοντες που ενδεχομένως θα μπορούσε να επηρεάζει την ευαλωτότητα κάποιων ατόμων απέναντι σε αγχογόνα συμβάντα είναι η διαγενεακή μεταβίβαση του τραύματος. Ο όρος «διαγενεακή μεταβίβαση του τραύματος» αφορά τη συνειδητή ή ασυνείδητη μεταφορά ψυχικών τραυμάτων και των επιπτώσεων τους από γενιά σε γενιά. Πρόκειται για ένα τραυματικό γεγονός ή κατάσταση της οποίας οι ψυχολογικές επιπτώσεις μεταδίδονται τις περισσότερες φορές με ασυνειδήτους μηχανισμούς από γενιά σε γενιά. Καθώς στην ελληνική βιβλιογραφία δεν υπάρχουν, εξ'όσων γνωρίζουμε, δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες για τη διερεύνηση του

διαγενεακού τραύματος, στη συγκεκριμένη εργασία προτιμήθηκε η μελέτη περίπτωσης και πιο συγκεκριμένα η μέθοδος της συνέντευξης.

Αναφορικά με τη μεθοδολογία της ποσοτικής μελέτης, το δείγμα αποτελούνταν από 324 άτομα (266 γυναίκες), προπτυχιακοί φοιτητές του Πανεπιστημίου Αθηνών – Φιλοσοφική Σχολή (ΕΚΠΑ) και του Παντείου Πανεπιστημίου με μέσο όρο ηλικίας 20 έτη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίων/κλιμάκων μέτρησης του παιδικού τραύματος (Early Trauma Inventory-Self-Report-Short-Form, ETI-SR-SF), της Ποιότητας ζωής (World Health Organization Quality of Life Assessment-Short Version, WHOQOL-BREF), του Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού (The Self-Harm Inventory, SHI), της κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων (The Revised Experiences in Close Relationships Scale), της κλίμακας συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα (Trauma Symptom Checklist – 40, TSC-40), καθώς και ενός ερωτηματολογίου για τη μέτρηση δημογραφικών μεταβλητών που σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια.

Οι συμμετέχουσες στη μελέτη περίπτωσης αποτελούνταν από 2 άγαμες γυναίκες ηλικίας 20 ετών που φοιτούσαν στο τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου. Οι συμμετέχουσες στην συνέντευξη επιλέχθηκαν μέσα από το ευρύτερο αρχικό δείγμα. Το κριτήριο επιλογής τους ήταν να έχουν αναφέρει τουλάχιστον ένα συμβάν σεξουαλικής κακοποίησης και να έχουν συμφωνήσει να συμμετέχουν στην διαδικασία της συνέντευξης. Οι δύο συμμετέχουσες κλήθηκαν σε ημιδομημένη συνέντευξη που περιλάμβανε θεματικούς άξονες με ανοικτές ερωτήσεις, ενώ επιπρόσθετα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του γενεογράμματος, προκειμένου να συγκεντρωθούν πληροφορίες για τα μέλη της οικογένειας και τις μεταξύ τους σχέσεις, που αφορούν τουλάχιστον τρεις γενιές.

Τα κύρια ευρήματα της παρούσας μελέτης εντοπίζονται: α) σε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις και των τεσσάρων τύπων παιδικού τραύματος (τραύμα ποικίλης αιτιολογίας, τραύμα σωματικής κακοποίησης, τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης και τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης) με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής (σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον) β) σε σημαντικές θετικές συσχετίσεις των τεσσάρων τύπων παιδικού τραύματος με ψυχοπαθολογικά προβλήματα κατά τη τρέχουσα χρονική περίοδο (άγχος, κατάθλιψη, αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα και σεξουαλικά προβλήματα), γ) σε σημαντική

θετική συσχέτιση μεταξύ των τεσσάρων τύπων παιδικού τραύματος και του τύπου προσκόλλησης που χαρακτηρίζεται από άγχος και δ) σε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των τεσσάρων τύπων παιδικού τραύματος και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Σχετικά με τις διαφορές ανάμεσα στα φύλα, οι άνδρες αναφέρουν σημαντικά περισσότερες τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το παιδικό τραύμα και οι διάφορες μορφές του είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στον ελληνικό φοιτητικό πληθυσμό, δεδομένου ότι το 96% των συμμετεχόντων ανέφερε τουλάχιστον μια τραυματική εμπειρία, ενώ πολύ υψηλά ποσοστά βρέθηκαν και στους διάφορους τύπους τραύματος.

Συνοπτικά τα ευρήματα της μελέτης, αν και δεν μπορούν να γενικευτούν, υποδεικνύουν ότι οι τραυματικές εμπειρίες που λαμβάνουν χώρα πριν την ηλικία των 18 δύναται να έχουν αρνητικές επιπτώσεις σε σημαντικούς τομείς της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κατά την ενήλικη ζωή. Ιδιαίτερο κομμάτι καταλαμβάνουν οι συνέπειες των τραυμάτων και ο τρόπος μεταδόσής τους στις επόμενες γενιές. Ο έγκαιρος εντοπισμός και η εκτίμηση των συναισθηματικών, αλλά και των γενικότερων αναγκών των ατόμων που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός, μπορεί να αποτελέσει οδηγό για τον σχεδιασμό κατάλληλων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, γεγονός που αποτελεί τον απώτερο σκοπό του εν λόγω πονήματος.

*Λέξεις κλειδιά:* παιδικό ψυχικό τραύμα, τραυματικές εμπειρίες, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, τύποι προσκόλλησης, διαγενεακή μεταβίβαση του τραύματος, ποιότητα ζωής

# **Psychological childhood trauma in young adults: self-destructive behaviors and attachment**

Irini Prekka

## **Abstract**

The main purpose of this dissertation is to investigate the relationship between childhood trauma and certain psychosocial impacts in adulthood. The specific objectives of this research are the investigation of intergenerational psychological trauma and its possible effect on future generations. The method of this study is mixed and it is based on the combination of quantitative research and case study.

The term psychological trauma in children refers to the result of a negative event that occurred before the age of 18 and it may include various traumatic events that the individual has experienced. The traumatic experiences investigated in the present study, which according to the literature they are the most common, are the following: a) psychological trauma because of corporal punishment; b) psychological trauma because of emotional abuse; c) psychological trauma due to sexual abuse or harassment; d) traumatic experiences that do not fit into any of the above categories and they are characterized as traumatic experiences of varying sources or as a general psychological trauma. The indicators of psychosocial effects that have been studied in the quantitative research, regarding their relationship to childhood trauma, are: quality of life, self-destructive behaviors, types of attachment developed by people traumatized in early childhood, and a range of other symptoms reported by the individuals during the current period. The method used to investigate the above correlations is quantitative research.

One of the factors that could potentially affect the vulnerability of some individuals to stressful events is the intergenerational transmission of trauma. The term "intergenerational transmission of trauma " refers to conscious or unconscious transmission of trauma and its effects from generation to generation. It refers to a traumatic event that effects are transmitted, most of the time by unconscious mechanisms, from generation to generation. To the best of our knowledge, there is not published research on the investigation of intergenerational trauma in the Greek literature; therefore, case study and more specifically the method of interviewing was preferred in the current investigation.

Regarding the methodology of the quantitative study, the sample consisted of 324 individuals (266 women), undergraduate students of the University of Athens - Faculty of Philosophy (University of Athens) and Panteion University Athens; the average age was 20 years old. Data collection was performed by the provision of Early Trauma Inventory-Self-Report-Short-Form, ETI-SR-SF, Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF), The Self-Harm Inventory (SHI), The Revised Experiences in Close Relationships Scale, Traumatic Symptom Checklist - 40, TSC-40 ), as well as a questionnaire for the measurement of demographic variables designed by the researcher. The sample of the case study consisted of 2 single women of 20 years old, students at the Psychology Department of Panteion University Athens. The two interviewed participants were selected from a broader sample. The criterion of their selection was to have reported at least one event of sexual abuse and to have agreed to participate in the interview process. The two participants were invited to a semi-structured interview containing thematic areas with open questions, while the genealogy method was used to gather information about family members and the relationships between them for at least three generations.

The main findings of the present study are: a) significant negative correlations of all four types of childhood trauma (trauma of various sources, trauma of physical abuse, trauma of emotional abuse and trauma of sexual abuse) with all dimensions of quality of life (physical health, psychological health, social relations and social environment) b) significant positive correlations of the four types of childhood trauma with psychopathological problems during the current period (stress, depression, symptoms of dissociative disorders and sexual problems) c) a significant positive correlation between the four types of childhood trauma and the anxious attachment style; and d) a significant positive correlation between the four types of childhood trauma and self-destructive behavior. Regarding the differences based on gender, men reported significantly more traumatic experiences of corporal punishment. Moreover, the results show that childhood trauma and its various forms are very common among the Greek student population, as 96% of the participants reported at least one traumatic experience, while there were very high rates regarding the different types of trauma as well.

In summary, the findings of the study, although they are not to be generalized, suggest that traumatic experiences, occurring before the age of 18, may have negative

effects on important aspects of psychosocial adaptation in adulthood. The consequences of trauma and the way they are transmitted to the next generation are particularly important. A future purpose based on this study is the early detection and assessment of the emotional as well as the general needs of people having experienced a traumatic event which will lead planning of appropriate psychotherapeutic interventions.

*Keywords:* psychological childhood trauma, traumatic events, self destruction behaviors, types of attachment, intergenerational transmission of trauma, quality of life



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### Κεφάλαιο πρώτο

#### Γενικά στοιχεία για την έννοια του ψυχικού τραύματος

Οι ελληνικές λέξεις τραύμα, τραυματισμός σημαίνουν πληγή και τείνουν να χρησιμοποιούνται στην ιατρική ως συνώνυμες. Οι δύο αυτές λέξεις προέρχονται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα «τιτρώσκω» που σημαίνει διατρυπό και εμφανίζεται να χρησιμοποιείται από την αρχαϊκή ιατρική και τη χειρουργική. Συγκεκριμένα, η λέξη τραυματισμός χρησιμοποιείται για να δηλώσει τις συνέπειες που έχει στον οργανισμό μία κάκωση που προέρχεται από εξωτερική βία.

Ο ορισμός της έννοιας του ψυχικού τραύματος αποτελεί ένα βασικό πρόβλημα κυρίως της ψυχαναλυτικής θεωρίας, αλλά και εν γένει των θεωριών άλλων προσεγγίσεων, το οποίο αφορά κυρίως στο πώς ένα εξωτερικό συμβάν μετατρέπεται σε ψυχικό γεγονός και πώς το ψυχικό γεγονός σε ψυχικό τραύμα (Καραμανωλάκη, 2011).

Τραύμα θεωρείται ότι μπορεί να προκληθεί από αγχογόνες καταστάσεις από τις «ηπιότερες», όπως είναι για παράδειγμα η απώλεια της δουλειάς, η αποτυχία σε μια σχολική εξέταση, μέχρι τις πιο «συντριπτικές», όπως είναι ο πόλεμος, ο βιασμός, αλλά και η παιδική κακοποίηση και παραμέληση. Ωστόσο, δε θα αντιδράσουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο και δε θα επηρεαστούν στον ίδιο βαθμό. Ο όρος ψυχικό τραύμα αναφέρεται στο ψυχολογικό αποτέλεσμα ενός συμβάντος. Ένα γεγονός μπορεί να είναι τραυματικό και να δημιουργήσει ψυχικό τραύμα όταν ξεπερνάει την ικανότητα του ατόμου να το αντιμετωπίσει, όταν δημιουργεί έντονο φόβο και το αίσθημα ότι το άτομο είναι αβοήθητο, και καταλύονται οι μηχανισμοί που το άτομο διαθέτει προκειμένου να αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις (APA, 2000). Δεν είναι ακόμα σαφές γιατί κάποιοι άνθρωποι θα αναπτύξουν ψυχικό τραύμα και άλλοι όχι καθώς το ίδιο ακριβώς γεγονός μπορεί να είναι συντριπτικό για κάποιον και απλά δυσάρεστο για κάποιον άλλον. Σύμφωνα με τον Van der Kolk, έναν από τους σπουδαιότερους σύγχρονους ερευνητές του τραύματος, έξι είναι οι ενδεχόμενοι παράγοντες που επηρεάζουν τη μακροπρόθεσμη προσαρμογή στο τραύμα: 1) η σοβαρότητα του συμβάντος, 2) η γενετική προδιάθεση, 3) η αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται το

άτομο, 4) το κοινωνικό υποστηρικτικό πλαίσιο του ατόμου, 5) προηγούμενοι τραυματισμοί και 6) η προϋπάρχουσα προσωπικότητα (Van der Kolk, 1987).

Η ψυχολογική αρνητική επίπτωση που προκαλείται από τρομακτικά και ανεξέλεγκτα γεγονότα ζωής, ξεκίνησε να απασχολεί τη ψυχιατρική κοινότητα στις αρχές του προηγούμενου αιώνα. Αρκετοί ψυχολόγοι και ψυχίατροι αντιλήφθηκαν το τραύμα ως μία κύρια της ψυχοπαθολογίας. Αρχικά, ο Freud θεώρησε ότι τα περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα αποτελούσαν εκδηλώσεις πρώιμων παιδικών τραυμάτων (Breuer & Freud, 1895). Για παράδειγμα, στο έργο του Μελέτες για την Υστερία (1895), ερμήνευσε τα γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφοριολογικά συμπτώματα των υστερικών ασθενών, ως συμβολικές επαναλήψεις πρώιμων τραυματικών γεγονότων. Ωστόσο, στα μετέπειτα χρόνια ο Freud θεώρησε ότι η ανάπτυξη των νευρώσεων σχετίζεται περισσότερο με τις παιδικές φαντασιώσεις και με παρερμηνείες γεγονότων που συνέβησαν στη παιδική ηλικία, με αποτέλεσμα το εξωτερικό υποκεινόμενο γεγονός - τραύμα να χάσει τον σημαίνοντα ρόλο που κατείχε ως τότε στη ψυχαναλυτική σκέψη. Εντούτοις, ο Freud συνέχισε να ενδιαφέρεται για τις αιτίες και τις επιπτώσεις του τραύματος, αλλά η ψυχοδυναμική ψυχιατρική έδωσε πολύ λίγη προσοχή στις πραγματικές συντριπτικές εμπειρίες μέχρι πρόσφατα, όπου παρατηρείται μια αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος (van der Kolk, 1987).

Η ανάπτυξη αρκετών κεντρικών ιδεών που αφορούν στην ψυχοδυναμική θεωρία του τραύματος ξεκίνησαν στη Γαλλία στο τέλος του δέκατου ένατου αιώνα. Ήταν τότε που τα πεδία της ψυχοδυναμικής θεωρίας του τραύματος ήταν ξεχωριστά, αργότερα παραλληλίστηκαν και ήρθαν εκ νέου σε συσχέτιση.

Διερευνώντας κανείς ιστορικά τις θεωρίες του τραύματος βρίσκει ότι αυτές μετατοπίστηκαν από το άτομο στο γεγονός και στη συνέχεια στον πληθυσμό ή στο θύμα. Αυτό που διαφοροποιήθηκε στη μετατόπιση αυτή ήταν η αλλαγή που παρατηρήθηκε στην έμφαση. Αρχικά η έμφαση δόθηκε στο άτομο και ειδικότερα στην αποσύνδεση και στις τροποποιημένες συνειδησιακές καταστάσεις. Στη συνέχεια, η έμφαση δόθηκε στο γεγονός και επικεντρώθηκε στους επιζώντες πολέμων, φυσικών καταστροφών και του Ολοκαυτώματος των Ναζί. Τέλος, η έμφαση δόθηκε στον πληθυσμό ή στο θύμα, επικεντρωμένη κυρίως σε θύματα εγκλημάτων ή θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και οικογενειακής βίας (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια σταδιακή ανάπτυξη στη ψυχιατρική και στη ψυχολογία σε δυναμικές και ενδοψυχικές θεωρίες και σε ένα περισσότερο βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο δίνει έμφαση όχι μόνο σε γενετικούς, γνωστικούς και βιολογικούς παράγοντες, αλλά και σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται στις ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο ούτε η βιο-ιατρική προσέγγιση, ούτε η ψυχοκοινωνική άποψη δεν έχουν καταφέρει, σε ικανοποιητικό βαθμό, να εντοπίσουν τις εν δυνάμει επιπτώσεις που έχουν τα τραυματικά γεγονότα ζωής στη ταυτότητα του ατόμου και τη ψυχοπαθολογία του. Η αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος ενδεχομένως να οφείλεται στην αυξανόμενη ανησυχία για τις επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης, στη προσοχή που δόθηκε από το γυναικείο κίνημα για τις επιπτώσεις του βιασμού και της αιμομιξίας, στα αναπάντεχα υψηλά ποσοστά καθυστερημένων αντιδράσεων άγχους που παρατηρήθηκαν στους βετεράνους του Βιετνάμ και στην αναγνώριση των ψυχιατρικών συνεπειών που είχαν οι πολιτικές διώξεις (van der Kolk, 1987).

Μέχρι πρόσφατα, οι επιπτώσεις συγκεκριμένων τραυματικών συμβάντων (πχ. στρατόπεδα συγκέντρωσης, στρατιωτικές καταστροφές, παιδική κακοποίηση) περιγράφονταν γενικώς ως ξεχωριστές οντότητες. Προσεκτικότερη μελέτη όμως, έδειξε ότι η ανθρώπινη αντίδραση σε συντριπτικά και ανεξέλεγκτα γεγονότα ζωής είναι αξιοσημείωτα σταθερή. Αν και η φύση της τραυματικής εμπειρίας, η ηλικία του ατόμου που την βίωσε, η προσωπικότητα και η αντίδραση της κοινότητας, επηρεάζουν τη μετατραυματική προσαρμογή, τα κύρια χαρακτηριστικά του μετατραυματικού συνδρόμου είναι αρκετά σταθερά σε αυτές τις μεταβλητές. Ο Αμερικανικός Ψυχιατρικός Σύλλογος το 1980, αναγνωρίζοντας τη σταθερότητα αυτή, διατύπωσε μία νέα ξεχωριστή κατηγορία στο Διαγνωστικό Εγχειρίδιο- III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980), προκειμένου να περιγράψει την ανθρώπινη αντίδραση σε τραυματικά γεγονότα ζωής, εισάγοντας την διαγνωστική κατηγορία Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες.

Πριν προχωρήσουμε στις βασικές ψυχαναλυτικές θεωρίες που αφορούν το ψυχικό τραύμα να σημειώσουμε ότι στην διδακτορική προτιμήθηκαν οι ελληνικές μεταφράσεις των ψυχαναλυτικών εννοιών. Στο Παράρτημα 3 αναφέρονται αναλυτικά οι ξενόγλωσσες λέξεις και η ελληνική τους μετάφραση.

## 1. 1 Ψυχικό τραύμα και Freud

Κατά τους Pearlman & Saakvitne (1995), υπάρχουν τέσσερις σημαντικές αλληλένδετες θεωρητικές γραμμές στη ψυχανάλυση και στη θεωρία του τραύματος:

1. Ο αιτιώδης συνδυασμός μεταξύ σεξουαλικού τραύματος κατά τη παιδική ηλικία και η συμπτωματολογία στους ενήλικες
2. Η επεξεργασία των καταστάσεων συνειδητότητας, ειδικά των ψυχολογικών μηχανισμών της αποσύνδεσης και της απόθησης.
3. Η αναγνώριση ότι τα πρότυπα των ασυνείδητων αντικειμενοτρόπων σχέσεων επανεμφανίζονται στη μεταβίβαση, στις επαναδιαδραματίσεις και στον καταναγκασμο της επανάληψης.
4. Η επίγνωση του αντίκτυπου του προσώπου του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία και της έννοιας της αντιμεταβίβασης.

1. Ως προς τη πρώτη θεωρητική γραμμή δηλαδή τον σύνδεσμο μεταξύ σεξουαλικού τραύματος κατά την παιδική ηλικία και συμπτωματολογία στους ενήλικες, ο Freud μαζί με τους συνεργάτες του, Breuer, Charcot και Janet, μελέτησαν μια σειρά από φαινόμενα ομαδοποιημένα κάτω από την κεφαλίδα των συμπτωμάτων της υστερίας, η οποία περιελάμβανε φαινόμενα αποσύνδεσης, καταστάσεις φυγής, τραυματικές αναμνήσεις, συναισθηματική εκφόρτιση, σωματοποίηση, διαταραχές μετατροπής, κατακυριευμένο συναίσθημα, (κάποιες φορές αναφέρεται ως «η ωραία αδιαφορία») απόθηση, μετάθεση. Οι αντιδράσεις αυτές σήμερα θα μπορούσαν να συνδεθούν με τη μετατραυματική συμπτωματολογία. Η μελέτη της υστερίας θα οδηγήσει τον Freud να αναζητήσει την αιτία του νευρωτικού συμπτώματος σε ένα πρώιμο τραύμα σεξουαλικής φύσεως. Επρόκειτο για ένα εξωτερικό πραγματικό γεγονός το οποίο λόγω του απρόσμενου χαρακτήρα του, της έντασής του, της εμφάνισής του σε μια περίοδο όπου το άτομο δεν έχει τη δυνατότητα να το κατανοήσει, μένει αναφομοίωτο στο ψυχισμό. Το τραυματικό γεγονός πραγματοποιείται σε δύο χρόνους και παράγει ένα συναίσθημα παθολόγο. Σε ένα πρώτο χρόνο το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μια έκθεση σε κάποια σεξουαλική πράξη με έντονη σημασιодότηση. Η ανάμνηση του γεγονότος αυτού καθαυτού δεν είναι απαραίτητα η ίδια παθολόγος αλλά γίνεται τραυματική όταν αναζωπυρωθεί μέσω μιας δεύτερης σκηνής και συνδεθεί με την πρώτη. Δηλαδή υπάρχει ένα αποτέλεσμα *εκ των υστέρων*.

Αρχικά, ο Freud και κατ' επέκταση η ψυχανάλυση, χρησιμοποίησε τη λέξη τραύμα για να «μεταφέρει σε ψυχικό επίπεδο τις τρεις σηματοδοτήσεις που ο όρος αυτός περιέχει: βίαιος κλονισμός, ρήξη (λύση συνέχειας) και συνέπειες πάνω στο σύνολο της ψυχικής οργάνωσης» (Laplanche & Pontalis, 1986).

Η έννοια του τραυματισμού, σύμφωνα με τον Freud, τίθεται στο πλαίσιο της ψυχικής οικονομικής θεώρησης και βασίζεται στην αρχή της σταθερότητας (Breuer & Freud, 1895). Το τραύμα είναι μία «βιωματική εμπειρία η οποία επιφέρει σε ένα κλάσμα του χρόνου, μια τόσο ισχυρή αύξηση της διέγερσης στο εσωτερικό της ψυχικής ζωής, που η εκκαθάριση της ή η επεξεργασία της με τα συνήθη φυσιολογικά μέσα αποτυγχάνει, πράγμα που συνεπάγεται μακροχρόνιες διαταραχές στο επίπεδο της ενεργειακής ψυχικής λειτουργίας».

Σύμφωνα με τον Freud, στο τραύμα, η εισροή διεγέρσεων είναι υπερβολική, συγκριτικά με αυτό που μπορεί να αντέξει ο ψυχισμός, είτε πρόκειται για ένα μεμονωμένο εξαιρετικά βίαιο συμβάν είτε για συσσώρευση μικρών διεγέρσεων. Ο τραυματισμός δηλαδή μπορεί να οφείλεται σε ένα αιφνίδιο και βίαιο συμβάν είτε σε μικρότερης κλίμακας, αναφορικά με την βιαιότητα έλευσης του, το οποίο όμως έρχεται να προστεθεί σε μία ψυχική οργάνωση που ήδη εμπεριέχει σημεία μη αντοχής και ρήξης.

Ο Freud μέσω της κλινικής του εμπειρίας διατύπωσε της θεωρία της «σαγήνης» (1896), όπου ο όρος τραύμα αρθρώνεται με το ερώτημα της αιτιολογίας των νευρώσεων. Συμπέρανε, ότι οι ψυχονευρώσεις γενικότερα και η υστερία ειδικότερα, είχαν τις ρίζες τους σε τραυματικές σεξουαλικές εμπειρίες σαγήνης κατά την παιδική ηλικία, θέτοντας τα θεμέλια της θεωρίας της σαγήνης). Συγκεκριμένα, η μελέτη του τραύματος οδηγεί στην ύπαρξη:

α) μιας σκηνής σαγήνης από έναν ενήλικα προς ένα παιδί πριν την εφηβεία

β) ενός γεγονότος μετά την εφηβεία που συνδέεται με τη σκηνή σαγήνης της παιδικής ηλικίας μέσω ενός χαρακτηριστικού, το οποίο φαινομενικά δεν ενέχει σχέση και ενεργοποιεί ένα σύμπτωμα. Αυτό το γεγονός προκαλεί την ανάδυση μιας συσσώρευσης εσωτερικών διεγέρσεων και προκαλεί την απόθεση της ανάμνησης της σκηνής σαγήνης.

Για τον Freud αυτό που είναι παθογόνο δεν είναι μόνο η σκηνή που προκαλεί το τραύμα αλλά επίσης η ανάμνησή του. Για αυτό το λόγο μας λέει πως οι υστερικές

υποφέρουν από αναμνήσεις (Freud, 1893). Μας εξηγεί ότι το υστερικό σύμπτωμα εξαφανίζεται όταν η ανάμνηση του τραύματος και το συναίσθημα που συνδέεται μαζί του αφυπνίζονται και εκφράζονται μέσω του λόγου. Αλλά το τραυματικό γεγονός υποβάλλεται από αμνησία, ξεχνιέται. Το τραύμα χάνεται και η έκφρασή του μέσα από το λόγο είναι μια προσπάθεια να ξαναβρεθεί. Το τραύμα επομένως προσεγγίζεται από τα «παράσιτα» που το περιτριγυρίζουν δηλαδή τα συναισθήματα, τις αναμνήσεις και τις αναπαραστάσεις.

Αρχικά, λοιπόν, ο Freud θεωρεί το τραύμα σαν μια παθογόνα εμπειρία που καθορίζεται από την παραγωγή συναισθήματος. Καθώς υποθέτει ότι το τραύμα είναι ένα πραγματικό γεγονός, αυτό επιφέρει παθογόνα αποτελέσματα. Το ψυχικό τραύμα σχετίζεται με την πρόκληση ρήξης στον ψυχισμό προκαλώντας τροποποιήσεις καθώς και την ενεργοποίηση μηχανισμών άμυνας. Το τραυματικό γεγονός απωθείται στο ασυνείδητο. Μπορούμε κατόπιν να το προσεγγίσουμε στη ψυχοθεραπεία με κατάλληλες τεχνικές.

Το υστερικό σύμπτωμα θεωρείται το έκδηλο υποκατάστατο ενός ψυχικού τραυματισμού που προέρχεται από μια συγκίνηση. Ο Freud υπογραμμίζει ότι δεν υπάρχει μόνο ένα τραυματικό γεγονός, αλλά πολλοί εν μέρη τραυματισμοί που συνδέονται μεταξύ τους. Αυτοί οι τραυματισμοί, φαινομενικά ανώδυνοι, αποτελούν τα θραύσματα της ιστορίας της ψυχικής ασθένειας και επιτρέπουν στο υποκείμενο να κατασκευάζει τον ατομικό του μύθο.

Αν και αργότερα ο Freud αποποιήθηκε τη καθολικότητα του τραύματος στην αιτιολογία των νευρώσεων, στην πραγματικότητα ποτέ δεν εγκατέλειψε όπως μερικοί υποστήριζαν (Masson, 1984), την αναγνώριση του σεξουαλικού τραύματος (Demaue, 1991· Levine, 1990). Η μετακίνηση του Freud από τη θεωρία της σαγήνης, τον έκανε να κινηθεί προς άλλες έννοιες όπως τις έννοιες της ενδοψυχικής λειτουργικότητας, της ψυχικής πραγματικότητας, της φαντασίωσης και του σχηματισμού συμβιβασμού, δημιουργώντας την θεωρία της ψυχανάλυσης. Θεωρητικά, ήταν μια κίνηση προς τα μέσα, από το διαπροσωπικό στο ενδοψυχικό. Για τις επόμενες οκτώ δεκαετίες αυτή η κίνηση είχε σημαντικές εφαρμογές στην κατανόηση των κλινικών φαινομένων όσον αφορά στην θέση των τραυματικών εμπειριών στην ψυχική λειτουργικότητα του ατόμου (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Η έννοια του ψυχικού τραύματος διαμορφώνεται προοδευτικά από τον Freud

πολύ περισσότερο και συνδέεται με τη γενική θεωρία των νευρώσεων. Ο Freud προσπαθεί να προσεγγίσει τον ειδικό μηχανισμό άμυνας στις νευρώσεις και κάποιες ψυχώσεις. Η αιτιολογία, λοιπόν, των νευρώσεων παραπέμπει σε έναν ψυχικό μηχανισμό μέσω του οποίου το Εγώ αμύνεται απέναντι σε μια ιδέα ασυμβίβαστη απωθώντας την έξω από τη συνείδηση, για παράδειγμα μια μη αποδεκτή σεξουαλική αναπαράσταση.

Ένα μετέπειτα τραυματικό γεγονός αφυπνίζει ίχνη ενός παιδικού τραυματισμού. Μπορεί να είναι η παιδική ανάμνηση ενός συναισθηματικού βιασμού ή η πρόωμη παρουσία του παιδιού σε σεξουαλικές σκηνές ή το άκουσμα πραγμάτων γύρω από τη σεξουαλικότητα. Ο πραγματικός τραυματισμός είναι ο παιδικός ψυχοσεξουαλικός τραυματισμός γιατί κινητοποιεί μια μεγάλη ποσότητα ψυχικής ενέργειας.

Ο Freud δεν θεωρεί πλέον απαραίτητο για να εξηγήσει την εμφάνιση ενός συμπτώματος να ψάξει και να βρει στη μνήμη του ασθενή ένα πραγματικό τραυματικό γεγονός στην ιστορία του. Η οδυνηρή αναπαράσταση δεν είναι ανάγκη να έχει σχέση με μια μακρινή αποπλάνηση που έχει ασκήσει ένας ενήλικας σε έναν άτομο κατά τη παιδική του ηλικία. Αρκεί, λέει ο Freud, να φανταστούμε την εξέλιξη αυτού του σώματος που μεγαλώνει και κατακλύζεται από τις ενορμήσεις για να καταλάβουμε πως κάθε εμπειρία, κάθε αίσθηση που ζούμε όταν είμαστε παιδιά στο επίπεδο των διαφορετικών ερωτογενών περιοχών, όπως το στόμα, το δέρμα, έχει μια ταυτόσημη αξία με ένα τραύμα. Χωρίς να είναι υποχρεωτική μια πραγματική τραυματική εμπειρία, η οποία μπορεί να προκληθεί από έναν εξωτερικό παράγοντα, το παιδικό (ανώριμο) Εγώ, αυτό το ίδιο από μόνο του κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής ωρίμανσης αποτελεί τη φυσική έδρα όπου εκκολάπτεται μια έντονη, βίαιη, υπερβολική ένταση.

Όσο ο Freud αναπτύσσει τις θεωρήσεις του για το ασυνείδητο, τόσο βάζει σε ερώτημα την «πραγματική» ύπαρξη του εξωτερικού τραυματικού γεγονότος. Χωρίς να εγκαταλείψει ποτέ εξ' ολοκλήρου την υπόθεσή του, το τραυματικό γεγονός από πρωταρχική αιτία της νεύρωσης γίνεται αιτία έναρξής της. Το εξωτερικό γεγονός δεν επεμβαίνει παρά ξυπνώντας μια εσωτερική διέγερση που υπάρχει ήδη. Συμπεραίνει ότι οι σκηνές σαγήνης που συναντούσε στις υστερικές γυναίκες είναι φανταστικές και απορρέουν από μια φαντασίωση που όμως διεγείρει τεράστιες ποσότητες ψυχικού πόνου τις οποίες δε μπορεί να διαχωριστεί το αδύναμο Εγώ τους. Προσδιορίζει ότι η ψυχαναλυτική εργασία και θεραπεία με τους ασθενείς δεν είναι αποτέλεσμα ανάμνησης ενός τραυματικού γεγονότος αλλά μιας φαντασίωσης.

Ο Freud καταλήγει στην έννοια της ψυχικής πραγματικότητας δηλαδή αυτού που για τον ψυχισμό παίρνει αξία πραγματικότητας σαν να ήταν αληθινή. Υποστηρίζει ότι «στον κόσμο των νευρώσεων είναι η ψυχική πραγματικότητα που παίζει καθοριστικό ρόλο». Είτε πρόκειται για μια φαντασίωση συνδεδεμένη με ένα πραγματικό γεγονός, είτε πρόκειται για μια φαντασίωση εμπνευσμένη από τη φαντασία αυτό δεν αλλάζει την επίπτωση ως τραύμα στο ψυχισμό και τη σημασία που έχει στην ψυχική οικονομία του ατόμου. Σιγά –σιγά η θέση της παθογόνου φαντασίωσης θα έρθει στη θέση του πραγματικού γεγονότος χωρίς ωστόσο να το αντικαταστήσει (Freud, 1915- 1917).

Στη δεκαετία του 1920 ο Freud θα επανέλθει στην έννοια του τραύματος μέσα από τη μελέτη του επάνω στις νευρώσεις πολέμου. Η έννοια του τραύματος διευρύνεται και τραυματικές ονομάζονται πλέον οι εξωτερικά προερχόμενες διεγέρσεις που είναι πολύ δυνατές και διαρρηγνύουν τον οπλισμό του ψυχισμού. Στην αιτιολογία των νευρώσεων αυτών συναντάμε ένα τραυματικό γεγονός και εσωτερικές βίαιες καταστάσεις που γίνονται γενεσιουργοί παράγοντες τραύματος.

Η μελέτη της έννοιας του τραύματος μέσα από την προβληματική της αιτιολογίας των νευρώσεων και του σχηματισμού του συμπτώματος οδηγεί τον Freud να δώσει στον τραυματισμό έναν ορισμό με όρους ψυχικής οικονομίας «...ο όρος τραυματικός δεν έχει άλλο νόημα παρά ένα οικονομικό νόημα. Ονομάζουμε έτσι ένα γεγονός που έχει βιωθεί και το οποίο, σε σύντομο χρονικό διάστημα, φέρει στην ψυχική ζωή ένα πλεόνασμα διέγερσης του οποίου η κατάργηση ή η αφομοίωση από φυσιολογικές οδούς γίνεται αδύνατη, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα διαρκείς διαταραχές στην χρήση της ενέργειας» (Freud, 1915- 1917). Με αυτήν την έννοια όλοι είμαστε πολύ-τραυματισμένοι σε διάφορους βαθμούς.

Επομένως, είτε είναι μια φαντασίωση συνδεδεμένη με ένα πραγματικό γεγονός, είτε είναι μια φαντασίωση που εμπνέεται από τη φαντασία, αυτό δεν αλλάζει τίποτα από οικονομικής άποψης. Και για τις δύο περιπτώσεις υπάρχει τραυματικό γεγονός, σύμφωνα με την έννοια του τραύματος για τον Freud. Η τραυματική κατάσταση υπάρχει όταν προκαλείται μια μεγάλη ποσότητα διέγερσης που δεν αποφορτίζεται.

Έτσι ο Freud ξεκινάει τη θεωρητική του διαδρομή από το εξωτερικό τραυματικό γεγονός της σαγήνης μέχρι τη φαντασίωση και συνεχίζει με τη διάρθρωση της ενόρμησης για να καταλήξει στο άγχος. Είναι μια αγωνία που σχετίζεται με τον κίνδυνο. Η ενόρμηση μπορεί να συναντήσει εξωτερικές δυσκολίες που εμποδίζουν τραυματικά



την ικανοποίησή της. Το τραυματικό γεγονός έρχεται πάντα από έξω. Όμως ο Freud υπογραμμίζει πως ο εξωτερικός κίνδυνος δεν είναι τραυματικός παρά μόνο εάν περνάει από μια εσωτερική ψυχική κατάσταση. Για τις επόμενες οκτώ δεκαετίες η κίνηση αυτή είχε σημαντικές εφαρμογές στη κατανόηση των κλινικών φαινομένων, όσον αφορά στη θέση των τραυματικών εμπειριών στη ψυχική λειτουργικότητα του ατόμου (Pearlman & Saakvitne, 1995).

2. Η δεύτερη εξελικτική θεωρία που αφορά στη σύνδεση ψυχανάλυσης και τραύματος, είναι, κατά τους Pearlman και Saakvitne (1995), η επεξεργασία των καταστάσεων συνείδησης, έχοντας ως επίκεντρο την διαθεσιμότητα και την ενσωμάτωση του γνωστικού παράγοντα, του συναισθήματος, της μνήμης και της γνώσης. Αυτή η διερεύνηση επικεντρώθηκε αρχικά στην ύπνωση, στην απώθηση και στην αποσύνδεση. Ενώ η αποσύνδεση και η απώθηση, είναι έννοιες κλειδιά στην ψυχανάλυση και στη θεωρία του τραύματος, θεωρούνται εντούτοις, ότι, λειτουργούν σε διαφορετικές κατευθύνσεις. Οι όροι αυτοί χρησιμοποιήθηκαν κατ' εναλλαγή από αρκετούς από τους πρώτους ψυχαναλυτικούς συγγραφείς, συμπεριλαμβάνοντας τον ίδιο το Freud, δημιουργώντας κάποια σύγχυση.

Η αποσύνδεση και η απώθηση θεωρήθηκαν προστατευτικές ψυχολογικές αντιδράσεις, οι οποίες χρησιμοποιούνται όταν παρουσιάζεται μία αφόρητη εγρήγορση (αύξηση ψυχικής ενέργειας) η οποία απειλεί να κατακλύσει το Εγώ του ατόμου, την γενικότερη αίσθηση του εαυτού και την ψυχική ακεραιότητα. Η αποσύνδεση έχει παραδοσιακά θεωρηθεί ως η απάντηση του ψυχικού οργάνου μπροστά σε μια εξωτερική απειλή (αρχικά) και η απώθηση ως η απάντηση σε μία εσωτερική απειλή. Οι Davies και Frawley (1994) προέβησαν, σε κάποιες διακρίσεις μεταξύ των δύο αυτών διαδικασιών. Συμπεραίνουν, ότι, η απώθηση αποτελεί μια περισσότερο ενιαία, μονής δράσης άμυνα, η οποία ενεργοποιείται σε συνεκτικά νοητικά περιεχόμενα, τα οποία αποτρέπουν την ενημερότητα μέσω σημάτων άγχους και σχηματισμού συμπτωμάτων ενώ η αποσύνδεση αντιπροσωπεύει την αποτυχία του ψυχισμού να επεξεργαστεί και να μεταβολίσει τα γεγονότα. Με το όρο αποσύνδεση νοείται η απουσία προστατευτικών σημάτων λειτουργίας και τελικά τον «αποκλεισμό» της ψυχικής επεξεργασίας και των εξελικτικών διαδικασιών.

Η βιβλιογραφία που αφορά στη θεραπεία του τραύματος, σημειώνουν οι Pearlman και Saakvitne (1995), δίνει έμφαση στην αναγκαιότητα ο θεραπευτής ο οποίος εργάζεται με άτομα που έχουν επιβιώσει κάποιου τραύματος, να έχει μια εννοιολογική κατανόηση της διαδικασίας και των λειτουργιών της αποσύνδεσης.

3. Η τρίτη εξελικτική γραμμή στη παράλληλη ιστορία της ψυχανάλυσης και της θεωρίας του τραύματος είναι η ανάδυση της έννοιας της μεταβίβασης, θεωρητικά συνδεδεμένη με τα ασυνείδητα πρότυπα που αφορούν στη σχέση με το αντικείμενο, την διαδραμάτιση και τον καταναγκασμό της επανάληψης (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Ο Freud άρχισε να κατανοεί το σύνθετο και ισχυρό φαινόμενο της μεταβίβασης, βάζοντας το πλαίσιο για την ανάπτυξη της έννοιας της θεραπευτικής σχέσης. Ολοένα και περισσότερο, η βιβλιογραφία του τραύματος, σημειώνουν οι Pearlman και Saakvitne (1995), δίνει έμφαση στο αναπόφευκτο των ασυνείδητων (επανα)διαδραματίσεων των τραυματικών σχεσιακών προτύπων. Κανένας θεραπευτής δεν μπορεί να εργαστεί επιτυχώς με άτομα που έχουν ψυχικό τραύμα χωρίς την κατανόηση των αναπόφευκτων δυναμικών της μεταβίβασης και των (επανα)διαδραματίσεων.

4. Ως προς το τέταρτο σημείο, δηλαδή την έννοια της αντιμεταβίβασης, σημειώνεται, ότι, η έννοια αυτή είναι κεντρική στην εξέλιξη των εννοιών της θεραπευτικής συμμαχίας και της θεραπευτικής σχέσης. Η βιβλιογραφία όσον αφορά στη θεραπεία των ατόμων με ψυχικό τραύμα αναγνωρίζει ολοένα και περισσότερο, ότι, τα δυνατά συναισθήματα του θεραπευτή και η εσωτερική διαδικασία είναι καίρια συστατικά της θεραπείας. (Pearlman & Saakvitne, 1995).

## **1. 2 Ψυχαναλυτικές θεωρίες για το τραύμα**

**A. Ferenczi:** Ήδη από το 1930 διαφαίνεται η διαφωνία ανάμεσα στον Freud και τον Ferenczi αναφορικά με το τραύμα. Για τον Freud το μεγαλύτερο μέρος των τραυματικών γεγονότων που διηγούνται οι ασθενείς αντιστοιχούν σε φαντασιώσεις. Ο Ferenczi προσπάθησε να απομακρυνθεί από τις επιρροές της φροϋδικής σκέψης και πίστευε στην εξωτερική πραγματικότητα του τραύματος που διηγούνται οι ασθενείς. Στην αλληλογραφία Freud - Ferenczi διαβάζουμε στο γράμμα στις 20-01-1930 «Στην πραγματικότητα οφείλουμε να διαπιστώσουμε ότι οι θεωρητικές διαφορές ανάμεσά μας δεν πάνε πιο μακριά από αυτό που είναι αναπόφευκτο ανάμεσα σε δύο ανεξάρτητους

εργαζόμενους, όταν δεν υπάρχει ανάμεσά τους μια διαρκής ανταλλαγή ιδεών και ως εκ τούτου μια αμοιβαία επιρροή» (Freud & Ferenczi, 1930).

Εν τέλει ο Freud δεν απέρριψε ολοκληρωτικά ποτέ την τραυματική αιτιολογία των νευρώσεων και ο Ferenczi δεν αρνήθηκε ποτέ το ρόλο της παθογόνου φαντασίωσης. Ο πρώτος απλά υποστήριξε ότι το τραυματικό γεγονός είναι πιο συχνά κατασκευάσμα φαντασίωσης, ο δεύτερος εκτιμούσε ότι ήταν πολύ πιο συχνά πραγματικό.

Οι επινοήσεις του Freud και του Ferenczi σχετικά με το τραύμα δεν αποκλείουν η μια την άλλη, αλλά διαφοροποιούνται επάνω σε έναν ποσοτικό παράγοντα: τη συχνότητα των αιτιών του τραύματος. Ο Ferenczi θεωρεί ότι δύο χρόνοι χρειάζονται για να κάνουν το τραύμα παθογόνο. Το ίδιο το γεγονός του τραύματος αυτό καθ' εαυτό δεν είναι απαραίτητα τραυματογόνο. Στην περίπτωση που θα έχει γίνει σωστή αντιμετώπιση του τραύματος από το περιβάλλον, μπορεί τότε να ευνοηθεί μία διαχείριση αυτού προς όφελος του ατόμου. Όμως, η υποκρισία, η ενοχή, η απόρριψη ή ακόμα και το αποτέλεσμα της έκπληξης ή και της επανάληψης του γεγονότος του τραύματος είναι που κάνουν το τραύμα παθογόνο.

Στη συνέχεια, ο Ferenczi, στο έργο του “Principe de relaxation et néocatharsis” (1930), θέτει την άποψη του σχετικά με την πράξη του τραύματος και την ψυχοθεραπεία. Αναδεικνύει πως η αρχή της ματαίωσης, στη τεχνική της ψυχανάλυσης, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να αναπαράγει την αυστηρή αυταρχικότητα των γονέων και να δημιουργήσει μια επανάληψη του πρωταρχικού τραύματος. Ο Ferenczi επιμένει στην συχνότητα των σεξουαλικών τραυματισμών ακόμα και στις πιο συντηρητικές οικογένειες. Συμβαίνει, υποστηρίζει, οι ενήλικες να αφεθούν σε ερωτικά παιχνίδια με τα παιδιά, καλυμμένα συχνά κάτω από εκδηλώσεις τρυφερότητας. Το παιδί απαντάει με πίεση, «πολύ πιο έντονα και πιο πρώιμα από ότι κανένας μπορεί να σκεφθεί». Αλλά το αίτημά του μένει στο επίπεδο του παιχνιδιού και της τρυφερότητας. Ο ενήλικος λοιπόν αντιδράει με ένα πάθος που είναι ακατανόητο για το παιδί. Ωθούμενος από την ενοχή του έρχεται στη συνέχεια να το μαλώσει και να το τιμωρήσει. Αυτή η ξαφνική μεταστροφή της συμπεριφοράς του ενήλικα είναι ένας τραυματικός παράγοντας.

Επιπλέον, το τραύμα προκύπτει από μια ανεπάρκεια ερεθισμάτων όπως η στέρηση της αγάπης ή ακόμα και η υπερπροσφορά ερεθισμάτων. Εκεί λοιπόν που ο

Freud αναφέρεται σε μια «αδυναμία της ικανότητας του ατόμου να ζήσει», ο Ferenczi διατυπώνει την άποψη της ύπρξης ενός υπερ-πρώιμου τραύματος. Περιγράφει το τραύμα μέσω ενός μηχανισμού σοκ και επιμένει στο απρόοπτο του τραύματος, στον απρόσμενο χαρακτήρα του. Το υποκείμενο αντιδράει με μια παραλυσία όλης της ψυχικής δραστηριότητας, της κινητικότητάς του, των συλλήψεών του, της σκέψης. Εγκαθίσταται μια κατάσταση παθητική, μη αντίστασης. Το τραυματισμένο παιδί, φυσικά και ψυχικά αδύναμο, βρίσκεται χωρίς άμυνα και δεν έχει άλλη βοήθεια παρά την ταύτιση με τον επιτιθέμενο, την υποταγή του στις επιθυμίες του. Είναι ένα είδος αυτοκαταστροφής που συνοδεύεται με μια ευχαρίστηση. Μια άλλη αντίδραση στο τραύμα είναι αυτό που ονομάζει «προοδευτικός τραυματισμός». Το τραυματισμένο παιδί, διχασμένο, αναπτύσσει ξαφνικά ικανότητες ευφυΐας, και καλοσύνης. Γίνεται ο νοσοκόμος, ο ψυχίατρος των γονιών του.

Ο Ferenczi μετατόπισε το ενδιαφέρον στη σημασία του αντικειμένου, όχι μόνο ως αιτία τραύματος αλλά και ως παράγοντα σύστασης του ψυχισμού. Κινητοποιούνται μηχανισμοί άμυνας όπως η σχάση και η σχέση με το αντικείμενο τρέπεται σε ναρκισσιστική σχέση. Ένα μέρος τη προσωπικότητας θα φροντίσει μητρικά το αντικείμενο, θα γίνει κατά κάποιο τρόπο ο « φύλακας άγγελος ». Αργότερα στο έργο του *Journal Clinique*, ο Ferenczi θα συσχετίσει τον ψυχικό θάνατο με το τραύμα που υφίσταται από την εγκατάλειψη την οποία περιγράφει και ο Freud, ή αυτό που βιώνεται ως εγκατάλειψη. Η αντίδραση όμως, που περιγράφει απέναντι στην τραυματική κατάσταση, διαφέρει από τις περιγραφές του Freud: «Είναι πάντοτε μια παροδική ψύχωση, μια ρήξη με την πραγματικότητα, αφενός με τη μορφή μιας αρνητικής ψευδαίσθησης (απώλεια της συνείδησης ή υστερική λιποθυμία, ίλιγγος), αφετέρου συχνά με τη μορφή μιας άμεσης ψευδαισθητικής αντιστάθμισης, που δίνει την αυταπάτη της ευχαρίστησης».

Όλες αυτές οι περιγραφές, αυτές οι διαδοχικές προσεγγίσεις βρίσκονται σε πέντε άρθρα που έγραψε ανάμεσα στο 1928 και στο 1932. Το πιο εντυπωσιακό από αυτά είναι το διάσημο άρθρο του «Σύγχυση της γλώσσας ανάμεσα στους ενήλικες και το παιδί (1932)» όπου ο Ferenczi δίνει μια πιο ολοκληρωμένη σχηματοποίηση της θεώρησής του επάνω στο τραύμα. Ανάμεσα στο Μάρτιο του 1931 και το Δεκέμβριο του 1932, ο Ferenczi ανέπτυξε επίσης πέντε σύντομα κείμενα επάνω στο ζήτημα του τραύματος, ενώ κάποιες σημειώσεις του δημοσιεύτηκαν μετά το θάνατό του υπό μορφή άρθρου στο

“Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse” (1934) και οι οποίες βρίσκονται, επίσης, στο έργο του *Psychanalyse IV* με τον τίτλο «Σκέψεις επάνω στο τραύμα». Αυτές οι σημειώσεις εμπεριέχουν όλη την πορεία της σκέψης του για το τραύμα (Ferenczi, 1982).

Στην ψυχοθεραπεία, η τεχνική της χαλάρωσης και της νεοκάθαρσης, οδήγησαν τον Ferenczi να επανακαθορίσει το ρόλο του τραύματος στη προέλευση της νεύρωσης. Υποστήριξε πως χάρη στη τεχνική της χαλάρωσης, ο ασθενής μπορεί να παλινδρομήσει και να φτάσει σε μία μεταβατική κατάσταση αγωνίας κατά τη διάρκεια της οποίας μπορεί να αναβιώσει το πρωταρχικό τραύμα, δηλαδή να επαναβιωθεί το τραύμα μέσα σε ένα πλαίσιο ψυχοθεραπευτικής ασφάλειας. Η πρόσβαση του τραύματος στη μνήμη επιτρέπει, μέσα στις προστατευτικές συνθήκες της ανάλυσης, μία καλύτερη λύση του.

Το έργο του Ferenczi που δημοσιεύτηκε στο *Journal Clinique*, (1982) μπορεί εν τέλει να θεωρηθεί ως μία αντίδραση σε ένα τραύμα που ο ίδιος ο Freud συντέλεσε να δημιουργηθεί στον Ferenczi. Η μη ολοκληρωμένη ανάλυση του Ferenczi από τον Freud, η έλλειψη κατανόησης αλλά και η απόρριψη που εκδήλωσε ο Freud απέναντι στις αναζητήσεις του Ferenczi γύρω από την έννοια του τραύματος, τους μηχανισμούς του, τη θεραπεία του, αποτελούν πηγές τραύματος για τον ίδιο τον Ferenczi.

**B. Paul-Laurent Assoun:** Ο P-L Assoun (2004) είναι ψυχαναλυτής που έχει μελετήσει τον Lacan και το όνομα του έχει συνδεθεί με τη φροϋδική επιστημολογία. Αναφέρει, ότι η έννοια του τραύματος η οποία εμφανίζεται στα κείμενα του Freud με τη μορφή «οικονομικής» διαταραχής εξελίσσεται στον Lacan, ο οποίος κάνει λόγο για «εισβολή» του πραγματικού με τη μορφή του Τυχαίου. Αναφερόμενος στο πως γίνεται, υπογραμμίζει, ότι, πρόκειται για την αύξηση της ενέργειας σε ένα σύστημα σε τέτοιο βαθμό και σε σύντομο χρονικό διάστημα (εδώ υπεισέρχεται και η διάσταση του χρόνου), όπου ο ψυχικός μηχανισμός να μην μπορεί να εξασφαλίσει την εκκένωση (του συστήματος) η οποία διενεργείται υπό κανονικές συνθήκες. Με βάση αυτή την ιδέα διατυπώνεται στη συνέχεια μια ολόκληρη μεταφροϋδική θεωρητική κατεύθυνση που δίνει έμφαση στον τραυματισμό και στην (ενεργειακή) υπερχείλιση, στον ψυχισμό και στη πρόταση του μοντέλου περιέχοντος/περιεχομένου από τον Bion.

Όταν το υποκείμενο, κατά τον Paul-Laurent Assoun (1997), υφίσταται τραυματισμό, έχει ξεπεραστεί το όριο αντοχής του ψυχισμού του. Πρόκειται για έναν ορισμό «οικονομικής» φύσης. Η θεώρηση του τραύματος δεν είναι ποιοτική, είναι το

γεγονός της υπερχειλίσης του ερεθισμού. Από αυτήν την άποψη, συμπεραίνει ο Paul-Laurent Assoun (2004) υπάρχει ένα κοινό σημείο με τον Lacan: το ότι ο Lacan εξετάζει κατ' εξοχήν το τραύμα, από τη σκοπιά της εισροής του πραγματικού, αυτού που ο ίδιος ονόμασε συγκυρία. Επομένως, υπάρχει κάποιος γεγονός, κάτι γίνεται που εγγράφεται στο υποκείμενο, στο ψυχικό όργανο, με μια υπερχείλιση στο αλεξιδιεγερτικό σύστημα. Όσον αφορά στο τραύμα, πρόκειται για μια καθαρή «εισβολή» του πραγματικού, για κάτι απροσδόκητο. Το ψυχικό όργανο δεν είναι προετοιμασμένο για ένα γεγονός που θα εισαγάγει αιφνιδίως, ξαφνικά, μια σοβαρή «οικονομική» διαταραχή στην ίδια του τη λειτουργία. Το βίωμα του τραύματος καθορίζεται λοιπόν από το ότι το υποκείμενο αντιμετωπίζει ξαφνικά και απρόσμενα μια πρόκληση που υπερβαίνει το όριο αντοχής. Ο Paul-Laurent-Assoun (2004) διατύπωσε την άποψη, ότι, υπάρχει ένα μεταιχμιακό σημείο, που το υποκείμενο όταν το περνά αυτό, αρχίζει κατά κάποιον τρόπο να «προκαλεί» «κακές συναντήσεις» και κατ' αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι, ο καταναγκασμός της επανάληψης του τραύματος είναι το πεπρωμένο του τραύματος, θεωρώντας, ότι, εδώ υπεισέρχεται το ζήτημα της Τύχης.

Ο Paul-Laurent Assoun θεωρεί ότι το πρώτο τραύμα έχει τις ρίζες του σε αυτό που ο Freud ονομάζει «παρεξήγηση». Αναφέρεται στο βρέφος που βρίσκεται σε μια «κατάσταση» όπου «στη θέση της μητέρας αντιλαμβάνεται ένα άλλο πρόσωπο και βιώνει απώλεια». Επέρχεται τότε μία κατάσταση άγχους αλλά επιπλέον υπάρχει και κάτι άλλο, ένας «απότομος πόνος» που ξεχειλίζει γιατί δεν μπορεί ακόμα να διακρίνει την παροδική εξαφάνιση από τη διαρκή απώλεια. Δεν βρισκόμαστε τότε σε κατάσταση κινδύνου και άγχους ή αντίδρασης στον κίνδυνο, αλλά σε κατάσταση τραύματος» (Assoun, 1997). Αυτό το τραύμα απαιτεί έπειτα την συνύπαρξη αυτής της «παρεξήγησης» με ένα ενδογενές στοιχείο, μία εσωτερική ανάγκη, όταν το βρέφος ανακαλύπτει αυτή τη στιγμή «μια ανάγκη που η μητέρα οφείλει να ικανοποιήσει (σελ. 29)». Η ανάγκη είναι επίκαιρη, διαδραματίζεται σε ένα επεισόδιο, το βρέφος αισθάνεται την επείγουσα, παρούσα ανάγκη και αυτό ανοίγει το δρόμο προς την εμπειρία της «απόγνωσης» που πριν να καταστεί ένα συναίσθημα υποδεικνύει μία αντικειμενική κατάσταση, μια κατάσταση αβοηθησίας (Assoun, 1997).

**Γ. Winnicott:** Σύμφωνα με τον Winnicott (1963), στον οποίο βασίστηκε στη συνέχεια ο Green, η «αρκετά καλή μητέρα» αφοσιώνεται αποκλειστικά στο βρέφος, ήδη από την

περίοδο της εγκυμοσύνης και η κύρια μεριμνά της είναι η ικανοποίηση των βιολογικών, ψυχολογικών και αναπτυξιακών αναγκών και προσδοκιών του. Επιπλέον, η μητέρα σε αυτή τη πρώιμη αναπτυξιακή φάση κατά την οποία το βρέφος δεν είναι ακόμα σε θέση να διαφοροποιηθεί και να συνειδητοποιήσει ότι είναι ξεχωριστό ον, λειτουργεί ως καθρέφτης ο οποίος αντικατοπτρίζει αυτό που είναι το βρέφος. Ο Winnicott, θεωρεί ότι υπάρχει ένας «αληθής εαυτός», του οποίου η ανάπτυξη θα μπορούσε να διευκολυνθεί ή να παρεμποδιστεί από τη ποιότητα της ανταπόκρισης της μητέρας. Μια μητέρα που δεν είναι αρκετά καλή, δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του βρέφους, όταν αυτό την χρειάζεται, προκειμένου ο αληθής εαυτός του να ικανοποιήσει την «παντοδυναμία» του με αποτέλεσμα να συμβαίνει το ακριβώς αντίθετο, δηλαδή, το βρέφος να συμμορφώνεται στις ανάγκες και συμπεριφορές της μητέρας. Το βρέφος, μέσω της λειτουργίας του καθρέφτη, κοιτάζει τη μητέρα του αλλά αυτό που βλέπει δεν είναι ο εαυτός του αλλά το πρόσωπο της μητέρας, η διάθεση της και οι άκαμπτες άμυνες της. Με αυτό τον τρόπο το βρέφος διαμορφώνει έναν ψευδή εαυτό (Winnicott, 2003).

Σχετικά με το πώς η κατάθλιψη της μητέρας επιδρά στον ψυχισμό και στην αναπτυξιακή διαδικασία του βρέφους, ο Winnicott θεωρεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις «το κεντρικό εσωτερικό αντικείμενο της μητέρας είναι νεκρό κατά τη κρίσιμη χρονική περίοδο της πρώτης βρεφικής ηλικίας του παιδιού της και διάθεση της είναι η κατάθλιψη» (Winnicott, 1963). Η κατάθλιψη της μητέρας γίνεται κατάθλιψη του παιδιού και το παιδί δε μπορεί να διαφοροποιήσει ανάμεσα στη δική του κατάθλιψη και αυτή της μητέρας. Πρόκειται για ένα ψυχικό τραύμα που ο Winnicott όριζε ως «διάσπαση της συνέχειας της ύπαρξης» του ατόμου και υποστήριζε ότι αυτό που έχει τραυματιστεί είναι ο αληθής εαυτός που πρέπει να παραμείνει κρυμμένος και να μην τον ανακαλύψει κανείς ώστε να μην τραυματιστεί ξανά (Winnicott 1986).

**Δ. Green:** Το σύμπλεγμα της «νεκρής μητέρας», όπως ορίστηκε και αναπτύχθηκε από τον Andre Green (1983 - 1986), δεν αφορά το κυριολεκτικό-πραγματικό της θάνατο αλλά χρησιμοποιείται μεταφορικά για να περιγράψει το φαινόμενο κατά το οποίο η μητέρα βρίσκεται σε κατάθλιψη κατά τη χρονική εκείνη περίοδο που το παιδί της βρίσκεται στη βρεφική ηλικία. Χρησιμοποιώντας τη φράση του Green, «η νεκρή μητέρα είναι η μητέρα που παραμένει ζωντανή, αλλά που στα ματιά του βρέφους που φροντίζει είναι σωματικά νεκρή» (Green, 2001). Η κατάθλιψη της μητέρας ενδέχεται να

οφείλεται είτε στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή αντικειμένου στο οποίο η μητέρα έχει επενδύσει συναισθηματικά (πχ θάνατος της μητέρας της, απώλεια ενός στενού φίλου, αποβολή), είτε σε ένα ναρκισσιστικό τραύμα (πχ. ύπαρξη εξωσυζυγικής σχέσης του άντρα της, οικονομικές δυσχέρειες ή και σε άλλες αιτίες) (Green, 1983. 1985. 1986). Είναι τότε, που λόγω του δικού της πένθους, η μητέρα απομακρύνεται από το παιδί της συναισθηματικά και το παιδί βιώνει μια «καταστροφή». Στην περίπτωση αυτή το στήθος δεν είναι κακό, αλλά απόν (με την έννοια όμως του κενού), ακόμα και όταν είναι δοτικό, με άλλα λόγια «είναι ένα ψευδές στήθος που φέρεται από έναν ψευδή εαυτό και τρέφει ένα ψευδές βρέφος».

Ο Andre Green (1983 and 1986), ανέπτυξε το σύμπλεγμα της «νεκρής» μητέρας, αντλώντας το υλικό του από τις ιδέες που είχαν αναπτύξει για το πένθος ο Freud, η Klein, ο Winnicott, ο Bion, ο Lacan. Το σύμπλεγμα της νεκρής μητέρας είναι μια ανακάλυψη στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας και του φαινομένου της μεταβίβασης. Ο ασθενής διαμαρτύρεται για το αίσθημα αποτυχίας στην συναισθηματική ή επαγγελματική του ζωή, τις συγκρούσεις με τα κοντινά του πρόσωπα, την αδυναμία να βγει από μια συγκρουσιακή κατάσταση και να αγαπήσει. Αυτή η μεταβιβαστική κατάθλιψη αποδεικνύει την επανάληψη μιας παιδικής κατάθλιψης. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι έλαβε χώρα παρουσία ενός αντικειμένου το οποίο απορρίφθηκε από ένα πένθος.

Στην ψυχική ζωή του παιδιού τη στιγμή του ξαφνικού πένθους της μητέρας επέρχεται μια αλλαγή που βιώνεται ως καταστροφή. Η λύπη της μητέρας και το μειωμένο της ενδιαφέρον για το παιδί είναι σε πρώτο πλάνο, γεγονός που παράγει μια αλλαγή της μητρικής εικόνας. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της κατάθλιψης είναι ότι «λαμβάνει χώρα παρουσία του αντικειμένου, το οποίο απορροφάται από το πένθος» (Green, 1986). Η μητέρα σε αυτή τη περίπτωση φροντίζει και ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες επιβίωσης του βρέφους, νιώθει όμως ότι δεν είναι ικανή να το αγαπά. Η εμπειρία αυτή κάνει το άτομο να βιώνει ψυχικό πόνο αφού δυσκολεύεται να επενδύσει λιβιδινικά γύρω του και αποτυγχάνει στην διαδικασία αποχωρισμού-εξατομίκευσης αφού έχει προηγηθεί η ταύτιση με τη μητέρα προκειμένου να επιτύχει την κατοχή της. (Green, 1983 and 1986). Ο Green στο ίδιο έργο του υποστηρίζει ακόμη, ότι η αυθόρμητη εξέλιξη του βρέφους προς την καταθλιπτική θέση εμποδίζεται από την παρέμβαση της μητέρας και η σύγκρουση περιπλέκεται, καθώς η αποεπένδυση του



μητρικού αντικειμένου είναι πραγματική και αντιληπτή σε τέτοιο βαθμό ώστε να προκαλέσει ναρκισσιστικό τραύμα.

Στην αρχή της ζωής το βρέφος έχει μια αυθεντική ζωτικότητα, αισθήματα παντοδυναμίας, έντονα στοιχεία ναρκισσισμού και πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για τον κόσμο. Στη περίπτωση της «νεκρής μητέρας», το πένθος της την απομακρύνει ξαφνικά από το βρέφος, το οποίο βιώνει μια καταστροφή που δεν είναι άλλη από την απώλεια της αγάπης. Το βρέφος δεν μπορεί να βρει μια εξήγηση για αυτό που του συνέβη. Η απώλεια αυτή αποτελεί ένα ναρκισσιστικό τραύμα για το παιδί, το οποίο αναπτύσσει δύο ειδών αμυντικές στάσεις για να αντιμετωπίσει αυτή τη κατάσταση: «την αποεπένδυση του μητρικού αντικειμένου και την ασυνείδητη ταύτιση με την νεκρή μητέρα» από τη μία και «την απώλεια του νοήματος» από την άλλη. Στη πρώτη αμυντική στάση, σε πρώτο χρόνο, το ματαιωτικό αντικείμενο, η μητέρα δηλαδή, φονεύεται μέσω της συναισθηματικής και αναπαραστασιακής αποεπένδυσης και σε δεύτερο χρόνο, μέσω της πρωτογενούς ταύτισης το βρέφος γίνεται ένα με την μητέρα με στόχο την επανένωση μαζί της («Εάν δε μπορώ να αγαπηθώ από τη μητέρα, θα γίνω ένα με αυτή»).

Εκτός από τον Green και άλλοι ψυχαναλυτές αναφέρονται στο πρώιμο τραύμα. Ο Modell (1999), ορίζει αυτή τη χρονικά παρατεταμένη απουσία συναισθηματικής αλληλεπίδρασης μητέρας-παιδιού εξαιτίας της κατάθλιψης της, ως «τραύμα». Φαίνεται να υπάρχει μία διαφωνία ανάμεσα στον Modell και τον Green ως προς τα στάδια από τα οποία διήλθε η σύλληψη της έννοιας του τραύματος από τον Freud. Όπως έχει αναφερθεί, για τον Freud το τραύμα είναι ένα «βίωμα που μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, επιφέρει μία τόσο μεγάλη αύξηση της διέγερσης στο εσωτερικό της ψυχικής ζωής ώστε η εκκαθάριση ή επεξεργασία του με τα συνήθη φυσιολογικά μέσα αποτυγχάνει, πράγμα που συνεπάγεται μόνιμες διαταραχές στην ενεργειακή οικονομία». Ο Green φαίνεται να είναι πιο κοντά στην αρχική άποψη του Freud, αυτή που εκφράζεται στα κείμενα του για την υστερία, όπου συναντάται και ο όρος «αρνητική ψευδαίσθηση», ενώ ο Modell είναι εγγύτερα στη μεταγενέστερη φροϋδική αντίληψη του τραύματος που έχει να κάνει κυρίως με τον «ξαφνικό θάνατο» της μητέρας.

Η νεκρή μητέρα μπορεί να σχετιστεί με την έννοια της «κρύπτης» των Abraham και Torrook (χώρος στον οποίο εγκλείονται οι τραυματικές εμπειρίες και οι σκέψεις, συναισθήματα, εικόνες που τις συνοδεύουν, προκειμένου να απωθηθούν) (Abraham &

Torok, 1984). Οι συγκεκριμένοι ψυχαναλυτές χρησιμοποίησαν τον όρο «φάντασμα» για να περιγράψουν το αποτέλεσμα της επίδρασης της κρύπτης ενός προσώπου στον ψυχισμό ενός άλλου. Η έννοια του φαντάσματος έχει ιδιαίτερα κλινική σημασία όταν ο φορέας της κρύπτης είναι ο γονέας και ο αποδέκτης της παιδί. Η κατάσταση αυτή αποτελεί μια συνεχή τραυματική κατάσταση για το παιδί (Μανιαδάκης, 2006).

### **1.3 Θεωρία της Προσκόλλησης: μία γενική θεωρία για την ανάπτυξη της προσωπικότητας και το ενδεχόμενο τραύματος**

Η θεωρία της προσκόλλησης ασχολείται με την επίδραση των πρώτων βιωμάτων στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και πως αυτά επηρεάζουν την μετέπειτα λειτουργία της. Η θεωρία αυτή βασίζεται στην κοινή εργασία του βρετανού ψυχαναλυτή John Bowlby και της εξελικτικής ψυχολόγου Mary Salter Ainsworth. Η ιστορία της εξέλιξης της αρχίζει κατά τη δεκαετία του 1930 με το ενδιαφέρον του Bowlby επικεντρωμένο στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην απώλεια ή τη στέρηση της μητέρας και στη μετέπειτα εξέλιξη της προσωπικότητας, και με το ενδιαφέρον της Ainsworth εστιασμένο στο αίσθημα της ασφάλειας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι αφετηρία για τη σκέψη του Bowlby ήταν το σοβαρότατο πρόβλημα που είχε προκύψει στην Βρετανία κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου με τα παιδιά που στάλθηκαν στην εξοχή, μακριά από τους γονείς τους, ώστε να είναι ασφαλή από τους βομβαρδισμούς των πόλεων. Ο Bowlby επηρεάστηκε επίσης αρκετά από τις εξελίξεις της ηθολογίας, (τμήμα της βιολογίας που ασχολείται με τη μελέτη των ζώων στο φυσικό τους περιβάλλον) και τις εξελίξεις στη θεωρία των γενικών συστημάτων, (τμήμα της βιολογίας που επικεντρώνεται στις γενικές αρχές λειτουργίας όλων των βιολογικών συστημάτων) (Pervin & John, 2001).

Η προσκόλληση είναι ένας, βιολογικής φύσης, δεσμός μεταξύ του παιδιού και του παρέχοντος τη φροντίδα προσώπου, ο οποίος αποσκοπεί στη διατήρηση της ασφάλειας και της επιβίωσης του παιδιού. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, το παιδί επιζητά την εγγύτητα με το άτομο που το φροντίζει, προκειμένου να αποσπάσει μια βοηθητική και ανακουφιστική ανταπόκριση (Gabbard, 2006). Μία από τις βασικές αρχές της θεωρίας της προσκόλλησης είναι ότι, τα αναπτυσσόμενα βρέφη και τα μικρά παιδιά έχουν ανάγκη να αναπτύξουν μια ασφαλή εξάρτηση από ένα κύριο πρόσωπο που το φροντίζει, συνήθως τη μητέρα, πριν ξανοιχτούν στις μη οικείες καταστάσεις, χρησιμοποιούν δηλαδή τη προσκόλληση αυτή ως «ασφαλή βάση» για εξερεύνηση του

περιβάλλοντος και τον αποχωρισμό. Σε δεύτερη φάση το βρέφος αναπτύσσει κάποια «εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα» τα οποία είναι εσωτερικές- νοητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των ατόμων που το φροντίζουν. Οι εσωτερικές αυτές αναπαραστάσεις λειτουργούν ως πρότυπα για τις μεταγενέστερες διαπροσωπικές σχέσεις (Bowlby, 1973). Σύμφωνα με τον Bowlby, οι αναπαραστάσεις αυτές συνδέονται με τον βαθμό στο οποίο το άτομο ήταν αποδεκτό και άξιο αγάπης στα μάτια αυτών με τους οποίους δημιούργησε τους πρώτους δεσμούς προσκόλλησης, τους ανθρώπους δηλαδή που το φρόντιζαν ως βρέφος. Ο κύριος στόχος της προσκόλλησης είναι να καταφέρει το παιδί να δημιουργήσει ένα εσωτερικό μοντέλο του εαυτού του το οποίο είναι ασφαλές. Η ασφαλής προσκόλληση με το άτομο που το φροντίζει απελευθερώνει το βρέφος ώστε να μπορέσει να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του έχοντας τη σιγουριά ότι ο φροντιστής θα είναι στη διάθεση του όποτε το παιδί τον χρειαστεί. Η ασφαλής προσκόλληση επίσης, γεννάει μια θετική, συνεκτική και σταθερή (συνεπής) εικόνα του εαυτού και μια γενική αίσθηση ότι αξίζει να αγαπηθεί, η οποία συνδυάζεται με μια γενική θετική αντίληψη για τους σημαντικούς άλλους (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons- Ruth, 2004).

Το κυριότερο συμπέρασμα του Bowlby, που βασιζόταν στις τότε υπάρχουσες ενδείξεις, ήταν ότι για να αναπτυχθεί ψυχικά υγιές «το βρέφος και το μικρό παιδί θα πρέπει να βιώσει μια ζεστή, στενή και αδιάκοπη σχέση με τη μητέρα του (ή το μόνιμο υποκατάστατο της μητέρας), στην οποία σχέση βρίσκουν και οι δύο ικανοποίηση και ευχαρίστηση» (Bowlby, 1969). Σύμφωνα με τον De Zulueta (1999), «η ανάπτυξη δεσμών προσκόλλησης επιτυγχάνεται με μια σύνθετη διαδικασία σωματικής και συναισθηματικής εναρμόνισης ανάμεσα στο βρέφος και την τροφό». Παρόλο που οι γόνιμες εργασίες του John Bowlby (1969· 1973· 1980), είχαν εδώ και καιρό δημοσιευτεί, μόλις προσφάτως η θεωρία της προσκόλλησης άρχισε να χαίρει ενός ευρύτερου ψυχαναλυτικού ακροατηρίου.

Ο Bowlby υποστήριξε, ότι, υπάρχει μια εσωτερική παρόρμηση να αναζητεί κανείς μια προστατευτική μορφή όταν βρίσκεται σε άγχος. «Η προσκόλληση έχει γίνει χαρακτηριστικό πολλών ειδών κατά τη διάρκεια της εξέλιξης τους γιατί συμβάλλει στην επιβίωση τους κρατώντας τα σε επαφή με το πρόσωπο που το φροντίζει και μειώνοντας, με αυτό το τρόπο, τον κίνδυνο να τραυματιστούν» (Bowlby, 1980, p. 40).

Ο Bowlby προέβαλε ως αξίωμα, ότι, η συμπεριφορά της προσκόλλησης είναι εγγενές κομμάτι της ανθρώπινης φύσης. Είναι εξαιτίας αυτού του συμπεριφορικού

συστήματος που το βρέφος επιλέγει ένα κύριο πρόσωπο προσκόλλησης (συνήθως - αλλά όχι απαραίτητα, τη μητέρα), του οποίου οι κινήσεις πρέπει να παρακολουθούνται. Το αναπτυσσόμενο βρέφος παραμένει πολύ κοντά στην τροφό, και με τον καιρό, δευτερευούσης σημασίας πρόσωπα προσκόλλησης γίνονται όλο και περισσότερο σημαντικά. Το σύστημα προσκόλλησης ενεργοποιείται είτε από εσωτερικές υποδείξεις, όπως μια ασθένεια, είτε από εξωτερικές απειλές που ωθούν το παιδί να αναζητήσει προστασία στην τροφό του. Αν η τελευταία δεν είναι διαθέσιμη, το βρέφος διαμαρτύρεται, προτού εκφράσει απελπισία και τελικά αποσυνδεθεί. Αυτή η τελευταία αντίδραση έχει εξαιρετική σημασία για να κατανοήσει κανείς την αντίδραση του βρέφους ή του παιδιού στην εμπειρία της εγκατάλειψης σε σχέση με τον/την τροφό του. ( Bowlby, 1969· 1973· 1980).

Αν τα μωρά απειληθούν με οποιοδήποτε τρόπο, θα τρέξουν στη μητέρα τους για ασφάλεια. Τι θα συμβεί όμως, αν η μητέρα γίνεται απειλητική ή απαγορεύει τη σωματική επαφή, όπως πράττουν οι απορριπτικοί γονείς; Τα μωρά μαθαίνουν τότε να μεταθέτουν την προσοχή τους κάπου αλλού και έτσι «αυτό-αποκόβονται» από συναισθήματα θυμού και φόβου, ώστε να μπορούν να παραμείνουν όσο πιο κοντά είναι δυνατό στο γονιό από τον οποίο εξαρτώνται απόλυτα (Main, 1981). Αυτό υποδεικνύει, κατά τον De Zulueta (1999), ότι, τα παιδιά εσωτερικεύουν την αντίληψη τους για την αντίδραση της μητέρας τους στα δικά τους συναισθηματικά σήματα και τροποποιούν τη συμπεριφορά τους ανάλογα, έτσι ώστε η αποφεύγουσα αντίδραση τους στην επιστροφή της μητέρας τους είναι ένας αμυντικός ελιγμός. Ο Fonagy και οι συνεργάτες του (1995), υποστήριξαν ότι ένα παιδί είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξει μια ασφαλή προσκόλληση, όταν ο φροντιστής του, διαθέτει μια καλά οργανωμένη ικανότητα να σκέφτεται σχετικά με το περιεχόμενο των σκέψεων του καθώς και το περιεχόμενο των σκέψεων των άλλων. Η ικανότητα αυτή βοηθά με τη σειρά του και το παιδί, προάγοντας τη νοητική του ικανότητα να σκέφτεται τι μπορεί να υπάρχει στο μυαλό του φροντιστή του. Οι συγκεκριμένοι θεωρητικοί – ερευνητές επεσήμαναν επίσης, πως όταν ένα παιδί δεν μπορεί να στηριχτεί στη μητέρα του ή γενικά στο άτομο που το φροντίζει, για να ανταποκριθεί στα σήματα άγχους του και να τα ελαττώσει, εκείνο πρέπει να βρει εναλλακτικούς τρόπους, να τα μειώσει (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon & Target, 1995· Steele, Steele & Fonagy, 1996).

Τα «αποφευκτικά» παιδιά κλείνουν το δικό τους σύστημα προσκόλλησης και βιώνουν τον εαυτό τους σαν να μη χρειάζεται αγάπη. Αυτό μπορεί να εξηγήσει ως ένα βαθμό τη χαμηλή αυτοεκτίμηση κι ένα βαθύ συναίσθημα ντροπής. Μερικές φορές, όταν είναι υπερβολικά αγχωμένα και χρειάζονται φροντίδα, οι ισχυρές βιολογικές ανάγκες τους για προσκόλληση είναι τέτοιες που δεν μπορούν να μπλοκάρουν πλήρως την οργή τους προς τη μητέρα τους και μπορούν κάλλιστα να εξαπολύσουν την οργή τους εναντίον άλλων παιδιών (De Zulueta, 1999). Ο Sroufe (1996) τόνισε πως η επιθετικότητα του «αποφευκτικού» παιδιού είναι πολύ ελεγκτική και συχνά σκληρή και «νταηλίδικη», σε αντίθεση με τη συμπεριφορά ενός «αγχώδους-αμφίθυμου» μωρού που είναι απογοητευμένο και χειρονομεί βίαια αναζητώντας συνδέσεις.

Σύμφωνα με τον Bowlby (1973), το μοντέλο εσωτερικής επεξεργασίας του εαυτού αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της εμπειρίας της φροντίδας την οποία λαμβάνει το βρέφος. Επομένως, η παραμέληση των αναγκών κάποιου (όπως έμφυτα βιώνεται από το παιδί το οποίο κακοποιήθηκε σεξουαλικά) ή μια ενεργή απόρριψη από το γονιό θα καταλήξει απαραίτητα σε μια αντίληψη, ότι, δεν αξίζει, ότι, δεν είναι επιθυμητό ή ακόμη, ότι, είναι κακό.

Σύμφωνα με τους Alexander και Anderson (1994), η θεωρία της προσκόλλησης προσπαθεί να εξηγήσει την ανάπτυξη και την ενδεχόμενη παραποίηση των ενδοψυχικών διαδικασιών όπως είναι το συναίσθημα και το γνωστικό παράγοντα μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων και έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς ως βάση κατανόησης αυτών που έχουν προηγηθεί και αυτών που έπονται της σωματικής κακοποίησης.

Η Ainsworth ενδιαφέρθηκε περισσότερο για τις στρατηγικές προσκόλλησης που υιοθετούν τα βρέφη, τις οποίες θεωρεί ανεξάρτητες από γενετικές επιρροές και σχετικά σταθερές και στην ενήλικη ζωή. Χρησιμοποίησε τον όρο «Διαδικασία της Παράδοξης Κατάστασης» για να περιγράψει τη διαδικασία που έχει να κάνει με τη συστηματική παρατήρηση του τρόπου με τον οποίο τα βρέφη αντιδρούν στον αποχωρισμό από τη μητέρα και στην επανασύνδεση μαζί της ή με οποιοδήποτε άτομο το φρόντιζε. Οι παρατηρήσεις αυτές οδήγησαν στις εξής τρεις κατηγορίες προσκόλλησης: (α) ασφαλή παιδιά (περίπου 70% των βρεφών), (β) αγχωμένα παιδιά που δείχνουν αποφυγή (περίπου 20% των βρεφών) και (γ) σε αυτά που είναι ανάμεσα στη σιγουριά και το άγχος (περίπου 10% των βρεφών). Τα ασφαλή βρέφη αν και είναι ευαίσθητα στον αποχωρισμό από τη μητέρα, την καλωσορίζουν κατά την επανασύνδεση τους και

συνεχίζουν την εξερεύνηση και το παιχνίδι. Τα αγχωμένα βρέφη που δείχνουν αποφυγή διαμαρτύρονται ελάχιστα στον αποχωρισμό με τη μητέρα και όταν αυτή επιστρέψει την αποφεύγουν. Τέλος, τα βρέφη που βρίσκονται ανάμεσα στο άγχος και τη σιγουριά, δυσκολεύονται να αποχωριστούν τη μητέρα αλλά και να επανασυνδεθούν μαζί της όταν αυτή επιστρέψει (Ainsworth & Bowlby, 1991· Pervin & John, 1997).

Κατά τους Keren και Tyano (2005) το ασφαλώς προσκολλημένο βρέφος αντιδράει στο χωρισμό, χαιρετάει το γονιό κατά την επανένωση, αναζητά την εγγύτητα και επιστρέφει στο βασικό του επίπεδο εξερεύνησης του παιχνιδιού. Επιπλέον, έχουν οριστεί δύο τύποι ανασφαλούς προσκόλλησης: ο τύπος της αποφυγής και ο τύπος της αντίστασης. Η στρατηγική της αποφυγής στην αντιμετώπιση του άγχους, είναι η κατάπνιξη του συστήματος προσκόλλησης και γι' αυτό το λόγο το βρέφος φαίνεται αδιάφορο κατά το χωρισμό. Αυτή η μορφή προσκόλλησης είναι χαρακτηριστική βρεφών που έχουν εσωτερικεύσει τον κηδεμόνα τους ως ανεπαρκή να τα ηρεμεί όταν αντιμετωπίζουν άγχος (για παράδειγμα καταθλιπτικές ή ψυχωτικές μητέρες). Ο αντιστεκόμενος τύπος προσκόλλησης είναι το αντίθετο, δηλαδή, το σύστημα προσκόλλησης του μωρού είναι υπέρ-ενεργοποιημένο, το βρέφος είναι εξαιρετικά αγχωμένο εξαιτίας του χωρισμού, αλλά η επιστροφή του γονιού δε το ησυχάζει. Αυτό το μοτίβο είναι τυπικό βρεφών με απρόβλεπτους κηδεμόνες (όπως γονείς με διαταραχές προσωπικότητας. Υπάρχει ένας τέταρτος τύπος, ο αποδιοργανωμένος τύπος προσκόλλησης που παρατηρείται σε κλινικούς πληθυσμούς, ιδιαίτερα σε οικογένειες όπου παρατηρείται η κακοποίηση και η χαώδης λειτουργία αυτών. Το μωρό είναι αγχωμένο, αλλά φαίνεται φοβισμένο από το πρόσωπο που το φροντίζει και γι' αυτό το λόγο δείχνει αντιφατικές συμπεριφορές προσκόλλησης.

Το σύστημα προσκόλλησης, σύμφωνα με τους Keren και Tyano (2005), βρίσκεται σε ισορροπία με το σύστημα εξερεύνησης: όσο πιο προστατευμένο/ασφαλές αισθάνεται το παιδί σε σχέση με τον κηδεμόνα του, τόσο πιο εύκολα θα εκδηλώσει εξερευνητική διάθεση για το περιβάλλον. Το εξερευνητικό σύστημα από μόνο του είναι κρίσιμο για τη μάθηση και την ανάπτυξη περιέργειας. Το ασφαλώς προσκολλημένο παιδί αναπτύσσει ένα γνωστικό-συναισθηματικό σχήμα αλληλεπίδρασης του «εαυτού με την προσκολλούμενη μορφή», (Stern, 1985) και γι' αυτό συνδέεται πολύ με την ανάπτυξη της βασικής εμπιστοσύνης, έναν από τους άξονες για την ποιότητα των αντικειμενοτρόπων σχέσεων.

Το να χάνει κανείς ένα σύμβολο προσκόλλησης ισοδυναμεί με το να χάνει ένα κομμάτι από τον ίδιο του τον εαυτό (Williams, 1995). Η ανάγκη που έχει το άτομο για προσκόλληση είναι τόσο έντονη, ώστε το άτομο προσκολλάται ακόμη και στις περιπτώσεις που η φιγούρα προσκόλλησης αντιπροσωπεύει ένα περιβάλλον βίας και κακοποίησης. Αν και το παθολογικό αυτό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει το παιδί δεν αποτελεί ένα μέρος υγιούς ανάπτυξης, ωστόσο το να χάσει αυτή τη προσκόλληση ισοδυναμεί με απομόνωση σε όλη του τη ζωή.

#### **1.4 Προσκόλληση και ενήλικες διαπροσωπικές σχέσεις - Ερευνητικά δεδομένα**

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τα νοητικά μοντέλα της προσκόλλησης που έχουν οι γονείς μπορούν να καταστήσουν προβλέψιμους τους τύπους προσκόλλησης που θα αναπτυχθούν μεταξύ βρέφους και μητέρας, καθώς και μεταξύ βρέφους και πατέρα.

Μία έρευνα στο πεδίο της προσκόλλησης, έδειξε, ότι τα σχήματα συμπεριφοράς του ενήλικα, συσχετίζονται με τα σχήματα συμπεριφοράς του παιδιού (για παράδειγμα, ένας απορριπτικός πατέρας, τείνει να έχει ένα αποφευκτικό παιδί), (Schwerdtfeger & Goff, 2007). Η ποιότητα της προσκόλλησης που οι μέλλοντες πατέρες και μέλλουσες μητέρες ανέφεραν πως είχαν με τους δικούς τους γονείς, όταν αυτό μετρήθηκε κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, προέβλεπε την ανάπτυξη της προσκόλλησης μεταξύ του μέλλοντα γονέα και του παιδιού, όταν το παιδί θα ήταν στην ηλικία του ενός έτους (Steele et al., 1996).

Η ικανότητα του παρέχοντος τη φροντίδα προσώπου να παρατηρεί τις προθέσεις και τον εσωτερικό κόσμο του βρέφους, φαίνεται να επηρεάζει την ανάπτυξη μιας ασφαλούς προσκόλλησης. Μια έννοια κλειδί στη θεωρία της προσκόλλησης, είναι η έννοια της *ψυχοποίησης*, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να κατανοεί ότι ο τρόπος σκέψης του ατόμου και των άλλων είναι εκ φύσεως αναπαραστατικός και ότι η συμπεριφορά υποκινείται από εσωτερικές καταστάσεις, όπως οι σκέψεις και τα συναισθήματα (Fonagy, 1998. Gabbard, 2006). Οι γονείς ή οι παρέχοντες τη φροντίδα, αν έχουν οι ίδιοι την ικανότητα ψυχικού συντονισμού με την υποκειμενική ψυχική κατάσταση του βρέφους, συμβάλλουν στη δυνατότητα του βρέφους να βρει τον εαυτό του στη σκέψη τους, και να εσωτερικεύει την αναπαράστασή τους, προκειμένου να διαμορφώσει έναν πυρηνικό ψυχολογικό εαυτό. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η ασφαλής προσκόλληση του παιδιού προς το άτομο που παρέχει τη φροντίδα και

επέρχεται η ανάπτυξη της ικανότητας του παιδιού για ψυχοποίηση. Με άλλα λόγια, το παιδί, μέσα από την αλληλεπίδραση με τον παρέχοντα τη φροντίδα, μαθαίνει ότι η συμπεριφορά μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή, εφόσον δεχθεί ότι οι ιδέες και τα συναισθήματα καθορίζουν τις πράξεις του ατόμου.



## Κεφάλαιο δεύτερο

### Τραύμα και ψυχική διαταραχή

Η επίδραση του τραύματος στη κατανόηση των επιπτώσεων στη ψυχική υγεία και των ψυχολογικών δυσκολιών έπαιξε κεντρικό ρόλο από τα αρχικά στάδια της ανάπτυξης της ψυχοθεραπευτικής πρακτικής, ωστόσο η συστηματική εμπειρική μελέτη του τραύματος είναι σχετικά πρόσφατη (Herman, 1992a). Η «αναγνώριση» του ψυχολογικού τραύματος, ως θέμα που αξίζει να διερευνηθεί συστηματικά, συνδιάζεται με την δημοσίευση της τρίτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών διαταραχών τη δεκαετία του '80 (DSM- III, 1980). Στη περίοδο που ακολούθησε και εκτείνεται μέχρι τις μέρες μας, η μελέτη του τραύματος εξελίσσεται συνεχώς και περιλαμβάνει μια ποικίλη εμπειρική, κλινική και θεωρητική βιβλιογραφία (Gold & Faust, 2002).

Η συστηματική μελέτη της επίδρασης του τραύματος στη ψυχολογική λειτουργικότητα του ατόμου είναι τόσο πρόσφατη που ακόμα και οι πιο στοιχειώδεις πλευρές της αναγνώρισης, της αξιολόγησης και της θεραπείας του ψυχολογικού τραύματος, δεν έχουν συμπεριληφθεί στην επίσημη εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχολόγων και γενικά στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, κα) (Courtois, 2002). Η πλειονότητα των ψυχολόγων δεν είναι συνήθως εξοικειωμένοι με αυτές τις γνώσεις. Όσοι από αυτούς αποφάσισαν να ασχοληθούν με το τραύμα, βασίστηκαν περισσότερο στις δικές τους δυνάμεις, μέσα από τη προπτυχιακή τους εκπαίδευση καθώς απαιτείται η εξειδίκευση στο σχετικό πεδίο. Οι ψυχολόγοι αυτοί συνήθως αναπτύσσουν τις γνώσεις τους για το τραύμα και την επίδραση του με δική τους πρωτοβουλία διαβάζοντας και παρακολουθώντας σεμινάρια και συνέδρια καθώς επίσης και μέσω της κλινικής τους ενασχόλησης με άτομα που έχουν ιστορικό τραύματος (Gold, 2004).

Αποτέλεσμα της απουσίας συντονισμένης μελέτης του τραύματος είναι ότι ένα σημαντικό μέρος της αναγνώρισης, αξιολόγησης και θεραπείας σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, στις οποίες υπάρχει πολύ συχνά και παιδικό τραύμα, (πχ διαταραχή μετατραυματικού στρες, οριακή διαταραχή προσωπικότητας κα) μένουν εκτός μελέτης (Gold, 2004; Mahler, Reach, & Cierpka, 2001). Αυτό έχει ένα διττό αποτέλεσμα, από τη μία πλευρά δεν μπορεί να κατανοηθεί γιατί ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία

και από την άλλη ο ασθενής, ενώ ενδέχεται πρόσκαιρα να ανακουφίζεται από τα συμπτώματα μετά από λίγο καιρό «επιστρέφει» στις δυσκολίες του. Ο Terr (1991), διακρίνει το οξύ τραύμα που αφορά σε ένα μοναδικό κυρίαρχο γεγονός από το χρόνιο τραύμα στο οποίο το τραύμα παρατείνεται ή και επαναλαμβάνεται. Τόσο ο Herman (1992b), όσο και ο Terr (1991), προτείνουν, ότι, η αντιμετώπιση του χρόνιου τραύματος μπορεί να απολήξει σε βαθιές αλλαγές του χαρακτήρα και στην αποκρυστάλλωση μιας προσωπικότητας που βασίζεται στο μούδιασμα, στην οργή και σε ορισμένες περιπτώσεις στην ταύτιση με έναν επιθετικό δράστη.

## **2.1. Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (PTSD- ΔΜΨΣ)**

### **2.1.1 Βασικά στοιχεία της διαταραχής μετατραυματικού στρες**

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα της επίδρασης που έχουν οι τραυματικές εμπειρίες στον ψυχισμό του ατόμου. Καθώς η επιστημονική κοινότητα συνειδητοποιεί την ολοένα και αυξανόμενη συχνότητα της ΔΜΨΣ, η έρευνα τεκμηριώνει και τις συνέπειες που έχει το τραύμα για το άτομο (Gabbard, 2006). Η έννοια του ψυχικού τραύματος εντάχθηκε για πρώτη φορά στα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα, στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III (APA, 1980), για τη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματισμό (ΔΣΜΨ), και αποτέλεσε την επίσημη αναγνώριση από τη ψυχιατρική κοινότητα ότι εξαιρετικά δυσμενή γεγονότα μπορούν να διαταράξουν τη ψυχολογική ζωή των ατόμων (Λεονάρδου & Παπαρρηγόπουλος, 2009). Όταν η διάγνωση της ΔΜΨΣ συμπεριλήφθηκε στο DSM-III, το τραύμα ορίστηκε ως ένα συμβάν «έξω από το φάσμα της συνηθισμένης εμπειρίας» (APA, 1980), ωστόσο, και καθώς η έρευνα γύρω από το τραύμα έχει ωριμάσει, έχει φανεί ότι η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα είναι ένα σχετικά σύνηθες γεγονός στον γενικό πληθυσμό.

Η διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΨΣ) έχει τις ρίζες της στην εργασία του Freud, ο οποίος ήταν ο πρώτος που αντιμετώπισε τα περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα ως εκδηλώσεις πρώιμων παιδικών τραυμάτων (Freud, 1915-1917), καθώς και άλλων ειδικών μεταγενέστερα, που ασχολήθηκαν με τις τραυματικές εμπειρίες που έπονται ενός πολέμου (Phillips, 1993). Το 1976 ωστόσο, ο Horowitz, με τη δημοσίευση μίας έρευνας - ορόσημο για τον αντίκτυπο του τραύματος στη προσωπικότητα του ατόμου, ήταν αυτός ο οποίος έβαλε τα θεμέλια για την μελέτη της

διαταραχής μετατραυματικού στρες. Συγκεκριμένα, παρατήρησε ότι τα θύματα των τραυματισμένων εναλλάσσονταν μεταξύ της άρνησης του συμβάντος και της καταναγκαστικής του επανάληψης, μέσω της αναβίωσης του ή μέσω εφιαλτικών ονείρων (Horowitz, 1976). Ο νους με αυτό τον τρόπο, προσπαθεί να επεξεργαστεί και να οργανώσει τα κατακλυσμιαία ερεθίσματα.

Εισαγωγικά, η διαταραχή άγχους μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία εκδηλώνεται μετά από την έκθεση ενός ατόμου σε ψυχοτραυματικό γεγονός, από το οποίο αισθάνθηκε ότι απειλείται σοβαρά ο ίδιος ή άλλο άτομο, ενώ παράλληλα απάντησε σε αυτό με έντονο φόβο, αβοηθητικότητα ή τρόμο. Προκειμένου να δοθεί η διάγνωση, το άτομο θα πρέπει να επαναβιώνει το ψυχοτραυματικό γεγονός με ποικίλους τρόπους, να αποφεύγει ερεθίσματα τα οποία του το θυμίζουν, να αμβλύνεται η γενική του απαντητικότητα, να παρουσιάζει συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας και έκπτωσης της λειτουργικότητας του για διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα (Κόλλιας, Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2005). Η βασική φαινομενολογία της συγκεκριμένης διαταραχής, όπως αυτή ορίζεται από το DSM-IV (APA, 2000), διακρίνει τα συμπτώματα σε τρεις βασικές κατηγορίες: επαναβίωση, αποφυγή και διέγερση-εγρήγορση. Οποιοσδήποτε τύπος τραύματος μπορεί να ακολουθηθεί από διαταραχή μετατραυματικού στρες Τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν αμέσως μετά από το τραυματικό γεγονός ή αργότερα (καθυστερημένη ΔΜΨΣ). Γενικά, η ΔΜΨΣ εκφράζει τη κατακλυσμιαία παρουσία συναισθημάτων στο άτομο που υπέστη το τραύμα, αισθήματα τα οποία έχει την ανάγκη να κατευνάσει όντας παράλληλα σε κατάσταση εγρήγορσης για να προστατευτεί από έναν νέο κίνδυνο. Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η ΔΣΜΨ αποτελεί μια από τις συνηθέστερες ψυχιατρικές διαγνώσεις, αφού αφορά περίπου στο 10% του πληθυσμού κάποια στιγμή στη ζωή τους (Kessler, Sonega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

Ο τρόπος που θα επιδράσει ένα ψυχοτραυματικό γεγονός ποικίλλει ανάλογα με το ιδιαίτερο νόημα που έχει για το κάθε άτομο το συγκεκριμένο γεγονός. Για τους περισσότερους ανθρώπους, ένα τραυματικό γεγονός δεν τους φέρνει μόνο αντιμέτωπους με μια εξωτερική και απειλητική πραγματικότητα, αλλά και με μια εσωτερική πραγματικότητα στην οποία διακυβεύονται ιδανικά και πεποιθήσεις ασφάλειας και προσωπικού ελέγχου (Λεονάρδου & Παπαρρηγόπουλος, 2009).

Οι Van der Kolk και Fizzler (1994), διέκριναν, τα αποτελέσματα των μεμονωμένων τραυματικών περιστατικών τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα «...μάλλον ξεχωριστές και καθορισμένες βιολογικές και συμπεριφορικές τους αντιδράσεις σε όσα θυμίζουν το τραύμα» από αυτά της χρόνιας κακοποίησης και απόρριψης τα οποία είναι «...πιθανόν να έχουν μια επίδραση περισσότερο διάχυτη στις ψυχολογικές και συμπεριφορικές διαδικασίες». Αυτοί οι συγγραφείς, περιγράφουν την ανικανότητα μερικών ατόμων τα οποία έχουν εκτεθεί σε διαπροσωπικό τραύμα σε πρώιμη ηλικία, να ρυθμίσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις και τις συμπεριφορικές αντιδράσεις. Όταν αυτές οι εμπειρίες συμβαίνουν στα πρώτα στάδια της ζωής, επιδρούν όχι μόνο στη τρέχουσα λειτουργικότητα, αλλά στη «...συνολική ανάπτυξη της προσωπικότητας», καταλήγοντας σε ένα σύνδρομο σύνθετης Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες - ΔΜΨΣ - η οποία περιλαμβάνει προβλήματα στη ρύθμιση συναισθηματικών εξάρσεων, ψυχική αποσύνδεση, σωματοποίηση, αλλαγές στη πρόσληψη του εαυτού και του άλλου καθώς και αλλαγές στα εννοιολογικά συστήματα του ατόμου (Van der Kolk & Fizzler, 1994).

Σύμφωνα με το DSM-IV (DSM-IV, 1994), τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι κυρίως διαπροσωπικά: αποφυγή ανθρώπων που συνδέονται με κάποιο τρόπο με το περιστατικό, αισθήματα αποξένωσης από τους άλλους, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων (πχ το άτομο δε μπορεί να αισθανθεί αγάπη), αίσθηση περιορισμένης μελλοντικής προοπτικής (πχ το άτομο δεν περιμένει να έχει μια επαγγελματική καριέρα, να παντρευτεί, να κάνει παιδιά) και έντονη ευερεθιστότητα ή ξεσπάσματα θυμού. Οι παράγοντες αυτοί αντανakλούν κάποιες από τις δυσκολίες που οι τραυματισμένοι άνθρωποι έχουν, αναφορικά με τις σχέσεις τους με τους άλλους. Αντίστροφα, τα προβλήματα δυσκολεύουν και τους άλλους ανθρώπους να συσχετιστούν μαζί τους, πράγμα που οδηγεί εντέλει στην κοινωνική απομόνωση και αποξένωση τους, επιδεινώνοντας έτσι τα αρχικά αποτελέσματα από τις τραυματικές εμπειρίες (πχ κοινωνική υποστήριξη και υποστηρικτικές σχέσεις) (Pearlman & Courtois, 2005).

### **2.1.2 Αιτιοπαθογένεια της διαταραχής μετατραυματικού στρες**

Όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές η ακριβής αιτιολογία της ΔΜΨΣ, δεν είναι γνωστή. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν αναπτύσσουν ΔΜΨΣ ακόμη κι όταν έρθουν αντιμέτωποι με ένα ιδιαίτερα τρομακτικό και έντονο τραυματισμό. Επιπλέον, συμβάντα που φαίνονται να είναι σχετικά ήπια σε σοβαρότητα,

σε ορισμένα άτομα μπορεί να πυροδοτήσουν ΔΜΨΣ, εξαιτίας του ιδιαίτερου και προσωπικού νοήματος που αποδίδει στο γεγονός το άτομο. Παλιά τραύματα είναι πιθανόν να ξυπνήσουν μέσα από καθημερινές συνηθισμένες συνθήκες (Gabbard, 2006).

Ο περιβαλλοντικός παράγοντας, ήτοι το ίδιο το ψυχοτραυματικό γεγονός, παρότι αποτελεί τη πρωταρχική αιτία στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης διαταραχής, δεν είναι ικανός από μόνος του να την αιτιολογήσει, καθώς δεν αναπτύσσουν όλα τα άτομα τη διαταραχή μετά από την έκθεσή τους σε ένα τέτοιο γεγονός. Προϋπάρχουσες βιολογικές ή ψυχοκοινωνικές καταστάσεις ευαλωτότητας, η «ενοχή των επιζώντων», η παρουσία άλλων ατόμων κοντά του την ώρα του ψυχοτραυματικού γεγονότος, η υποκειμενική βίωση του τραύματος από την πλευρά του ατόμου, αποτελούν ορισμένους μόνο από τους παράγοντες που μπορούν να ευοδώσουν ή να αναστείλουν την εκδήλωση της διαταραχής. Προδιαθεσικοί παράγοντες που διευκολύνουν στην εκδήλωση της ΔΣΨΕ περιλαμβάνουν: παρουσία παιδικού τραύματος, στοιχεία μεταιχμιακής, παρανοειδούς, εξαρτημένης ή αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, κληρονομική επιβάρυνση ή παρουσία άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, πρόσφατες στρεσογόνες αλλαγές στη ζωή των πασχόντων, οικογενειακό σύστημα που δεν προστατεύει από την έκθεση ή που είναι ανεπαρκές, ανεπαρκές υποστηρικτικό κοινωνικό σύστημα, πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ και αίσθηση ότι το κέντρο ελέγχου είναι εξωγενές και όχι ενδογενές (Κόλλιας και συν., 2005; Davidson & Foa, 1993). Η χαμηλή νοημοσύνη έχει βρεθεί να σχετίζεται με τα πιο σοβαρά συμπτώματα της ΔΜΨΣ, γεγονός που υποδεικνύει ότι μερικές γνωστικές μεταβλητές μπορεί να επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει έναν τραυματισμό (McNally & Shin, 1995). Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ερευνών ότι η ΔΜΨΣ είναι συχνά εντονότερη και με μεγαλύτερη διάρκεια, όταν το τραυματικό γεγονός είναι αποτέλεσμα ανθρώπινου παράγοντα (Astin, Ogland- Hand, Coleman & Foy, 1995· Λεονάρδου & Παπαρρηγόπουλος, 2009)

Σύμφωνα με τους Famularo, Fenon, Kinscherff & Barnum, (1994), τα παιδιά που έχουν βιώσει σοβαρής μορφής κακομεταχείριση βρίσκονται σε σημαντικό κίνδυνο να αναπτύξουν Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, μια διαταραχή που πλήττει σοβαρά σημαντικούς αναπτυξιακούς στόχους, όπως η επίδοση στο σχολείο, η ανάπτυξη φυσιολογικών σχέσεων ανάμεσα σε συνομήλικους και ενήλικες και το πετυχημένο πέρασμα από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή.

Η ψυχαναλυτική άποψη υποστηρίζει ότι η τραυματική εμπειρία προκαλεί την ανάδυση μιας εφησυχασμένης αλλά μη επιλυθείσας ψυχολογικής σύγκρουσης. Η επαναβίωση του παιδικού τραύματος οδηγεί σε παλινδρόμηση και σε χρήση μηχανισμών άμυνας, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι η απώθηση, η άρνηση και η μόνωση του συναισθήματος (Κόλλιας και συν., 2005).

Οι Breslau, Davis, Andreski & Peterson (1991), στηριζόμενοι σε μελέτη τους, υποστήριξαν ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη ΔΜΨΣ ενδέχεται να σχετίζεται με έναν πρώιμο αποχωρισμό από τους γονείς, με οικογενειακό ιστορικό άγχους και με προϋπάρχον άγχος ή κατάθλιψη. Η σύγχρονη ψυχοδυναμική άποψη για τη ΔΜΨΣ έχει επηρεαστεί από το έργο του Krystal (1988), ο οποίος, μέσω των ερευνών που διεξήγαγε σε επιζώντες της ναζιστικής θηριωδίας, συνέδεσε μια μείωση της έκφρασης των συναισθημάτων και μια ανάπτυξη αντοχής σε αυτά, με το ψυχικό τραύμα. Σύμφωνα με την άποψη του, ο ψυχικός τραυματισμός κατά τη παιδική ηλικία έχει ως αποτέλεσμα μια αναστολή της συναισθηματικής ανάπτυξης, ενώ το τραύμα κατά την ενήλικη περίοδο οδηγεί σε μια παλινδρόμηση στη συναισθηματική ανάπτυξη. Το τελικό αποτέλεσμα και στις δυο περιπτώσεις είναι ότι οι επιζήσαντες ενός τραυματισμού δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα συναισθήματα τους ως προειδοποιητικά σήματα. Επειδή κάθε δυνατό συναίσθημα θεωρείται ως απειλή αναφορικά με το ότι ο αρχικός τραυματισμός θα επαναληφθεί, οι ασθενείς αυτοί σωματοποιούν τα συναισθήματα ή τα φροντίζουν ιατρικά με κατάχρηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Gabbard, 2006· Krystal 1988).

### **2.1.3 Σύνδρομο οξείας διαταραχής στρες (ΔΟΣ) και σύνθετη διαταραχή μετατραυματικού στρες**

Το σύνδρομο της οξείας διαταραχής στρες (ΔΟΣ) εισήχθη στο DSM- IV προκειμένου να περιγραφούν τα άτομα που παρουσιάζουν ένα πρότυπο συμπτωμάτων αποσύνδεσης, άγχους, αναβίωσης του τραυματικού γεγονότος και αποφυγής (APA, 1994. Koopman, Classen, Cardena & Spiegel, 1995). Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει σύνδρομα του τύπου της ΔΜΨΣ που ίσως εμφανιστούν συντομότερα, διαρκέσουν λιγότερο ή είναι πρόδρομα μιας πιο τυπικής περίπτωσης ΔΜΨΣ. Από τη μία πλευρά, η ΔΟΣ θεωρείται ένα μέσο αναγνώρισης ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν ΔΜΨΣ, από την άλλη, προωθεί την αναγνώριση μιας άμεσης απόκρισης στο τραύμα με τη μορφή παρέμβασης που αν συνεχιστεί ενδέχεται να οδηγήσει σε

σταδιακή ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες (Harvey, Guthrie & Moulds, 2000).

Εκτός από τα «σωματικά» συμπτώματα που προαναφέρθηκαν προηγουμένως στην ΔΜΨΣ, υπάρχουν και συμπτώματα στην ΔΟΣ που αφορούν την ικανότητα του ατόμου που υπέστη ένα τραυματικό γεγονός, να αναπτύσσει και να διατηρεί διαπροσωπικές σχέσεις. Ο Herman (1992a), πρότεινε τον όρο «σύνθετη διαταραχή μετατραυματικού στρες (complex PTSD) προκειμένου να περιγράψει τη περίπλοκη κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν βιώσει επαναλαμβανόμενα τραύματα διαπροσωπικής κυρίως φύσης. Τα άτομα με σύνθετη ΔΜΨΣ, συγκρινόμενα με τα άτομα με «απλή» ΔΜΨΣ, παρουσιάζουν ένα πιο σοβαρό και σύνθετο προφίλ συμπτωμάτων (Dorahy, Corry, Shannon, MacSherry, Hamilton, MsRobert, Elder & Hana, 2009; Ford, 1999), βιώνουν βαθιές αλλαγές στον χαρακτήρα τους που αφορούν κυρίως τη ταυτότητα τους (self-identity) και τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται με τους άλλους (Taylor, Asmudson & Carleton, 2006), ενώ ταυτόχρονα είναι περισσότερο ευάλωτοι σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και επαναθυματοποίηση από τους άλλους (Herman, 1992b). Το DSM-IV υποστηρίζοντας τη σύνθετη ΔΜΨΣ, έχει ξεκινήσει ένα νέο πεδίο ερευνών χρησιμοποιώντας τον όρο Διαταραχές οξέου Στρες μη Προσδιορισμένη Αλλιώς (DESNOS). Έρευνες έχουν δείξει ότι η σύνθετη ΔΜΨΣ είναι ιδιαίτερα συχνή σε σοβαρά τραυματισμένους πληθυσμούς (πχ βετεράνους πολέμου) (Dorahy et al., 2009; McLean and Gallop, 2003; Roth, Newman, Pelkovitz, van der Kolk & Mandel, 1997), ενώ έχει καταδειχτεί αρκετά σημαντική στατιστική συσχέτιση των συμπτωμάτων της DESNOS με άτομα που έχουν ιστορικό πρώιμου και μεγάλης διάρκειας διαπροσωπικού τραύματος (πχ σωματική και σεξουαλική κακοποίηση) (Van der Kolk et al., 2005). Δεν είναι ακόμα σαφές αν η DESNOS είναι περισσότερο σοβαρή ή πιο σύνθετη από την ΔΜΨΣ και η διάκριση μεταξύ τους είναι κατά κύριο λόγο ποσοτική. Αυτή η διατύπωση υποδηλώνει ότι η DESNOS είναι ένα χαρακτηριστικό που σχετίζεται με τη ΔΜΨΣ και τα άτομα που πληρούν τα κριτήρια για την Διαταραχή οξέου στρες θα πληρούν επίσης και τα κριτήρια για τη Διαταραχή μετατραυματικού Στρες (Dorahy et al., 2009). Η διατύπωση αυτή υποδεικνύει ότι οι παράγοντες για την ανάπτυξη της ΔΜΨΣ είναι οι ίδιοι και για την ανάπτυξη της σύνθετης ΔΜΨΣ. Εναλλακτικά, οι DESNOS και η ΔΜΨΣ ενδέχεται να είναι σχετικά ανεξάρτητες

συνθήκες, παρόλο που η βασική αιτιολογία και των δύο είναι το τραυματικό στρες (Dorahy et al., 2009).

#### **2.1.4 Έρευνες που αφορούν τη διαταραχή μετατραυματικού στρες**

Σε εθνική έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1995, πάνω από το 60% των ανδρών και το 50% των γυναικών σε ένα αντιπροσωπευτικό εθνικό κοινοτικό δείγμα ανέφερε έκθεση σε τουλάχιστον ένα γεγονός το οποίο πληροί τον ορισμό του τραύματος σύμφωνα με το DSM-III- R (Kessler et al, 1995). Όταν χρησιμοποιήθηκε ο πιο περιεκτικός ορισμός του τραύματος στο DSM-IV, το ποσοστό νέων ενηλίκων αστικού πληθυσμού (18- 45 ετών) ανέβηκε στο 90% (Breslau et al. 1991).

Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα είναι αισθητά επικρατέστερη σε κλινικά δείγματα. Οι Switzer, Dew, Thompson, Goycoolea, Derricott & Mullins (1999) για παράδειγμα, βρήκαν ότι το 94% του δείγματος ενός κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας ανέφερε τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός, με ένα ποσοστό 42% να πληροί τα κριτήρια για ΔΜΨΣ κατά το προηγούμενο έτος. Σε μία άλλη έρευνα που υλοποιήθηκε σε ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονταν σε γενικό νοσοκομείο, το ποσοστό των ατόμων που ανέφερε τουλάχιστον ένα τραυματικό περιστατικό ανέρχεται στο 61%, με ένα 28% του δείγματος να πληρεί τα κριτήρια του DSM-III-R για ΔΜΨΣ ενώ το 22% ανέφερε σχετική συμπτωματολογία (McFarlane, Bookless & Air, 2001). Σε ευρείας κλίμακας έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες (N= 4.008), 69% ανέφερε τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός στη ζωή τους, με μια επικράτηση της ΔΜΨΣ 12,3% (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993). Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων εκδηλώνουν προσωρινά μετα- τραυματικά συμπτώματα τα οποία υποχωρούν τις εβδομάδες που ακολουθούν την έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός, σε σχέση με αυτούς που τελικά θα αναπτύξουν ΔΜΨΣ (Gold, 2004).

Έρευνες έχουν δείξει ότι το 95% των γυναικών που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζουν, μετά το συμβάν, συμπτώματα οξείας ΔΜΨΣ. Αν και μετά από 3 μήνες τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν, εντούτοις ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 25% συνεχίζει να έχει συμπτώματα για αρκετά χρόνια. Η βελτίωση των συμπτωμάτων είναι πιο δύσκολη όταν η κακοποίηση έχει συμβεί σε μικρότερες ηλικίες. Παρόμοια ποσοστά για την εμφάνιση ΔΜΨΣ έχουν βρεθεί και για φαινόμενα που αφορούν σωματική κακοποίηση (33- 58% των γυναικών). Η πιθανότητα εμφάνισης της



συγκεκριμένης διαταραχής είναι μεγαλύτερη όταν υπάρχει βαριά κακοποίηση, όταν συνυπάρχει σεξουαλική ή/και ψυχολογική κακοποίηση, όταν η κακοποίηση είναι επαναλαμβανόμενη κι όταν υπάρχει ιστορικό θυματοποίησης στη παιδική ηλικία (Λεονάρδου, Ζέρβας, 2005· McLean & Gallop, 2003)

## **2.2 Οριακή διαταραχή προσωπικότητας**

Η οριακή οργάνωση της προσωπικότητας αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα του παθογενετικού ρόλου που παίζει το πρώιμο ψυχικό τραύμα στον ψυχισμό του ατόμου (Βασλαματζής, 2014).

### **2.2.1 Βασικά στοιχεία της διαταραχής προσωπικότητας οριακού τύπου**

Οι εν συντομία λεγόμενοι οριακοί ασθενείς αναλώνονται στο να εγκαθιστούν αποκλειστικές διαπροσωπικές σχέσεις δυαδικής μορφής, με σκοπό να εξαλείψουν οποιαδήποτε πιθανότητα εγκατάλειψης. Όταν τελικά έρχονται κοντά με ένα άλλο πρόσωπο, ενεργοποιείται ένας μηχανισμός διπλού άγχους. Αφενός, αρχίζουν να ανησυχούν ότι θα αφομοιωθούν από τον άλλον και θα χάσουν τη ταυτότητα τους μέσα στα πλαίσια αυτής της αρχέγονης φαντασίωσης συγχώνευσης. Αφετέρου, βιώνουν έντονο άγχος, που φτάνει στα όρια του πανικού, καθώς είναι πεπεισμένοι ότι πρόκειται να απορριφθούν ή να εγκαταλειφθούν. Προκειμένου να αποτρέψουν τη μοναξιά, οι οριακοί ασθενείς προβαίνουν σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, πχ. χαράζουν τα χέρια τους, κάνουν χρήση ουσιών, εμφανίζουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, ελπίζοντας να προσελκύσουν ως σωτήρα το πρόσωπο στο οποίο είναι προσκολλημένοι. Στα πλαίσια των διαπροσωπικών τους σχέσεων ενδέχεται επίσης να εμφανίζουν γνωστικές διαστρεβλώσεις όπως για παράδειγμα η σχεδόν ψυχωτική σκέψη. Δεν είναι σπάνιες και οι σχεδόν παραληρητικές αντιλήψεις εγκατάλειψης από τους αγαπημένους τους. Επιπρόσθετα συμπτώματα που μπορεί να ενυπάρχουν είναι οι πολλαπλές φοβίες, οι αποσυνδετικές αντιδράσεις, οι υποχονδριακές ενασχολήσεις, ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα και συμπτώματα μετατροπής (Kernberg, 1975).

Οι αμυντικές λειτουργίες που κυρίως χρησιμοποιούν οι οριακοί ασθενείς είναι η σχάση, η αρχέγονη εξιδανίκευση, η προβλητική ταύτιση, η άρνηση, η παντοδυναμία-υποτίμηση. Ως αποτέλεσμα της σχάσης, ο ασθενής με οριακή διαταραχή δε κατανοεί ότι ο άλλοι άνθρωποι αποτελούνται από ένα κράμα θετικών και αρνητικών ιδιοτήτων. Δεν

μπορούν να ενοποιήσουν τις λιβιδινικές και τις επιθετικές πλευρές των άλλων, γεγονός που εμποδίζει την ικανότητά τους να εκτιμήσουν αληθινά την εσωτερική εμπειρία των άλλων ανθρώπων. Οι θεραπευτές τους είναι επιρρεπείς σε ποικίλες και έντονες αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις στις οποίες περιλαμβάνονται φαντασιώσεις διάσωσης, συναισθήματα ενοχής, παραβίαση των επαγγελματικών ορίων, οργή και μίσος, ανησυχία, τρόμος και έντονα συναισθήματα απόγνωσης (Gabbard & Wilkinson, 1994).

Στη ψυχιατρική υπάρχουν δύο ευδιάκριτες απόψεις σχετικά με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, η άποψη που αντιμετωπίζει την οριακότητα υπό την ευρεία έννοια ενός φάσματος διαταραχών (Meissner, 1988) και η άποψη του Kernberg ο οποίος κάνει λόγο για τύπο οργάνωσης της προσωπικότητας (Kernberg, 1975). Συγκεκριμένα, από τη μία μεριά, βρίσκονται οι θεωρητικοί- κλινικοί που τοποθετούν τη συγκεκριμένη διαταραχή στο μέσο νεύρωσης και ψύχωσης, δίνοντας έμφαση στο ψυχωσικό πυρήνα που υποβόσκει κάτω από ένα λεπτό στρώμα «φυσιολογικής νευρωτικής λειτουργικότητας (Hoch & Cattel, 1959). Οι Grinker, Werble & Drye (1968), αναλύοντας στατιστικά μέσω της ανάλυσης κατά συστάδες, 60 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Σικάγο, στις αρχές του 60, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν τέσσερις υποομάδες οριακών ασθενών, οι οποίοι καταλαμβάνουν ένα συνεχές από το ψυχωτικό άκρο (τύπος I) έως το νευρωτικό άκρο (τύπος II). Μεταξύ των δύο αυτών άκρων βρίσκεται μια ομάδα στην οποία επικρατούν κυρίως αρνητικά συναισθήματα και δυσκολία ως προς τη διατήρηση σταθερών διαπροσωπικών σχέσεων. Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας θα συναντήσει διάφορους όρους όπως: οριακές καταστάσεις, προ- σχιζοφρενικές δομές προσωπικότητας, ψυχωσικοί χαρακτήρες, οριακές προσωπικότητες. Κάποιοι συγγραφείς έχουν χρησιμοποιήσει τους όρους «κινητή σχιζοφρένεια και ψευδονευρωτική σχιζοφρένεια, χωρίς ωστόσο να καθιστούν σαφές αν οι όροι αυτοί αναφέρονται στη συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία ή αναφέρονται σε πιο παλινδρομημένους, ψυχωσικούς ασθενείς των οποίων η συμπτωματολογία ομοιάζει με τις οριακές καταστάσεις (Kernberg, 1986). Το κοινό στοιχείο που χαρακτηρίζει τους ασθενείς αυτούς είναι μία μάλλον συγκεκριμένη και αξιοσημείωτα σταθερή μορφή παθολογικής δομής του Εγώ, η οποία διαφέρει από τη παθολογική δομή που χαρακτηρίζει τις νευρώσεις και τις ψυχώσεις. Φαίνεται λοιπόν ότι οι ασθενείς αυτοί καταλαμβάνουν μία οριακή περιοχή μεταξύ νεύρωσης και ψύχωσης, έχουν μια πιο συγκεκριμένη σταθερή παθολογική οργάνωση της προσωπικότητας και η

οργάνωση αυτή δεν είναι μια παροδική κατάσταση που ταλαντεύεται μεταξύ νεύρωσης και ψύχωσης (Kernberg, 1986).

Η δεύτερη άποψη σχετικά με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας αναπτύχθηκε από τον Kernberg ο οποίος υποστηρίζει ότι, χωρίς εξαιρέσεις οι ασθενείς με οριακή οργάνωση προσωπικότητας παρουσιάζουν μια πολύ σοβαρή χαρακτηριστική παθολογία, η οποία χαρακτηρίζεται από διάχυση ταυτότητας και τη κυρίαρχη χρήση πρωτόγονων αμυνών. Συγκεκριμένα, ο Kernberg (1975), αντιμετωπίζοντας τους οριακούς ασθενείς από μια ψυχαναλυτική σκοπιά, χρησιμοποίησε έναν συνδυασμό των θεωριών της ψυχολογίας του Εγώ και των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, προτείνοντας τον όρο οριακή οργάνωση της προσωπικότητας (Gabbard, 2000). Θεώρησε ότι η διάγνωση δεν θα πρέπει να βασίζεται μόνο σε περιγραφικά χαρακτηριστικά (πχ. πολύμορφη διεστραμμένη σεξουαλικότητα, κατάχρηση ουσιών, αυτό- ακρωτηριασμοί, σχεδόν ψυχωτική σκέψη), αλλά θα πρέπει να περιλαμβάνει μια πιο σύνθετη δομική ανάλυση στην οποία κυριαρχούν τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά: **οι μη ειδικές εκδηλώσεις αδυναμίας του Εγώ** στις οποίες κυριαρχεί η απουσία ανοχής στο άγχος, η απουσία ελέγχου των παρορμήσεων και η απουσία αναπτυγμένων δρόμων μετουσίωσης, **η μετατόπιση προς αρχαϊκές διεργασίες σκέψης** (οι ασθενείς αυτοί τείνουν να παλινδρομούν σε ένα είδος σκέψης που μοιάζει ψυχωτική όταν βρίσκονται σε περιβάλλοντα που δεν έχουν δομή ή όταν βρίσκονται κάτω από τη πίεση ισχυρών συναισθημάτων), **οι ειδικές αμυντικές λειτουργίες** (σχάση, αρχέγονη εξιδανίκευση, προβλητική ταύτιση, άρνηση, παντοδυναμία- υποτίμηση) και τέλος **οι παθολογικές εσωτερικευμένες αντικειμενότροπες σχέσεις** (Gabbard, 2000· Kernberg 1975).

Η βασική αυτή προσέγγιση του Kernberg για την οριακή οργάνωση της προσωπικότητας διαφέρει από τα πραγματικά φαινομενολογικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν μια συγκεκριμένη διαταραχή προσωπικότητας. Με άλλα λόγια ο όρος του αναφέρεται σε πολλές διαφορετικές διαταραχές προσωπικότητας, ανάμεσα τους οι ασθενείς με ναρκισσιστικές, αντικοινωνικές, σχιζοειδείς, παρανοειδείς, παιδικόμορφες και κυκλοθυμικές διαταραχές προσωπικότητας. Το γεγονός αυτό έχει πυροδοτήσει μια διαμάχη για το εάν ο όρος οριακότητα θα πρέπει να αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη διαταραχή ή να χρησιμοποιείται για την περιγραφή μιας διάστασης της προσωπικότητας (Gabbard, 2006).

Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει φορτιστεί ιδιαιτέρως με τις αρνητικές συσχετίσεις και προεκτάσεις που συνδέονται με αυτή τη διάγνωση, πχ όταν ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας ακούσει για οριακό ασθενή, αμέσως θα σκεφτεί ότι πρόκειται για έναν «δύσκολο ασθενή», κυρίως γυναίκα, που έχει πάρα πολύ θυμό, είναι συναισθηματικά ασταθής, παρεμβατικός/-ή, αντιπαθητικός/-ή, αγνώμων και προκαλεί στον θεραπευτή έντονο άγχος. Ο λόγος που ο οριακός ασθενής δίνει αυτή την εντύπωση εντοπίζεται κυρίως στη δυσκολία του να συσχετισθεί με τον άλλο, δυσκολία οι οποία τον «αναγκάζει» να επαναλάβει και να επαναδιαδραματίσει επώδυνες συγκρούσεις μέσα στη θεραπευτική σχέση (Chu, 1998). Είναι γεγονός ότι τουλάχιστον τα τρία τέταρτα των ασθενών με διάγνωση οριακής διαταραχής προσωπικότητας είναι γυναίκες (Gunderson & Phillips, 1991), το εύρημα όμως αυτό θεωρείται ότι οφείλεται σε πολιτισμικές προκαταλήψεις που πηγάζουν από τα στερεότυπα του ρόλου των φύλων. Οι άνδρες ασθενείς που έχουν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, συχνά διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από ναρκισσιστικές ή αντικοινωνικές διαταραχές της προσωπικότητας (Gabbard, 2006)

### **2.2.2 Ψυχοδυναμική κατανόηση της οριακής διαταραχής προσωπικότητας**

Ο Kernberg, βασιζόμενος στη θεωρία της Mahler, θεωρεί ότι οι οριακοί ασθενείς έχουν περάσει την συμβιωτική φάση, κι επομένως ο εαυτός και το αντικείμενο μπορούν να διακριθούν σαφώς, αλλά έχουν καθήλωθεί στη φάση του αποχωρισμού-εξατομίκευσης (16- 24 μηνών). Σε αυτή τη φάση το παιδί τρομάζει στην πιθανότητα εξαφάνισης της μητέρας του και κατά περιόδους ανησυχεί τρομακτικά για το που μπορεί να βρίσκεται εκείνη. Σύμφωνα με αυτή την γραμμή σκέψης, οι οριακοί ασθενείς ενδεχόμενα να ζούνε επανειλημμένα μια πρώιμη νηπιακή κρίση κατά την οποία οποιαδήποτε προσπάθεια αποχωρισμού από τη μητέρα θα οδηγήσει στην εξαφάνιση της και στην εγκατάλειψη τους. Στην ενήλικη τους ζωή, τα άτομα αυτά δεν μπορούν να ανεχτούν περιόδους μοναξιάς και φοβούνται την εγκατάλειψη από άλλα σημαντικά για αυτά άτομα. Οι λόγοι για την καθήλωση σε αυτή τη φάση, σύμφωνα πάντα με τον Kernberg, σχετίζονται με μια διαταραχή στη διαθεσιμότητα της μητέρας κατά τη διάρκεια της νηπιακής περιόδου, που οφείλεται είτε σε μία εκδήλωση επιθετικότητας προς το παιδί είτε σε προβλήματα της ίδιας της μητέρας σχετιζόμενα με τον γονεϊκό της ρόλο είτε σε έναν συνδυασμό και των δυο. Μια σημαντική συνιστώσα αυτής της καθήλωσης είναι η έλλειψη σταθερότητας του αντικειμένου, τυπική των οριακών

ασθενών. Τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να ενοποιήσουν τις καλές και τις κακές πτυχές των ίδιων των μητέρων τους. Οι δύο αυτές αντιφατικές εικόνες διατηρούνται στο ψυχισμό του μέσω του μηχανισμού της σχάσης (Kernberg, 1975).

Οι Masterson & Rinsley (1975), επίσης εστίασαν στην φάση αποχωρισμού-εξατομίκευσης του νηπίου, ωστόσο έδωσαν περισσότερο έμφαση στην συμπεριφορά της μητέρας. Οι μητέρες αυτές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από τους συγκεκριμένους συγγραφείς ως «τυπικά οριακές», τρέφουν ιδιαίτερες συγκρούσεις σχετικά με το μέγλωμα των παιδιών τους. Το παιδί δηλαδή παίρνει από την μητέρα το μήνυμα ότι το να μεγαλώσει και να αυτονομηθεί θα έχει ως συνέπεια την απώλεια της μητρικής αγάπης. Ο μόνος τρόπος που έχει το παιδί για να διατηρήσει τον μητρικό δεσμό είναι να παραμείνει εξαρτημένο.

Η θεώρηση του Adler (1985) για την οριακή διαταραχή προσωπικότητας βασίζεται σε ένα μοντέλο ελλείμματος ή «ανεπάρκειας». Κατά την άποψη του, εάν η μητρική μέριμνα είναι ασταθής ή αναξιόπιστη, ο οριακός ασθενής αποτυγχάνει να αναπτύξει ένα εσωτερικό αντικείμενο που να του παρέχει ηρεμία και υποστήριξη. Ο οριακός ασθενής, εξαιτίας της απουσίας ενδοβολών, βρίσκεται συνεχώς σε αναζήτηση εξωτερικών μορφών που θα του εξασφαλίσουν αυτή τη φροντίδα και την υποστήριξη (Adler, 1985).

Η αναγνώριση του ρόλου του πρώιμου τραύματος στην ανάπτυξη της οριακής διαταραχής προσωπικότητας έχει αλλάξει ριζικά τη κατανόηση που οι επαγγελματίες υγείας έχουν για την οριακή συμπτωματολογία.

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί περισσότερο προσοχή στην εμφάνιση πρώιμων τραυματικών εμπειριών σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Στην ψυχοδυναμική κοινότητα υπάρχει μια ολοένα και αυξανόμενη ομοφωνία ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν υποφέρει από ένα έντονο συναισθηματικό τραύμα και/ ή στέρηση και παραμέληση κατά τη διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας (Beatson, 1995). Πλέον υπάρχει εκτεταμένη εμπειρική επικύρωση της άποψης ότι οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες (κυρίως σωματική/ σεξουαλική κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία, αιμομιξία) συμβάλλουν σημαντικά στην αιτιολογία της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Herman, Perry, & van der Kolk, 1989. Ogata, Silk, Goodrich, Lohr, Westen & Hill, 1990. Westen, Ludolph & Mistle, 1990). Οι Figueroa & Silk (1997), υιοθετώντας μια γενετική- βιολογική προδιάθεση, πρότειναν ένα μοντέλο σύμφωνα με

το οποίο οι επιπτώσεις του τραύματος αλληλεπιδρούν με υποκείμενη προδιάθεση για σεροτονινεργική δυσλειτουργία. Η υπόθεση τους βασίζεται στη διαπίστωση ότι οι οριακοί ασθενείς έχουν ένα σημαντικά μειωμένο επίπεδο σεροτονινεργικής δραστηριότητας. Επειδή η σεροτονίνη έχει μια ανασταλτική επίδραση στη συμπεριφορά, η χαρακτηριστική παρορμητικότητα των οριακών ασθενών μπορεί εν μέρει να σχετίζεται με αυτή τη μεταβαλλόμενη σεροτονινεργική δραστηριότητα (Coccaro & Kavoussi, 1997. Gabbard, 2006. Siever & Davis, 1991). Το υπερευαίσθητο νοραδρενεργικό σύστημα που σχετίζεται εν μέρει με την ιδιοσυγκρασία και εν μέρει με την υπερδραστηριότητα που είναι αποτέλεσμα του τραύματος, οδηγεί σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως ο αυτοτραυματισμός σε μια προσπάθεια να μειωθούν τα δυσφορικά και επώδυνα συναισθήματα.

Σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, οι περισσότεροι οριακοί ασθενείς αναφέρουν εκτενή ιστορικά παιδικής σεξουαλικής, συναισθηματικής και σωματικής κακοποίησης, έντονη παραμέληση και περιστατικά μαρτυρίας με βία μεταξύ άλλων (Chu, 1998). Ωστόσο, δεν είναι το τραύμα αυτό καθαυτό που οδηγεί στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας, άλλωστε μία σημαντική μειοψηφία των οριακών ασθενών δεν αναφέρουν ιστορικό παιδικής κακοποίησης, αλλά οι ακαθόριστες διαρρήξεις των φυσιολογικών οικογενειακών προσκολλήσεων και η καθολική αποτυχία στην επαρκή φροντίδα και προστασία του παιδιού που έχουν ως αποτέλεσμα στρεβλώσεις στην φυσιολογική χαρακτηριστική ανάπτυξη.

Η συμπτωματολογία της οριακής διαταραχής προσωπικότητας έχει γίνει περισσότερο κατανοητή υπό το πρίσμα της παρουσίας σημαντικού τραύματος. Η ένταση που χαρακτηρίζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων με τη συγκεκριμένη διαταραχή και οι άγριες διακυμάνσεις μεταξύ εξιδανίκευσης και υποτίμησης μπορούν να γίνουν πιο κατανοητές αν ειπωθούν ως επαναλήψεις και διαδραματίσεις των πρώιμων κακοποιητικών σχέσεων (Chu, 1998). Οι τραυματισμένοι ασθενείς εξακολουθούν ως ενήλικες να εμπλέκουν τους άλλους, συμπεριλαμβανομένου και του θεραπευτή τους, σε επαναλήψεις των πιο δυνατών διαπροσωπικών δυναμικών που έχουν βιώσει. Επαναδιαδραματίζουν τους ρόλους και του θύτη και του θύματος καθώς στην οικογένεια τους έπρεπε να είναι ή ένας ή ο άλλος.

Οι ρίζες των δυσκολιών ελέγχου της συμπεριφοράς που αντιμετωπίζουν οι οριακοί ασθενείς, της παρορμητικότητας, της συναισθηματικής αστάθειας και της

χαμηλής ανοχής στην προσβολή, μπορούν να αναζητηθούν στη κακοποίηση που αυτοί βίωσαν κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Οι «καλοί» γονείς είθισται να ρυθμίζουν και να προστατεύουν τα παιδιά από καταστάσεις οι οποίες προκαλούν υπερβολική ένταση και παρορμήσεις εκτός ελέγχου. Εάν το παιδί βγει εκτός ελέγχου, τα άτομα που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του, πρέπει να περιορίσουν την ένταση και να βελτιώσουν όσο αυτό είναι δυνατόν τη κατάσταση ώστε να ηρεμήσει το παιδί. Μέσω αυτών των μεθόδων το παιδί μαθαίνει να ελέγχει τις παρορμήσεις του και τις συμπεριφορές του. Αντίθετα, στις κακοποιητικές οικογένειες, οι αρχές αυτές είτε αγνοούνται είτε παραβιάζονται και συνήθως είναι οι περιπτώσεις που ένας ή περισσότεροι από τους φροντιστές εκθέτουν τα παιδιά σε καταστάσεις που ξεπερνούν αυτό που μπορεί να αντέξει το παιδί λόγω αφόρητων συγκινήσεων και έντονων παρορμήσεων. Δεν είναι τυχαίο λοιπόν, που οι οριακοί ασθενείς που προέρχονται από τέτοια οικογενειακά περιβάλλοντα, παρουσιάζουν δυσκολίες στη ρύθμιση αναφορικά με τις στις συγκεκριμένες βασικές ψυχολογικές και συμπεριφορικές εργασίες.

Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, οι οποίοι έχουν υποστεί σοβαρές πρώιμες τραυματικές εμπειρίες συνήθως χρειάζονται μακροπρόθεσμη ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση προκειμένου να επιτύχουν μια πιο σταθερή ψυχολογική αλλαγή (Beatson, 1995).

### **2.3 Τραύμα και κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη και κυρίως η κατάθλιψη που δεν διαγιγνώσκεται ή μένει χωρίς θεραπεία, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στις μέρες μας (Hirschfeld, Keller, Panico, Arons, Barlow, Davidoff, Endicott, Froom, Goldstein, Gorman, Guthrie, Marek, Maurer, Meyer, Phillips, Ross, Schwenk, Sharfstein, Thase, Wyatt, 1997). Ακόμα και ασθενείς που έχουν διαγνωστεί και αντιμετωπίζονται θεραπευτικά από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, παραμένουν καταθλιπτικοί. Η αντίσταση στη θεραπεία είναι ένα φαινόμενο που απαντάται συνέχεια στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι ασθενείς οι οποίοι αντιστέκονται στη θεραπεία, υποφέρουν αρκετά και επισκέπτονται αρκετά συχνά τόσο τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας όσο και τους γενικούς ιατρούς (Henk, Katzelnick, Kobak, Greist, Jefferson, 1996). Η διερεύνηση των διαταραχών προσωπικότητας και του πρώιμου τραύματος προσέφεραν αρκετά στοιχεία στην απόπειρα ερμηνείας του λόγου για τον οποίο κάποια καταθλιπτικά άτομα δεν ανταποκρίνονται στην αντικαταθλιπτική

θεραπεία (Lara & Klein, 1999). Επιπλέον, υπάρχει μια σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων της σύνθετης μετατραυματικής διαταραχής και της μείζονος κατάθλιψης (Zanarini, Williams, Lewis, Reich, Vera, Marino, Levin, Yong, Frankeburg, 1997). Κάποια από τα συμπτώματα αυτά είναι η ανηδονία, νευροφυτικές λειτουργίες, γνωστικές διαστρεβλώσεις, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, αίσθημα απελπισίας, συχνές σκέψεις και επιθυμίες θανάτου, υπερδιέγερση, επαναβιώσεις, εφιάλτες, σεξουαλική δυσλειτουργικότητα (Kaplan & Klinetob, 2000).

Το παιδικό τραύμα αποτελεί έναν δυνητικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή (Heim, Newport, Mletzko, Miller, Nemeroff, 2008). Επιδημιολογικές έρευνες έχουν προσφέρει ισχυρές ενδείξεις ότι αντίξοα γεγονότα που συμβαίνουν κατά τη παιδική ηλικία, όπως είναι η κακοποίηση, η παραμέληση και η απώλεια, συνδέονται με έναν δραματικά αυξανόμενο κίνδυνο για ανάπτυξη κατάθλιψης κατά την ενήλικη ζωή (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards, & Anda, 2004; Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003). Έρευνες που έχουν γίνει σε θύματα σεξουαλικής κακοποίησης έχουν δείξει ότι η δια βίου επικράτηση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι τουλάχιστον διπλάσια σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ οι ιδέες αυτοκαταστροφής και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι συχνότερες σε γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης (Λεονάρδου & Ζέρβας, 2005).

### **2.3.1 Γενικά στοιχεία για τη κατανόηση της κατάθλιψης**

Ο ακριβής μηχανισμός ο οποίος διαμεσολαβεί μεταξύ των επιπτώσεων που έχουν οι παιδικές αντίξοες εμπειρίες και της ανάπτυξης κατάθλιψης, έχει αποτελέσει το αντικείμενο ποικίλων θεωρητικών και ερευνητικών προσεγγίσεων. Όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες νόσους, έτσι και η κατάθλιψη βρίσκεται υπό την ισχυρή επιρροή γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Ερευνητικά έχει φανεί ότι οι πιο ισχυροί στρεσογόνοι παράγοντες για την ανάπτυξη κατάθλιψης είναι ο θάνατος ενός στενού συγγενούς, η κακοποίηση, τα σοβαρά οικογενειακά προβλήματα και ο χωρισμός ή το διαζύγιο. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης σημαντικές ενδείξεις ότι πρώιμες εμπειρίες κακοποίησης, παραμέλησης ή αποχωρισμών, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα μια νευροβιολογική ευαισθησία που δημιουργεί μια προδιάθεση να αντιδρά κανείς σε στρεσογόνους παράγοντες στην ενήλικη ζωή εκδηλώνοντας ένα επεισόδιο



μείζονος κατάθλιψης (Gabbard, 2006). Οι νευροεπιστήμες έχουν επικεντρωθεί στη επιγενετική τροποποίηση των φαινοτύπων ανταπόκρισης στο στρες ως λειτουργία της πρώιμης εμπειρίας (Ladd, Huot, Thirivikraman, Nemeroff, Meaney, Plotsky, 2000). Τα ευρήματα των ερευνών του συγκεκριμένου κλάδου υποδεικνύουν ότι οι αντίξοες εμπειρίες ζωής, όπως είναι η μητρική αποστέρηση ή η ελλιπής μητρική φροντίδα, προκαλούν μόνιμες διαρθρωτικές, λειτουργικές, και επιγενετικές αλλαγές σε νευρωνικά κυκλώματα που εμπλέκονται στην ολοκλήρωση της γνωστικής και συναισθηματικής επεξεργασίας. Οι αλλαγές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη απαντητικότητα στο στρες (Ladd et al., 2000). Ο κορτικοεκλυτικός παράγων (CRF) που διεγείρει την υπόφυση για να εκκρίνει τη φλοιοτρόπο ορμόνη (ACTH), είναι σταθερά αυξημένος στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των καταθλιπτικών ασθενών, σε σύγκριση με μη καταθλιπτικούς μάρτυρες (Nemeroff, 1998). Οι παρατηρήσεις αυτές προτείνουν για τις διαταραχές της διάθεσης γενικά ένα μοντέλο που βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ στρες και μιας προδιάθεσης για ανάπτυξη κατάθλιψης. Με άλλα λόγια, ένα γενετικό υπόστρωμα φαίνεται να ευθύνεται για μια μείωση των επιπέδων των μονοαμινών στις συνάψεις ή για μια υπεραπαντητικότητα του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση- επινεφρίδια (HPA) στο στρες. Αν δεν υπάρχει σοβαρό ποσοστό στρες δεν αρκεί μόνον ο γενετικά καθορισμένος ουδός για να επάγει την κατάθλιψη. Ωστόσο, εμπειρίες παραμέλησης ή κακοποίησης στη παιδική ηλικία μπορεί να ενεργοποιήσουν τον άξονα HPA (Nemeroff, 1998).

Οι πρώιμοι στρεσογόνοι παράγοντες του παιδικού αποχωρισμού, της παραμέλησης και της κακοποίησης φαίνεται ότι καθιστούν το άτομο περισσότερο ευάλωτο στους στρεσογόνους παράγοντες που εμφανίζονται κατά την ενήλικη ζωή και που ενδέχεται να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Από ψυχοδυναμική όμως σκοπιά, θα πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη το νόημα κάθε συγκεκριμένου στρεσογόνου παράγοντα. Αυτό που μπορεί να μοιάζει ως ένας σχετικά ήπιος παράγοντας για κάποιον εξωτερικό παρατηρητή, ενδεχομένως να έχει ένα ιδιαίτερο συνειδητό ή ασυνειδητό νόημα που ενισχύει κατά πολύ την επίδραση του. Με άλλα λόγια, δεν είναι μόνο το συμβάν ενός αρνητικού γεγονότος ζωής αλλά μάλλον η ερμηνεία του νοήματος του συμβάντος από το ίδιο το άτομο καθώς και η σημασία που αυτό έχει στο πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνει. (Hammen, 1995). Για παράδειγμα, σε κάποιον του οποίου η αίσθηση του εαυτού προσδιορίζεται εν μέρει από τις κοινωνικές του σχέσεις, η απώλεια μιας

σημαντικής διαπροσωπικής σχέσης μπορεί να πυροδοτήσει μια μείζονα κατάθλιψη (Gabbard, 2006).

## 2.4 Αποσυνδεδετικές διαταραχές

Οι αποσυνδεδετικές διαταραχές αφορούν αλλοιώσεις στην υπό κανονικές συνθήκες ενιαία λειτουργία της μνήμης, της ταυτότητας ή της συνείδησης (Putnam, 1991). Στο DSM-IV υπάρχουν οι ακόλουθες διαγνωστικές οντότητες αποσυνδεδετικών διαταραχών: αποσυνδεδετική διαταραχή της ταυτότητας, διαταραχή αποπροσωποποίησης, αποσυνδεδετική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, αμνησία αποσυνδεδετικού τύπου και φυγή αποσυνδεδετικού τύπου (APA, 1994). Η αμνησία αποσυνδεδετικού τύπου περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα επεισόδια αδυναμίας ανάκλησης ενός σημαντικού προσωπικού τραύματος. Η φυγή αποσυνδεδετικού τύπου έχει να κάνει με ένα ξαφνικό και απρόσμενο ταξίδι μακριά από το σπίτι, το οποίο συνοδεύεται από μια αδυναμία ανάκλησης του παρελθόντος και από μια σύγχυση σχετικά με την ίδια του την ταυτότητα. Η αποσυνδεδετικού τύπου διαταραχή της ταυτότητας, που παλαιότερα ήταν γνωστή με τον όρο διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας, συμπεριλαμβάνει την παρουσία δύο ή περισσότερων διακριτών προσωπικοτήτων ή ταυτοτήτων, καθεμία από τις οποίες έχει το δικό της σχετικά σταθερό μοτίβο αντίληψης και σχετίζεται και τον δικό της τρόπο σκέψης για τον εαυτό και το περιβάλλον. Η αποσυνδεδετικού τύπου διαταραχή της ταυτότητας, χαρακτηρίζεται επίσης από ένα εκτεταμένο κενό στην ανάκληση σημαντικών πληροφοριών, το οποίο δε μπορεί να εξηγηθεί από μια συνηθισμένη αφηρημάδα (Gabbard, 2006).

Όπως αναφέρουν οι Chu και DePrince (2006), η ψυχική αποσύνδεση έχει συνδεθεί με αναπόφευκτα και χρόνια τραύματα καθώς και με δυσκολίες στην ανάπτυξη συμπεριλαμβάνοντας: τη μαρτυρία σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης οικογενειακών μελών, οικογενειακές δυσκολίες (απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι, απουσία της βιολογικής μητέρας, παρουσία πατριού, φτωγή αλληλεπίδραση πατέρα-παιδιού (αποφευκτική και αποδιοργανωμένη προσκόλληση), ασυνεπής πειθαρχία και ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης. Συγκεκριμένα, υψηλές τιμές παιδικής κακοποίησης και/ή παραμέλησης αναφέρονται ως κεντρικές στις αποσυνδεδετικές διαταραχές. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση από μέλη της οικογένειας συνδέονται σημαντικά με αυξημένα

συμπτώματα ψυχικής αποσύνδεσης, ενώ κακοποίηση από μη-μέλη δεν συνδέεται. Ομοίως, η αναφορά προδοτικού τραύματος πριν την ηλικία των δεκαοκτώ ετών συνδεόταν με παθολογικά επίπεδα ψυχικής αποσύνδεσης σε νεαρούς ενήλικες (De Prince, 2005). Σύμφωνα με τον Freud (1996), η θεωρία του τραυματικού τραύματος προτείνει, ότι, η βία που διαπράττεται από κάποιον από τον οποίο το θύμα είναι εξαρτημένο θα συνδεθεί με διάσπαση μνήμης, ψυχική αποσύνδεση και άλλες γνωστικές δυσλειτουργίες με τρόπο που θα βοηθηθεί το θύμα να διατηρήσει την απαραίτητη αν και κακοποιητική προσκόλληση. Οι περισσότερες εμπειρικές μελέτες περιορίστηκαν σε αυτά τα επαρκώς καθορισμένα παιδικά τραύματα και αυτή η επικεντρωμένη προσέγγιση βοήθησε ξεκάθαρα στην απόδειξη της σημασίας του παιδικού τραύματος στην κλινική ψυχιατρική (Ozturk & Sar, 2006). Μια μελέτη ψυχιατρικών ασθενών έδειξε, ότι, άτομα με αποσυνδετικές διαταραχές ήταν πιθανότερο να αναφέρουν ότι είχαν μητέρες οι οποίες είχαν βιώσει την απώλεια ενός σημαντικού για εκείνους προσώπου, την εποχή γέννησης του ασθενούς (Liotti, 1992).

#### **2.4.1 Γενικά στοιχεία για τη κατανόηση των αποσυνδετικών διαταραχών**

Η αποσύνδεση αντιπροσωπεύει μια αποτυχία να ενοποιηθούν οι διάφορες όψεις της αντίληψης, της μνήμης, της ταυτότητας και της συνείδησης. Πολλά εμπειρικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η αποσύνδεση εμφανίζεται κυρίως ως άμυνα στο τραύμα. Έχει καταγραφεί υψηλή συχνότητα αποσυνδετικών συμπτωμάτων μετά από πυρκαγιές (Koopman et al., 1994), σεισμούς (Cardena & Spiegel, 1993), πολέμους (Marmar, Weiss & Schlenger, 1994) και σε όσους υπήρξαν μάρτυρες εκτελέσεων (Freinkel, Koopman & Spiegel, 1994). Η αποσύνδεση επιτρέπει στα άτομα να έχουν τη ψευδαίσθηση ότι κρατούν τον ψυχολογικό έλεγχο όταν νοιώθουν αβοήθητοι ή όταν αισθάνονται ότι κινδυνεύουν να χάσουν τον έλεγχο του σώματος τους. Οι αποσυνδετικές λειτουργίες έρχονται να επιτελέσουν ένα διττό ρόλο: από τη μία βοηθούν το θύμα να απομακρυνθεί από ένα τραυματικό γεγονός τη στιγμή που συμβαίνει, και από την άλλη αναβάλλουν την απαραίτητη επεξεργασία που θα ενέτασσε το γεγονός σε μια προοπτική πορεία στη μετέπειτα ζωή του (Gabbard, 2006).

Απεικονιστικές μελέτες με τη χρήση απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού (MRI), που πραγματοποιήθηκαν σε βετεράνους του πολέμου του Βιετνάμ, έδειξαν ότι υπήρχε μείωση του όγκου του δεξιού ιππόκαμπου σε όσους είχαν διαταραχή μετατραυματικού στρες, σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν αναπτύξει τη

συγκεκριμένη διαταραχή (Bremner, Randall & Scott, 1995). Ο ιππόκαμπος είναι η εγκεφαλική δομή που εμπλέκεται κατά κύριο λόγο στη διαδικασία αποθήκευσης και ανάκλησης πληροφοριών, κάτι το οποίο έχει οδηγήσει πολλούς ερευνητές να υποθέσουν ότι οι δυσκολίες της μνήμης που σχετίζονται με την αποσύνδεση συνδέονται με βλάβες σε αυτή τη περιοχή (Spiegel, 1997). Υψηλά επίπεδα ενός συνδεδεμένου με ένα τραυματικό γεγονός στρες, επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργία του ιππόκαμπου, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η διαδικασία απομνημόνευσης του γεγονότος αυτού (Allen, Console & Lewis, 1999).

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση υποστηρίζει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις αποσύνδεσης, σχήματα ή αναπαραστάσεις του εαυτού που δεν είναι συμβατά μεταξύ τους και θα πρέπει να διατηρηθούν σε ξεχωριστά ψυχικά τμήματα, καθώς έρχονται σε σύγκρουση το ένα με το άλλο (Horowitz, 1986). Οι μνήμες του τραυματισμένου εαυτού θα πρέπει να αποσυνδεθούν, καθώς δε συνάδουν με τον καθημερινό εαυτό ο οποίος εμφανίζεται να έχει πλήρως τον έλεγχο. Η αποσύνδεση κατά τους Davies και Frawley (1994), δεν είναι μόνο μια άμυνα, αλλά και μια διαδικασία που προστατεύει και διαφυλάσσει ολόκληρο τον κόσμο του εσωτερικού αντικειμένου του κακοποιημένου παιδιού σε διαιρεμένη μορφή.

## Κεφάλαιο τρίτο

### Αμυντικοί μηχανισμοί και τραύμα

Σύμφωνα με τον Green (1985), η πραγματική ή επαπειλούμενη οξεία σωματική και ψυχολογική επίθεση, μπορεί να προκαλέσει «τραυματική νεύρωση», η οποία καταλήγει σε πανικό, αποδιοργάνωση του εγώ και σε μια επίπονη συναισθηματική κατάσταση που με τη σειρά της ενεργοποιεί πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας. Η αμυντική οργάνωση του παιδιού δε μπορεί να επεξεργαστεί ή να ελέγξει επαρκώς το βομβαρδισμό τρομακτικών ερεθισμάτων. Συναισθήματα αβοηθησίας και πανικού συνοδεύονται συχνά από σοβαρή παλινδρόμηση του εγώ, χαρακτηριζόμενη από απώλεια των ορίων του, ψυχωτική αποδιοργάνωση και μια αναστολή του ελέγχου της πραγματικότητας, συχνά συνδεδεμένη με αντιληπτικές στρεβλώσεις και γνωστικές δυσκολίες. Τα κακοποιημένα παιδιά αναπτύσσουν συχνά πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας σε μια προσπάθεια να ελέγξουν την επαναλαμβανόμενη έκθεση σε τραυματικά ερεθίσματα και τα συνακόλουθα επίπονα ερεθίσματα. Οι βασικοί μηχανισμοί άμυνας που θεωρούνται ότι ενεργοποιούνται όταν το άτομο βρεθεί αντιμέτωπο με τραυματικά γεγονότα είναι οι εξής:

#### 3.1 Σχάση

Η σχάση αποτελεί μία από τις πιο πρώιμες άμυνες η οποία είναι χαρακτηριστική των διαταραχών προσωπικότητας και των ψυχώσεων. Η συγκεκριμένη άμυνα αναφέρεται σε μια ασυνείδητη διεργασία η οποία διαχωρίζει με ενεργητικό τρόπο τα αντικρουόμενα συναισθήματα, τις αναπαραστάσεις του εαυτού ή τις αναπαραστάσεις του αντικειμένου. Σποραδικές αναφορές στη σχάση βρίσκονται στο έργο του Freud, ωστόσο ήταν η Klein εκείνη που την ανέδειξε σε ακρογωνιαίο λίθο για τη συναισθηματική επιβίωση κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του ατόμου. Ο μηχανισμός αυτός επιτρέπει στο βρέφος να ξεχωρίσει το καλό από το κακό, την ευχαρίστηση από τη δυσαρέσκεια, την αγάπη από το μίσος, προκειμένου να διαφυλάξει τις θετικές διαστάσεις των εμπειριών, των συναισθημάτων και των αναπαραστάσεων του εαυτού, χωρίς να κινδυνεύουν να μολυνθούν από τις αρνητικές τους όψεις (Gabbard, 2000). Η σχάση, σύμφωνα με τον Ogden, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένας βασικός βιολογικός τρόπος κατηγοριοποίησης της εμπειρίας, ο οποίος διαχωρίζει το

απειλητικό από το απειλούμενο και δευτερογενώς μόνο οργανώνεται ως ψυχολογική άμυνα (Ogden, 1986).

Ο Kernberg από την πλευρά του, θεωρώντας την σχάση ως την πρώτιστη μεταξύ των αμυνών που χρησιμοποιούν οι οριακοί ασθενείς, την αντιλαμβάνεται ως μία ενεργό διαδικασία διαχωρισμού αντιφατικών ενδοβολών και σχετιζόμενων συναισθημάτων (Kernberg, 1975). Η σύνθεση των λιβιδινικών και των επιθετικών αποφυάδων των ενορμήσεων που συνδέονται με τις «καλές» και τις «κακές» ενδοβολές, έχει ως τελικό στόχο να μειώσει την επιθετικότητα. Η σχάση αποτρέπει αυτή την «μείωση» και άρα στερεί από το Εγώ μια ουσιαστική πηγή ενέργειας για την ανάπτυξη. Σύμφωνα με την οπτική του Kernberg, η σχάση χαρακτηρίζεται από τις εξής κλινικές εκδηλώσεις: (α) την εναλλασσόμενη έκφραση αντικρουόμενων συμπεριφορών και στάσεων, για την οποία ο ασθενής δεν ενδιαφέρεται και την αρνείται, (β) την επιλεκτική απουσία ελέγχου των παρορμήσεων, (γ) τον διαχωρισμό των στοιχείων σε στρατόπεδα «μόνο καλών» και «μόνο κακών» κάτι το οποίο αναφέρεται ως εξιδανίκευση και υποτίμηση και (δ) την συνύπαρξη αντικρουόμενων αναπαραστάσεων του εαυτού που εναλλάσσονται η μία με την άλλη (Kernberg, 1975).

### **3.2 Επαναδιαδραμάτιση**

Η επαναδιαδραμάτιση είναι ο πιο συχνά συνδεόμενος με το τραύμα, αμυντικός μηχανισμός. Οι επαναδιαδραματίσεις του τραυματικού παρελθόντος συχνά αντιπροσωπεύουν είτε έκδηλες είτε κωδικοποιημένες επαναλήψεις του μη επεξεργασμένου τραύματος σε μια προσπάθεια να το δαμάσουν και να το επεξεργαστούν (Chu, 1991). Οι εκδραματίσεις αυτές μπορούν να είναι ψυχολογικές, σχεσιακές και σωματικές και συμβαίνουν είτε σε συνειδητό επίπεδο είτε σε επίπεδο χαμηλής ή καθόλου συνειδητότητας. Μερικά παραδείγματα εκδραματίσεων του πρώιμου διαπροσωπικού τραύματος είναι οι αυτό- τραυματισμοί, η αυτοκτονικότητα, η επιθετικότητα απέναντι σε άλλους, οι σοβαρές δυσκολίες στον γονεϊκό ρόλο, οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και η θυματοποίηση. Ανεξάρτητα από τους συγκεκριμένους σκοπούς ή νοήματα που οι επαναδιαδραματίσεις αυτές έχουν, αντιπροσωπεύουν επίσης και ένα είδος «μη λεκτικής» ανάμνησης, καθώς και έναν τρόπο να εκφραστούν τα κυρίαρχα πρότυπα του σχετίζεσθαι και οι παρελθούσες τραυματικές εμπειρίες. Πιθανόν επίσης είναι ότι οι εκδραματίσεις αυτές να καθρεφτίζουν συνήθειες και επαναλήψεις οικείων συμπεριφορικών και σχεσιακών ακολουθιών.

Στη θεραπευτική σχέση η εκδραμάτιση οικείων ρόλων (θύματος – θύτη- διασώστη- θεατή) βιώνονται μέσα στο πλαίσιο μιας πρωταρχικής δυναμικής μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης, έννοιες οι οποίες θα αναλυθούν περισσότερο σε επόμενη ενότητα. Επομένως, οι εκδραματίσεις αυτές αποτελούν σημαντική πηγή πληροφοριών για τη βιωμένη τραυματική εμπειρία του ατόμου και για τους τρόπους προσκόλλησης κατά τη παιδική του ηλικία. Με αυτό τον τρόπο το άτομο ενθαρρύνεται να χρησιμοποιήσει τη θεραπευτική σχέση ως μια βάση για να εξερευνήσει τη σύνδεση του με το παρελθόν του.

### **3.3 Αποσύνδεση**

Με τον όρο αποσύνδεση στη ψυχαναλυτική σκέψη νοείται η διατάραξη της φυσιολογικής ολοκλήρωσης της βιωμένης εμπειρίας. Η αποσύνδεση είναι μια κοινή εμπειρία για τους ανθρώπους η οποία εμφανίζεται σε καταστάσεις έντονου άγχους. Η αίσθηση αυτή του κατακερματισμού έχει ως αποτέλεσμα τη διατάραξη του ψυχικού οργάνου και τη παράλυση στη λειτουργικότητα του ατόμου. Η πρόσβαση του ατόμου στις σκέψεις, τις φυσιολογικές του ικανότητες, στα συναισθήματα και στη κρίση του περιορίζονται. Όταν το άγχος είναι μετρίου βαθμού, συνήθως ο μηχανισμός άμυνας της αποσύνδεσης είναι παροδικός και αναστρέψιμος καθώς τα στρεσογόνα γεγονότα προοδευτικά ενσωματώνονται στην φυσιολογική εμπειρία. Στη περίπτωση όμως που το άγχος είναι εξαιρετικά υπερβολικό, ξεπερνάει το άτομο και έχει μεγάλη διάρκεια, ενδέχεται να προκαλέσει ψυχοπαθολογικά συμπτώματα μεγάλης διάρκειας. Τα άτομα που έχουν υποστεί τέτοιου είδους τραυματισμούς αισθάνονται κατακερματισμένα. Στην ουσία, η αποσύνδεση αντιπροσωπεύει μια αποτυχία να ενοποιηθούν οι διάφορες όψεις της αντίληψης, της μνήμης, της ταυτότητας και της συνείδησης (Gabbard, 2006).

Ο μηχανισμός της αποσύνδεσης δύναται να αποτελεί έναν αρκετά αποτελεσματικό τρόπο να διαχειριστεί κανείς συναισθήματα που υπερβαίνουν τις αντοχές του και τη δυσφορία που σχετίζεται με την προσκόλληση. Ωστόσο όταν ο μηχανισμός αυτός χρησιμοποιείται πολύ ή χρησιμοποιείται εκτός του αρχικού πλαισίου ενδέχεται να έχει προσωπικό και διαπροσωπικό κόστος (Pearlman & Courtois, 2005)

Η ψυχική αποσύνδεση, κατά τον Lyons-Ruth, Yellin, Melnick & Atwood (2003), είναι ένας γενικότερος όρος ο οποίος αναφέρεται σε μια προστατευτική άμυνα κατά των συνταρακτικών αναμνήσεων και των σχετικών συναισθημάτων που συνδέονται με τις εμπειρίες του τραύματος. Η ψυχική αποσύνδεση κατά τους Horowitz και Kluff, όπως

αναφέρει ο Lyons-Ruth και συν., (2003), αναφέρεται κάποιες φορές ως «κάθετη διάσπαση», καθώς παρατηρείται, ότι ανόμοιες αναπαραστάσεις του εαυτού και του άλλου διατηρούνται σε διαφορετικά νοητικά «διαμερίσματα» που δεν ενοποιούνται το ένα με το άλλο, αλλά που είναι διαθέσιμα στη συνείδηση σε εναλλασσόμενες καταστάσεις. Έτσι, κάποιο τραυματισμένο άτομο μπορεί να αποσυνδέσει τα συναισθήματα και τα σχετικά εννοιολογικά συστήματα τα οποία είναι τόσο κατακλυσμιαία για να τα βιώσει κανείς τη στιγμή του τραύματος ή μπορεί να αποσυνδέσει σχήματα του εαυτού τα οποία απειλούν την ταυτότητα του. Αν και το άτομο μπορεί να μην συνειδητοποιεί αυτά τα χωρισμένα περιεχόμενα, και τα δύο παραμένουν νοητικά ενεργά και βρίσκουν δίοδο έκφρασης στο λεκτικό και το συμπεριφορικό επίπεδο (Lyons-Ruth et al., 2003).

Η αποσύνδεση αποτελεί συχνή αντίδραση στις πιο ακραίες μορφές παιδικής κακοποίησης. Χαρακτηριστικά, έχει βρεθεί ότι στο 97% των ασθενών με πολλαπλή προσωπικότητα βρέθηκε σοβαρό τραύμα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και από αυτούς στο 68% παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Στην βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί περιπτώσεις γυναικών που είχαν αρχική διάγνωση σχιζοφρένεια και στη συνέχεια διαπιστώθηκε ότι επρόκειτο για παροδικές ψυχωσικές καταστάσεις στα πλαίσια αποσυνδεδετικής διαταραχής σχετιζόμενης με σοβαρό τραύμα (Λεονάρδου & Ζέρβας, 2005).

Επιπλέον, κατά τον Alexander (1992), η έκθεση σε σοβαρό τραύμα, το οποίο περιλαμβάνει ένα στοιχείο μη διαθεσιμότητας και εναλλαγής ανάμεσα σε κακοποίηση και αγάπη, συνδέεται με την Διαταραχή Πολλαπλής Προσωπικότητας. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τους Braun και Sachs, όπως αναφέρει ο Alexander (1992), ένας κακοποιητικός γονιός μπορεί να πει στο παιδί «Σ' αγαπώ» και αμέσως μετά να προχωρήσει να κάψει το παιδί με τσιγάρο. Κατά τον Bowlby (1980), μέσω της διαδικασίας της ψυχικής αποσύνδεσης ή του αμυντικού αποκλεισμού της πληροφορίας, το παιδί προσπαθεί να αμυνθεί ενάντια στο σοβαρό τραύμα ή την απώλεια.

Ο Herman (1992c), αναφέρεται στο τραύμα λέγοντας ότι «ούτε η αντίσταση ούτε η διαφυγή είναι δυνατά και το ανθρώπινο σύστημα αυτοάμυνας συντρίβεται και αποδιοργανώνεται».



## Κεφάλαιο τέταρτο

### Κακοποίηση- Παραμέληση

#### 4.1 Ορισμός και τύποι παιδικού τραύματος

Ως παιδικό ή πρώιμο τραύμα χαρακτηρίζεται ως το ψυχολογικό αποτέλεσμα ενός τραυματογόνου συμβάντος που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου, από τη βρεφική ηλικία ως τη συμπλήρωση των 18 ετών (Bishop, Rosenstein, Bakelaar & Seedat, 2014). Η τραυματική εμπειρία κατά την παιδική ηλικία έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να μη γίνει αντικείμενο επεξεργασίας άμα τη γενέσει της, και να βρει διέξοδο σε μετέπειτα στάδια της ζωής με συχνά απροσδόκητους τρόπους (Aberbach, 1989). Το ψυχικό τραύμα που επέρχεται κατά την ευρύτερη αναπτυξιακή περίοδο μπορεί να έχει τις πλέον σοβαρότερες επιπτώσεις στη συνολική διαμόρφωση του ψυχισμού του ατόμου από ότι μία εμπειρία που λαμβάνει χώρα μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι διότι το άτομο που βρίσκεται στη συγκεκριμένη αναπτυξιακή περίοδο δεν έχει αναπτύξει ακόμη πλήρως τις νοητικές, γνωστικές και συναισθηματικές λειτουργίες. Η ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη, η οποία εκτός των άλλων περιλαμβάνει και τους αμυντικούς μηχανισμούς που οι ενήλικες διαθέτουν για να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις, δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί. Τα όρια του εαυτού και ο βαθμός στον οποίον έχει γίνει αντιληπτή η θέση του ατόμου στην κοινωνία, δεν είναι ακόμη σαφή, ενώ η αντίσταση απέναντι στη βία και οι δυνατότητες επιβίωσης είναι ακόμα περιορισμένες (Culbertson, 1995). Συνεπώς, το ανήλικο άτομο, ζώντας στον κόσμο των ενηλίκων, αλλά χωρίς να είναι ακόμα πλήρες μέλος του, είναι εξαιρετικά ευάλωτο σε πάσης φύσεως απειλητικές καταστάσεις τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική του ακεραιότητα.

Η ηλικία κατά την οποία το παιδί εκτίθεται για πρώτη φορά σε τραυματικές εμπειρίες, η συχνότητα και ο βαθμός συμμετοχής των ατόμων που έχουν τη φροντίδα του παίζουν αποφασιστικό ρόλο στον αντίκτυπο που θα έχουν στην ψυχολογική του εξέλιξη. Οι πιθανότητες μακροπρόθεσμων αρνητικών επιπτώσεων αυξάνονται όσο μικρότερη είναι η ηλικία του παιδιού που υφίσταται το τραύμα (Curtois, 2004. van der Kolk, 2005).

Ο van der Kolk (2005) πρότεινε μία νέα διαγνωστική κατηγορία, την οποία ονόμασε αναπτυξιακή τραυματική διαταραχή, διότι θεώρησε ότι η διάγνωση μετατραυματικής διαταραχής στρες περιλαμβάνει μόνο ένα μέρος των διαταραχών που

συνδέονται με τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Εκτός από τις αρνητικές επιπτώσεις στη συναισθηματική και γνωστική σφαίρα, το παιδικό τραύμα επηρεάζει τη νευρολογική ανάπτυξη με αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να εμφανίζουν μειωμένο έλεγχο της επιθετικότητας, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, αδυναμία συγκέντρωσης και γενικότερα επιπτώσεις που θα τα ακολουθούν και στην ενήλικη ζωή (van der Kolk, 2005).

Ο όρος παιδικό τραύμα περιλαμβάνει μία ποικιλία τραυματικών εμπειριών που μπορεί να βιώσει το άτομο, οι κυριότερες από τις οποίες είναι: α) η σωματική κακοποίηση που ορίζεται ως η εκ προθέσεως άσκηση σωματικής βίας στο παιδί που έχει ως αποτέλεσμα ή αυξάνει την πιθανότητα να βλάψει την υγεία του παιδιού, την ανάπτυξή του και την αξιοπρέπειά του β) η σεξουαλική κακοποίηση που ορίζεται ως η εμπλοκή του παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα, την οποία δεν κατανοεί πλήρως, και με την οποία δεν είναι σε θέση να συγκατατεθεί γ) η συναισθηματική και ψυχολογική κακοποίηση, η οποία περιλαμβάνει απειλές, εκφοβισμό, μεροληπτική συμπεριφορά, απόρριψη γελοιοποίηση και κακομεταχείριση, και δ) η παραμέληση του παιδιού στους τομείς της υγείας, της μόρφωσης, της διατροφής και της ασφαλούς διαβίωσης (Martins, Tofoli, Von Werne Baes & Juruena, 2011).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που προέκυπταν από την ασυμβατότητα των ορισμών και κριτηρίων των διάφορων ερευνητών, κατέληξε στον παρακάτω ορισμό, τον οποίο και προέβαλλε στο πλαίσιο μιας παγκόσμιας καμπάνιας του, με σκοπό να αναγνωριστεί το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης ως πρόβλημα δημόσιας υγείας: «Η κακοποίηση ή κακομεταχείριση του παιδιού περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά τη ζωή και την ανάπτυξη του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης» (WHO, 1999).

«Η κακοποίηση του παιδιού, σωματική, ψυχική, σεξουαλική ή η εξίσου κακοποιητική παραμέληση του, αποτελούν ένα από τα μελανότερα στίγματα της ιστορίας το ανθρώπινου γένους» (Ματσανιώτης, 1998). Το παιδί εξαιτίας της φυσικής αδυναμίας που το χαρακτηρίζει ανέκαθεν ήταν το πρώτο θύμα της πρωτόγονης βίας των μεγάλων, μια βία που πηγάζει από

τα πρωτόγονα ένστικτα της επικράτησης του ισχυρότερου (Αναστασοπούλου, Κονταξάκη & Κονταξάκης, 2005).

Το φαινόμενο της κακοποίησης και της παραμέλησης του παιδιού έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις στις μέρες μας με τις έρευνες να δείχνουν ότι αναφερόμαστε σε πραγματική αύξηση η οποία δεν οφείλεται στη δημιουργία κατάλληλων υπηρεσιών ή στην ευαισθητοποίηση του κοινού για τα θέματα αυτά. Στη δεκαετία του 1970, στις Ηνωμένες Πολιτείες άρχισαν να ιδρύονται κυβερνητικές υπηρεσίες για τη προστασία του παιδιού οι οποίες ζητούσαν από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και όσους ασχολούνταν με παιδιά (πχ δάσκαλοι) να αναφέρουν όλες τις περιπτώσεις παιδιών για τις οποίες είχαν ισχυρές υποψίες ότι κακοποιούνται ή παραμελούνται. Από τότε έχει παρατηρηθεί μια αύξηση – φαινόμενο στις αναφερόμενες περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, από τις 60.000 περιπτώσεις παιδιών- θυμάτων κακοποίησης που είχαν αναφερθεί στις υπηρεσίες προστασίας το 1974 έφτασαν τις 2.400.000 το 1989 και τις 2.800.000 το 1994 (U.S. Department of Health and Human Services, 1996a). Τρεις πολύ σημαντικές έρευνες κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα αν η δραματική αυτή αύξηση των αναφερόμενων περιστατικών πιθανής παιδικής κακοποίησης ή/ και παραμέλησης συνεπάγεται αύξηση του φαινομένου ή αφορά περισσότερες αναφορές λόγω της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών (U.S. Department of Health and Human Services, 1981· 1988· 1996b). Η πιο πρόσφατη από τις τρεις (Third National Incidence Study on Child Abuse and Neglect), έδειξε ότι το 1993, 1.553.800 παιδιά στις Ηνωμένες Πολιτείες (2,3% του γενικού πληθυσμού), έχουν υποστεί μέτρια ή πιο σοβαρή βλάβη (were harmed) ως αποτέλεσμα κακοποίησης ή παραμέλησης. Τα ευρήματα αυτά περιλαμβάνουν 217, 700 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης, 381,700 σωματικής κακοποίησης, 204,500 συναισθηματικής κακοποίησης και 897, 000 περιπτώσεις παραμέλησης. Το 1993, σύμφωνα πάντα με την έρευνα αυτή, στις Ηνωμένες Πολιτείες υπολογίζεται ότι πέθαναν 1,500 παιδιά εξαιτίας κακοποίησης που υπέστησαν. Η έρευνα αυτή έδειξε επίσης ότι ακόμα κι αν ληφθεί υπόψη η αύξηση του παιδικού πληθυσμού, ένα παιδί αντιμετωπίζει περισσότερο από 1,5 φορές τον κίνδυνο να βιώσει κακοποίηση ή παραμέληση το 1993 σε σύγκριση με το 1986. Συμπερασματικά, η έρευνα δηλαδή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι παρά το γεγονός ότι η αναγνώριση της κακοποίησης των παιδιών από τους επαγγελματίες έχει βελτιωθεί, υπάρχει μια σταθερή ανοδική αύξηση στον αριθμό των παιδιών που κακοποιούνται και παραμελούνται (U.S. Department of Health and Human Services, 1996b).

## 4.2 Κατηγοριοποίηση του τραύματος

Ο όρος κακοποίηση- παραμέληση χρησιμοποιείται για να περιγράψει το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ο ενήλικας ή οι ενήλικες που έχουν τη φροντίδα ενός παιδιού (γονείς, συγγενείς, δάσκαλοι, προσωπικό ιδρυμάτων, κλπ) «προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις, ψυχικά τραύματα ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό, που συχνά επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής, ακόμα και θάνατο.» (Αναστασοπούλου και συν., 2005). Ο όρος «κακοποίηση» αναφέρεται στις σκόπιμες ενέργειες που προβαίνει ο ενήλικας προκειμένου να βλάψει τη σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία του παιδιού, ενώ ο όρος «παραμέληση» αναφέρεται στη παράλειψη ενεργειών για μεγάλο χρονικό διάστημα είτε από αμέλεια είτε σκόπιμα, που αφορούν στη μη κάλυψη των βασικών αναγκών του παιδιού (πχ διατροφή, ένδυση, ιατρική φροντίδα, στέγαση, σχολική φοίτηση). Στη συνέχεια αναφέρονται διεξοδικότερα οι τύποι κακοποίησης σύμφωνα με τους Αναστασοπούλου και συν. (2005).

**Σωματική κακοποίηση:** Η μορφή αυτή κακοποίησης περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Οι σωματικοί τραυματισμοί, οι κακώσεις περιλαμβάνουν κατάγματα, εγκαύματα, χτυπήματα, μώλωπες ή κοψίματα που προξενούνται από χέρι, πόδι ή από κάποιο άλλο αντικείμενο με τη πρόθεση να επιβάλλουν πειθαρχία ή τιμωρία.

**Σεξουαλική κακοποίηση:** Η σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται στη «συμμετοχή ή έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο, υποκινούμενες από ενήλικα που συνήθως έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί. Οι πράξεις αυτές έχουν ως στόχο τη σεξουαλική ικανοποίηση του δράστη ή άλλου ατόμου». Οι δράστες συνήθως προέρχονται από το περιβάλλον του παιδιού (γονείς, αδέρφια, συγγενείς, οικογενειακοί φίλοι). Σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να διαπραχθεί κι από άτομο κάτω των 18 ετών. Τα παιδιά- θύματα σεξουαλικής κακοποίησης είναι στη πλειονότητα τους κορίτσια και η πλειοψηφία των θυτών άνδρες. Ωστόσο νεότερα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν αύξηση των αρρένων θυμάτων και των θηλέων θυτών.

Το πρώιμο σεξουαλικό τραύμα επηρεάζει δραματικά τη προσκολληθή του κακοποιημένου παιδιού σε σχέσεις, τον σχηματισμό της ταυτότητας του και γενικά την ανάπτυξη του ψυχικού του οργάνου (Steele, 1994). Οι ενήλικες που έχουν υποστεί

σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά και που συνεχώς φέρουν μια αίσθηση εσωτερικού χάσματος, είναι οι ασθενείς που συχνά επισκέπτονται τους ψυχαναλυτικούς ψυχοθεραπευτές.

**Ψυχολογική και συναισθηματική κακοποίηση- παραμέληση:** Η ψυχολογική και συναισθηματική παραμέληση του παιδιού, αποτελεί ίσως την δυσκολότερη μορφή ως προς το να αποδειχτεί μορφή κακοποίησης και συνίσταται στην αποτυχία των γονέων να προσφέρουν την υποστήριξη εκείνη που χρειάζεται το παιδί προκειμένου να αναπτυχθεί ψυχολογικά. Χαρακτηριστικές συμπεριφορές που αποτελούν μορφές ψυχολογικής και συναισθηματικής κακοποίησης- παραμέλησης αποτελούν η χρόνια λεκτική κακομεταχείριση, η απόρριψη, ο εκφοβισμός, η έντονη ενοχοποίηση, η απομόνωση, η εκμετάλλευση, η υποτίμηση, οι υπερβολικές απαιτήσεις από το παιδί, η συναισθηματική απροσφορότητα.

#### *Προδοτικό τραύμα*

Όταν ο γονιός ή αυτός που έχει αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού και ο οποίος έχει αναλάβει να αγαπά και να προστατεύει το παιδί είναι επίσης και ο δράστης της κακοποίησης, τότε η αγάπη και η κακοποίηση γίνονται αποδεκτοί εταίροι (Kahn, 2006). Ο Freud (1996), ισχυρίζεται ότι το προδοτικό τραύμα είναι η παραβίαση της εμπιστοσύνης, όσο πιο κοντά και όσο πιο απαραίτητη είναι η σχέση για το παιδί τόσο μεγαλύτερο είναι το τραύμα. Ο Herman (1992a), κάνει λόγο για την διπλή δέσμευση που καλείται να αντιμετωπίσει το παιδί- θύμα του προδοτικού τραύματος: να βρει έναν τρόπο που θα το βοηθήσει να σχηματίσει τις πρώιμες προσκολλήσεις με τους φροντιστές του, οι οποίοι όμως σε αυτή τη περίπτωση είναι είτε επικίνδυνοι είτε αμελείς. Το παιδί καλείται να βρει έναν τρόπο για να αναπτύξει μια αίσθηση βασικής εμπιστοσύνης και ασφάλειας με αυτούς που είναι αναξιόπιστοι και επισφαλείς. Η αποσύνδεση είναι ο μηχανισμός που επιτρέπει στο τραυματισμένο άτομο να συνεχίζει να λειτουργεί σε αυτές τις σχέσεις χωρίς να χρειάζεται να παρατηρεί αυτές τις εγγενείς αντιφάσεις (Spiegel, 1986). Το παιδί «καταφέρνει» να διατηρεί και προστατεύει τις περιπτώσεις που του δείχνουν τρυφερότητα κρατώντας τις ξεχωριστά από τις αναμνήσεις της κακοποίησης (Howell, 2005). Το να γνωρίζει το παιδί το μέγεθος της κακοποίησης ή της παραμέλησης που του προκαλεί αυτός που έχει αναλάβει τη φροντίδα του είναι ασύμβατο με την επιθυμία του να αγαπηθεί. Το παιδί αναζητά την αγάπη των γονιών του και ταυτόχρονα τη φοβάται. Το παιδί και αργότερα ο ενήλικας που έχει κακοποιηθεί από μέλος της οικογένειας, κουβαλάει αυτή την αμφιθυμία: αναζήτηση και επιθυμία της αγάπης και της κοντινότητας, ενώ την ίδια στιγμή τις φοβάται υπερβολικά. Το παιδί αφήνεται να

νοηματοδοτήσει έναν κόσμο όπου η προσκόλληση και η εμπιστοσύνη, το ψυχολογικό του οξυγόνο, βρίσκονται σε κίνδυνο (Kahn, 2006).

Οι τραυματικές εμπειρίες οι οποίες περιλαμβάνουν προδοσία της εμπιστοσύνης, ιδιαίτερα η παιδική κακοποίηση, μπορούν να προκαλέσουν έντονη οδύνη, προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα και αύξηση του κινδύνου για επαναθυματοποίηση και διάπραξη παρόμοιας κακοποίησης σε άλλους (Freyd, De Prince & Zurbriggen, 2001).

#### **4.3 Παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση και παραμέληση**

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, τα χαρακτηριστικά των γονέων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στη σωματική κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού είναι η ανεπιθύμητη κύηση, οι απρογραμματίστες και συχνές κυήσεις, η άγαμη μητέρα, η μονογονεϊκή ιδιότητα, τα άτομα που γίνονται γονείς σε νεαρή ηλικία, τα προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, τα ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα των γονέων, τα προβλήματα στις σχέσεις του ζευγαριού, οι προβληματικές σχέσεις με τους δικούς τους γονείς, οι γονείς που έχουν και οι ίδιοι κακοποιηθεί/ παραμεληθεί σε μικρή ηλικία, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, τα οικονομικά προβλήματα, η ανεργία, ή ύπαρξη αρρώστιας μέσα στην οικογένεια, το χαμηλό κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο, οι εξωπραγματικές απαιτήσεις σε σχέση με το παιδί και η διαταραχή του δεσμού μητέρας- βρέφους (Αγάθωνος - Γεωργοπούλου, 1998; Αναστασοπούλου και συν., 2005).

Εκτός από κάποια χαρακτηριστικά των γονέων που έχουν βρεθεί ερευνητικά ότι αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση και παραμέληση, έχουν εντοπιστεί και χαρακτηριστικά παιδιών που βρίσκονται σε ομάδα υψηλού κινδύνου για θυματοποίηση. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: ηλικία μικρότερη των τριών ετών, πρόωρη γέννηση, ασθένεια ή άλλα προβλήματα στους πρώτους μήνες της ζωής, συγγενείς ανωμαλίες, «δύσκολο παιδί», ψυχοκινητική και νοητική καθυστέρηση. Σημειωτέον ότι όλα τα παραπάνω αποτελούν παράγοντες κινδύνου, γεγονός που σημαίνει ότι η ύπαρξη ενός μόνο ή περισσότερων από αυτούς δε σημαίνει αυτόματα προϋπόθεση για κακοποίηση ή παραμέληση αλλά πρέπει να υπάρχει παρουσία και αλληλεπίδραση αυτών των χαρακτηριστικών (Αναστασοπούλου και συν., 2005).

#### 4.4 Αξιοπιστία των αναμνήσεων που αφορούν στην παιδική κακοποίηση

Ένα ζήτημα που συζητείται πολύ και ακόμα διχάζει τους ειδικούς μέσα στους κόλπους της ψυχαναλυτικής σκέψης είναι το κατά πόσο αληθινές (γνήσιες) είναι οι αναμνήσεις που ανακαλούνται μέσα στη ψυχαναλυτική διαδικασία. Η δυσκολία το να διακρίνει κανείς μεταξύ των αναμνήσεων και των φαντασιώσεων είναι ένα φαινόμενο που συναντάται όχι μόνο στη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα της ψυχικής υγείας. Οι αναλυτές χρειάζεται να γνωρίζουν τις σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις αναφορικά με τις λειτουργίες της μνήμης, καθώς και των ζητημάτων – προβλημάτων που προέρχονται από τη «ψευδή μνήμη» καθώς και την εμφανή ή καλυμμένη επίδραση που έχει το πρόσωπο του θεραπευτή (Chu, 1998).

Αρκετοί αναλυτές υιοθετούν την άποψη ότι «η αναλυτική σκέψη σχετικά με την ικανότητα του ασθενή να ανακατασκευάζει εν μέρει ένα πρώιμο τραύμα, μπορεί να αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την ανάδυση μιας έγκυρης ανάμνησης και άρα αποτελεί μια σημαντική τεχνική πρακτική. Εμπειρικά δεδομένα που έχουν προκύψει από τη νευροψυχολογία, υποστηρίζουν ότι υπάρχουν αρκετά αξιόπιστοι τρόποι να διακρίνει κανείς μεταξύ των αναμνήσεων που αφορούν συμβάντα πραγματικής κακοποίησης και των, περισσότερο, φαντασιωσικών και «ψευδών» αναμνήσεων. Ωστόσο, η φύση των πρώιμων αναμνήσεων, η νοητική λειτουργικότητα, η κοινωνική επίδραση μαζί με τα ψυχοδυναμικά στοιχεία που αναπτύσσονται με τη λειτουργία της φαντασίας ή φαντασίωσης, αποκλείουν πειστικές κι έγκυρες περιγραφές σχετικά με την ιστορική ακρίβεια των λεπτομερειών οποιωνδήποτε συγκεκριμένων αναμνήσεων (Schachter, 1992).

Δυστυχώς, δεν υπάρχουν έρευνες που να έχουν τη δυνατότητα να επιβεβαιώνουν την «ιστορική αλήθεια» των τραυματικών αναμνήσεων οι οποίες ανακαλούνται ή ανακατασκευάζονται μέσα στη θεραπεία. Στη πραγματικότητα, «οι αναμνήσεις είναι πάντα απότοκος των δικών μας εμπειριών που σχετίζονται με τα συγκεκριμένα γεγονότα, πως εμείς δηλαδή τα έχουμε βιώσει, κι όχι ακριβές αντίγραφο των ίδιων των γεγονότων» (Diamond, 1990). Οι καλά εκπαιδευμένοι κλινικοί γνωρίζουν ότι λόγω της ονομαζόμενης «ψευδούς μνήμης», οι αναμνήσεις πρώιμων τραυματικών εμπειριών και κυρίως αυτές που αφορούν σεξουαλική κακοποίηση, δε πρέπει να γίνονται «αβασάνιστα» αποδεκτές ως πραγματικό γεγονός, αλλά σε κάθε περίπτωση, να αναγνωρίζεται ότι η αναφορά του ασθενή σε τέτοια περιστατικά περιέχει κάτι σημαντικό για το παρελθόν του το οποίο δε πρέπει να παραβλέπεται. Το ευρύτερο περίγραμμα των πρώτων ετών της ζωής του ασθενή,

συμπεριλαμβανομένων των τραυματικών αναμνήσεων κακοποίησης, μπορεί να είναι εξαιρετικά σεβαστό και όσο το δυνατόν πιο ακριβές.

Απ' όσο γνωρίζουμε από τις έρευνες που αφορούν τη μνήμη, η γενική γνώση που αφορά συγκεκριμένα γεγονότα συχνά διατηρείται, ακόμα κι αν συγκεκριμένες λεπτομέρειες δε μπορούν να ανακληθούν με ακρίβεια (Allen, 1995). Μάλιστα ο Schachter, αναφέρει χαρακτηριστικά ότι « οι μνήμες δεν διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, στις αληθινές και στις ψευδείς και ότι το έργο που έχει να αναλάβει κάποιος είναι να διερευνήσει το πώς και με ποιους τρόπους η μνήμη ανταποκρίνεται στη πραγματικότητα» (Schachter, 1996).



## Κεφάλαιο πέμπτο

### Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και η σχέση τους με το παιδικό ψυχικό τραύμα

#### 5.1 Νεότερες εξελίξεις στη μελέτη της παιδικής κακοποίησης και της επίδρασης της στην ενήλικη ζωή

Τα άτομα που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες και κυρίως εμπειρίες που αφορούν πρώιμο και μεγάλης διάρκειας διαπροσωπικό τραύμα, βιώνουν βαθιές αλλαγές στον χαρακτήρα τους που αφορούν κυρίως τη ταυτότητα τους και τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται με τους άλλους (Dorahy et al., 2009. Ford, 1999. Taylor et al., 2006. Van der Kolk et al., 2005) ενώ ταυτόχρονα είναι περισσότερο ευάλωτοι σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και επαναθυματοποίηση από τους άλλους (Herman, 1992a).

Η δεύτερη ψυχική διαταραχή που έχει συσχετιστεί με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις είναι η οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Κλινικοί που έχουν μελετήσει τη συγκεκριμένη διαταραχή, διατυπώνουν την άποψη ότι η ένταση που χαρακτηρίζει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων αυτών και οι άγριες διακυμάνσεις μεταξύ εξιδανίκευσης και υποτίμησης δεν είναι τίποτα άλλο παρά επαναλήψεις και διαδραματίσεις πρώιμων κακοποιητικών σχέσεων (Chu, 1998). Οι τραυματισμένοι ασθενείς εξακολουθούν ως ενήλικες να εμπλέκουν τους άλλους, σε επαναλήψεις των πιο δυνατών διαπροσωπικών δυναμικών που έχουν βιώσει. Επαναδιαδραματίζουν τους ρόλους και του θύτη και του θύματος, καθώς στην οικογένεια τους έπρεπε να συμβαίνει ή το ένα ή το άλλο.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν παρατηρηθεί ιδιαίτερα σημαντικές αλλαγές στις απόψεις που αφορούν το τραύμα στη παιδική ηλικία. Οι θέσεις τόσο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όσο και της ευρύτερης κοινωνίας έχουν προχωρήσει από τη καθολική άρνηση της ύπαρξης του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης και των επιδράσεων που αυτό έχει και στο παιδί και στον ενήλικα που έχει υποστεί κακοποίηση ως παιδί (δεκαετία του 1970), έως την ένθερμη ενασχόληση με αυτά τα θέματα (δεκαετία του 1980). Στην δεκαετία του '80 είχαν καταλήξει στις εξής διαπιστώσεις: η κακοποίηση των παιδιών είχε τη μορφή επιδημίας με ανυπολόγιστες μη ειπωμένες αρνητικές συνέπειες στο άτομο, η κακοποίηση ήταν η κρυμμένη ρίζα των περισσότερων κοινωνικών προβλημάτων και προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η αναγνώριση και αποκάλυψη των αναμνήσεων που αφορούν περιστατικά κακοποίησης αποτελούσαν τα

κλειδιά για τη ψυχική υγεία και την υγεία της ευρύτερης κοινωνίας., Αυτή τη δεκαετία, αναπτύχθηκαν νέοι τρόποι για την αναγνώριση και τη θεραπεία της παιδικής κακοποίησης και σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν εξειδικευμένα προγράμματα στις Ηνωμένες Πολιτείες και γενικά σε αρκετές χώρες.

Τη δεκαετία του 90, ωστόσο, τα θέματα άρχισαν να παίρνουν εντελώς διαφορετική κατεύθυνση. Αν και οι θεραπείες που αναπτύχθηκαν για τους ενήλικες που είχαν υποστεί τραύμα στη παιδική ηλικία είχαν αρκετά θετικά αποτελέσματα, προέκυψαν παγίδες όταν η θεραπεία επικεντρωνόταν αποκλειστικά στα τραυματικά γεγονότα. Τα άτομα που υπέστησαν κακοποίηση εκτός από το ίδιο το τραυματικό γεγονός καλούνται να αντιμετωπίσουν και το ότι μεγάλωσαν σε ένα χαοτικό και διαταραγμένο περιβάλλον, το οποίο οδηγεί σε πολλαπλές δυσλειτουργίες στη ζωή τους: οι διαπροσωπικές τους σχέσεις ακόμα και η ταυτότητα τους είναι θρυμματισμένες. Αντιμετωπίζουν τον κόσμο ως κακοποιητικό και εχθρικό, τον εαυτό τους ως προβληματικό και ανίσχυρο το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντεπεξέλθουν ούτε σε βασικές λειτουργίες.

Στα τέλη της δεκαετίας του 90 και στις αρχές του 2000 ήρθαν νέα δεδομένα στο τραύμα κατά τη παιδική ηλικία, τα οποία προέκυψαν από την παρατήρηση της επιστημονικής κοινότητας ότι οι αναφορές για περιστατικά κακοποίησης κάποιων ασθενών στη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας ήταν ανακριβείς, ένα ενδεχομένο που είχε απασχολήσει και τον Freud. Κάποιοι ασθενείς, κυρίως αυτοί οι οποίοι είχαν «σταθεροποιήσει» στη μνήμη τη κακοποίηση τους, ασυνείδητα άρχισαν να «διανθίζουν» το συμβάν που θυμόντουσαν, ώστε αυτό να είναι ακόμα πιο τραυματικό. Άλλοι ασθενείς, κυρίως αυτοί που παρουσίαζαν βλάβες στον έλεγχο της πραγματικότητας ή αυτοί που ήταν εξαιρετικά ευάλωτοι- ευαίσθητοι στην υποβολή, άρχισαν να πιστεύουν ότι είχαν κακοποιηθεί παρά το γεγονός ότι τα στοιχεία έδειχναν το αντίθετο. Επιπρόσθετα, ένας αρκετά σημαντικός αριθμός ασθενών και άλλων ατόμων, άρχισαν ψευδώς να ισχυρίζονται ότι έχουν κακοποιηθεί ως παιδιά για να αποκομίσουν οφέλη, όπως να αποφύγουν τις νομικές ευθύνες για διάφορα παραπτώματα, να διεκδικήσουν οικονομικές αποζημιώσεις ή να επιλύσουν το αίσθημα του κενού και τον ψυχαναγκασμό τους να τραβήξουν τη προσοχή. Δυστυχώς, αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα άτομα που πραγματικά είχαν πρώιμα κακοποιηθεί είτε να αντιμετωπίζονται με δυσπιστία σχετικά με την αλήθεια της τραυματικής τους ιστορίας,

είτε να χαρακτηρίζονται ως μέρος της γενικότερης κουλτούρας που θεωρούσε ότι «φταίνε οι ίδιοι». Από την άλλη, συνασπισμοί γονέων, οι οποίοι είχαν απομακρυνθεί νομικά από τα παιδιά τους ή είχαν κατηγορηθεί ότι κακοποίησαν τα παιδιά τους, συνεργάστηκαν με τη ψυχιατρική και ψυχολογική κοινότητα και ίδρυσαν το Ίδρυμα για το Σύνδρομο της Ψευδούς Μνήμης. Το ίδρυμα αυτό έχει δεχθεί μεγάλες χρηματοδοτήσεις και έχει κάνει πολλές ενέργειες προς το κοινό με κύριο στόχο να τίθενται προς αμφισβήτηση αρκετοί ασθενείς που αναφέρουν παιδική κακοποίηση και οι επαγγελματίες που τους θεραπεύουν.

Οι τραυματισμένοι ασθενείς βρίσκονται στη μέση της συνεχιζόμενης αντιπαλότητας μεταξύ των κλινικών που θεραπεύουν τους ανθρώπους που αναφέρουν τραυματικές εμπειρίες και αυτούς που αντιμετωπίζουν τις αναμνήσεις κακοποίησης ως ανακριβείς και αναξιόπιστες. Το 1996 πραγματοποιήθηκαν δύο σημαντικά συνέδρια, ένα στο Παρίσι υπό την αιγίδα του NATO και ένα διεθνές συνέδριο έρευνας υπό την αιγίδα του Family Research Laboratory του πανεπιστημίου του New Hampshire, στα οποία οι κλινικοί και οι ερευνητές που ασχολούνται με την αντιμετώπιση τραυματισμένων ασθενών, και ερευνητές που έχουν ως αντικείμενο τη κατανόηση των λειτουργιών της μνήμης και των στρεβλώσεων της συναντήθηκαν προκειμένου να βρουν ένα κοινό έδαφος (Chu, 1998).

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα αναφερθούν και θα αναλυθούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες προσαρμογής που επιλέχθηκαν για τη συγκεκριμένη εργασία καθώς και η σχέση που αυτοί έχουν με το πρώιμο ψυχικό τραύμα. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις και ιδιαίτερα οι ερωτικές, οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και η ποιότητα ζωής.

## **5.2 Διαπροσωπικές σχέσεις και τραύμα**

### **5.2.1 Σχέσεις και επικοινωνία**

Με τον όρο διαπροσωπικές σχέσεις αναφερόμαστε στις σχέσεις επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων, έναν σημαντικότατο τομέα της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ο άνθρωπος δημιουργεί σχέσεις σε όλη την πορεία της ζωής του και σε κάθε περιβάλλον που κινείται, στο οικογενειακό, στο επαγγελματικό και στο ευρύτερο κοινωνικό. Οι διαπροσωπικές σχέσεις οι οποίες έχουν μελετηθεί εκτενώς, είναι αυτές μεταξύ μητέρας και βρέφους- παιδιού, οι σχέσεις μεταξύ των δυο φύλων και η σχέση μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Επίσης, έχουν μελετηθεί ορισμένες συγκεκριμένες πλευρές που

άπτονται του ζητήματος των διαπροσωπικών σχέσεων, δεν είναι όμως πολλές οι μελέτες που να μπορούν να αποτελούν επαρκή θεωρητική βάση για την εξήγηση των διαπροσωπικών σχέσεων στο σύνολό τους (Βάρσου, 2006).

Οι Miller & Steinberg (1975), διακρίνουν τις σχέσεις επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων σε «διαπροσωπικές σχέσεις επικοινωνίας» και σε «μη διαπροσωπικές σχέσεις επικοινωνίας», στηριζόμενοι στις προβλέψεις που κάνουν τα άτομα για τη συμπεριφορά του άλλου. Οι προβλέψεις αυτές, συνειδητές ή ασυνείδητες, στηρίζονται στις γνώσεις του ατόμου που του επιτρέπει να αξιολογεί τη κατάσταση που του παρουσιάζεται και να κάνει συγκρίσεις με παλαιότερες εμπειρίες (Miller, 1975).

Όσον αφορά τις ερωτικές σχέσεις, αυτές θα μπορούσαν να οριστούν ως η σύνδεση μεταξύ δύο ατόμων, μία σύνδεση που λαμβάνει χώρα σε δύο επίπεδα: σε επίπεδο επικοινωνίας και σε σωματικό επίπεδο (Brick, 2005). Ορισμένες από τις μεταβλητές που επηρεάζουν τις ερωτικές σχέσεις είναι: η συναισθηματική κατάσταση που βρίσκεται τη δεδομένη στιγμή το άτομο, οι κοινωνικές δεξιότητες που διαθέτει, ο καταναγκασμός της επανάληψης ο οποίος εκτός των άλλων περιλαμβάνει και τη τάση που ενυπάρχει σε κάποια άτομα για επαναθυματοποίηση, ο βαθμός εμπιστοσύνης που το άτομο έχει απέναντι στους άλλους, οι καταστάσεις ζωής που έχει βιώσει, οι τύποι προσκόλλησης και γενικότερα οι τρόποι του «σχετίζεσθαι» που έχει αναπτύξει, οι σεξουαλικές του ανάγκες και επιθυμίες, καθώς και ζητήματα που αφορούν μεταβιβαστικά αισθήματα και ζητήματα εγγύτητας (Brick, 2005).

### **5.2.2 Τραυματικές εμπειρίες και επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις**

Οι επιπτώσεις των ψυχοτραυματικών εμπειριών αντικατοπτρίζονται ιδιαίτερα στις διαπροσωπικές σχέσεις. Το παιδικό τραύμα ενδέχεται να έχει ιδιαίτερα μεγάλη, αρνητική, επίδραση στην ικανότητα του ατόμου που το βίωσε, να αναπτύξει και να διατηρήσει διαπροσωπικές σχέσεις (Pearlman & Courtois, 2005). Αν και έχει υπάρξει μεγάλη συζήτηση σχετικά με την επίδραση των παιδικών τραυματικών εμπειριών στην ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών, ωστόσο υπάρχουν σχετικά λίγες έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την επίδραση των εμπειριών αυτών στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Η αίσθηση της απώλειας ελέγχου που χαρακτηρίζει το τραυματικό γεγονός, το πιθανό αίσθημα προδοσίας και η καχυποψία που συνοδεύουν κυρίως τις πρώιμες τραυματικές εμπειρίες σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και τα αισθήματα αβοηθητότητας και εξάρτησης, αποτελούν ορισμένους μόνο από τους

παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα που έχουν βιώσει τέτοια γεγονότα σχετίζονται με τους άλλους (Λεονάρδου & Παπαρηγόπουλος, 2009). Αντιστρόφως, οι προαναφερόμενοι παράγοντες καθιστούν δύσκολο και στους άλλους να συσχετιστούν μαζί τους, το οποίο οδηγεί με τη σειρά του στη κοινωνική του αλλοτρίωση και απομόνωση, επιδεινώνοντας έτσι την αρχική επίδραση των τραυματικών εμπειριών (Pearlman & Courtois, 2005).

Η θεωρία της προσκόλλησης, η οποία αφορά κυρίως τη σχέση γονέων- παιδιού (Bowlby, 1973), προσέφερε αρκετά στοιχεία στη μελέτη των διαπροσωπικών σχέσεων. Η κοινωνική ψυχολογία με τους Hazan και Shaver, διεύρυνε την αρχική θεωρία και προσπάθησε με βάση αυτή να ερμηνεύσει τις ερωτικές σχέσεις των ενηλίκων (Hazan & Shaver, 1987). Συγκεκριμένα, οι ερευνητές θέλησαν να εξετάσουν εάν οι ατομικές διαφορές ως προς το τύπο προσκόλλησης που αναπτύσσει το άτομο κατά τη βρεφική του ηλικία, σχετίζονται με διαφορές στις διαπροσωπικές του σχέσεις ως ενήλικας και κυρίως στις συναισθηματικές του σχέσεις (Bartholomew & Horroitz, 1991· Hazan & Shaver, 1987). Σύμφωνα με αυτούς οι αντίστοιχοι τύποι προσκόλλησης των ενηλίκων είναι : τα ασφαλή/ αυτόνομα άτομα, τα οποία εκτιμούν και δίνουν αξία στις σχέσεις (1), τα ανασφαλή/ απορριπτικά άτομα τα οποία υποτιμούν ή εξιδανικεύουν τις σχέσεις τόσο του παρελθόντος όσο και του παρόντος (2), τα απορροφημένα άτομα, τα οποία είναι σε σύγχυση ή κατακλύζονται από σχέσεις προσκόλλησης του παρελθόντος και του παρόντος (3) και τα αποδιοργανωμένα άτομα, τα οποία είναι περισσότερο πιθανόν να έχουν υποστεί παραμέληση ή ψυχικό τραυματισμό (4), (Gabbard, 2006· George, Kaplan & Main, 1996). Όλες αυτές οι μορφές προσκόλλησης σύμφωνα με τον Gabbard (2006), υποστηρίζονται από τα ευρήματα εμπειρικών μελετών. Ο τύπος προσκόλλησης που αναπτύσσει το άτομο επηρεάζει βαθιά την αυτοεκτίμηση του και τις σχέσεις του με άλλα άτομα (Feeney & Noller, 1990), την επιλογή συντρόφου και τη σταθερότητα στις ερωτικές σχέσεις (Kirkpatrick & Davis, 1994) καθώς και τη προσαρμογή του στην εργασία (Hazan & Shaver, 1990). Έχει υποστηριχθεί ότι οι δυσκολίες προσκόλλησης βρίσκονται στην καρδιά του χρόνιου και διάχυτου τραύματος (pervasive) που έχει λάβει χώρα κυρίως στη παιδική ηλικία (Pearlman & Courtois, 2005 Gabbard, 2006· Pearlman & Saakvitne, 1995).

Οι δυο κύριες ψυχικές διαταραχές που έχουν συσχετισθεί με το τραύμα, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας, οι οποίες έχουν περιγραφεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελούν κύρια παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο οι τραυματικές εμπειρίες επηρεάζουν, μεταξύ άλλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Σύμφωνα με το DSM-IV (DSM-IV, 1994), τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι κυρίως διαπροσωπικά: αποφυγή ανθρώπων που συνδέονται με κάποιο τρόπο με το περιστατικό, αισθήματα αποξένωσης από τους άλλους, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα τη κοινωνική απομόνωση και αποξένωση του ατόμου που ασθενεί, επιδεινώνοντας έτσι τα αρχικά αποτελέσματα από τις τραυματικές εμπειρίες (πχ κοινωνική υποστήριξη και υποστηρικτικές σχέσεις ((Pearlman & Courtois, 2005).

Αυτά τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις φαίνεται να είναι περισσότερο περίπλοκα σε άτομα που έχουν βιώσει σοβαρή συσσωρευτική διαπροσωπική βία, παραμέληση ή κακοποίηση. Αυτό γίνεται ιδιαίτερα φανερό σε αυτούς που υπέστησαν κακοποίηση ή παραμέληση στη παιδική τους ηλικία από τους φροντιστές τους ή από τα πρόσωπα προσκόλλησης, και σε αυτούς που οι ζωές τους περιλαμβάνουν συνεχιζόμενη έκθεση σε τραυματικά γεγονότα (πχ πόλεμος, γενοκτονίες, μετανάστευση, εμπόριο ανθρώπων, πορνεία). Τα χαρακτηριστικά της ΔΣΜΨ περιλαμβάνουν αλλαγές στις σχέσεις με τους άλλους, συμπεριλαμβανομένης και της ικανότητας του ατόμου να συνδέεται με τους άλλους με τρόπους που να προωθούν την ασφάλεια και τη σταθερότητα (Van de Kolk et al, 2005). Οι αλλαγές αυτές ενδέχεται να εμποδίζουν τη διαμόρφωση υγιών σχέσεων και αντίθετα να οδηγούν σε σχέσεις που βρίθουν αστάθειας και χάους και που έχουν το ενδεχόμενο επιπρόσθετης κακοποίησης, θυματοποίησης και απώλειας. Τα τραυματισμένα άτομα πολύ συχνά τείνουν να σχηματίζουν σχέσεις με ανθρώπους που κι οι ίδιοι έχουν κάποιο άλλο τραύμα ή έχουν βιώσει απώλειες και έχουν κι οι ίδιοι σχεσιακά ελλείμματα και ανάγκες. Το αποτέλεσμα της συνάντησης των δυο αυτών ανθρώπων είναι η ενεργοποίηση μέσω διαδραματίσεων των σχέσεων με τα άτομα προσκόλλησης του παρελθόντος (Basham & Miehl, 2004).

### **5.3 Τραύμα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά**

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, με αποκορύφωμα τη πράξη αυτοκτονίας, θεωρείται ένα σύνθετο και πολύπλοκο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, το οποίο παρουσιάζει αυξητικές τάσεις στις περισσότερες χώρες του κόσμου (Κονταξάκης &

Χαβάκη- Κονταξάκη, 2005). Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί ως συντελεσθείσα αυτοκτονία, απόπειρα αυτοκτονίας, παρα- αυτοκτονία ή προμελετημένη αυτό-προκαλούμενη βλάβη. Εκτός από τον όρο «αυτοκτονία», ο οποίος δηλώνει μια τετελεσμένη πράξη, όλοι οι υπόλοιποι όροι εμπεριέχουν την έννοια της πιθανής ή δυνητικά τετελεσμένης αυτοκαταστροφικής πράξης που ενέχει πάντα ως βάση τη πρόθεση του ατόμου (Χαβάκη- Κονταξάκη, 2007).

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι οι άνδρες, κυρίως μέσης ή προχωρημένης ηλικίας, αυτοκτονούν συχνότερα από τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες, κυρίως νεαρής ηλικίας προβαίνουν σε περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας. Η εξήγηση αυτού του φαινομένου είναι σύνθετη. Η πρώτη παρατήρηση που δίνεται αφορά τους τρόπους αυτοκτονίας που επιλέγουν τα δύο φύλα. Οι γυναίκες δηλαδή συνήθως προτιμούν τη δηλητηρίαση με φάρμακα, μία κατάσταση που αν αντιμετωπιστεί εγκαίρως ιατρικά δεν καταλήγει σε θάνατο. Αντίθετα, οι άντρες επιλέγουν πιο βίαιους τρόπους, όπως για παράδειγμα απαγχονισμό και όπλα, που οδηγούν τις περισσότερες φορές σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις. Μία άλλη παρατήρηση αφορά το διαχρονικό κοινωνικό στερεότυπο του άντρα που θεωρεί την αποτυχία μια επιχειρούμενης αυτοκτονίας μη αποδεκτή. Επίσης, οι γυναίκες αναζητούν βοήθεια προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους, ενώ οι άντρες «ωθούνται» από την κοινωνία να λύσουν μόνοι τους τα προβλήματα προκειμένου να ανταποκριθούν στον ρόλο του «δυνατού» (Χαβάκη- Κονταξάκη, 2007).

Έκτος από την αυτοκτονία, που αποτελεί τη περισσότερο θορυβώδη μορφή των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, υπάρχουν πολλές μορφές αυτοπροκαλούμενης σωματικής βλάβης οι οποίες ανάλογα με το μέγεθος της προκαλούμενης σωματικής βλάβης, κυμαίνονται από ηπιότερες (πχ αυτοπροκαλούμενες βλάβες του δέρματος) έως βαρύτερες (ακρωτηριασμοί, εισαγωγή αιχμηρών αντικειμένων). Υποστηρίζεται ότι οι διάφορες αυτοπροκαλούμενες βλάβες του δέρματος (κόψιμο με ξυράφι, κάψιμο με τσιγάρο) δεν έχουν πρόθεση το θάνατο, αλλά μέσω της αλλαγής της εικόνας του εαυτού εκτονώνεται το άγχος και η εσωτερική ένταση του ατόμου. Ο εξωτερικός αυτοπροκαλούμενος πόνος έρχεται να μειώσει, αντικαταστήσει, εξαφανίσει τον ψυχικό πόνο. Η αποσύνδεση από τον πόνο αποτελεί το συχνότερο επακόλουθο του αυτοτραυματισμού. Αρκετοί ασθενείς αναφέρουν ότι αισθάνονται μουνδιασμένοι και νεκροί πριν βλάψουν τον εαυτό τους (Greenspan & Samuel, 1989· Walsh & Rosen,

1988). Συχνά ισχυρίζονται ότι δεν αισθάνονται καθόλου πόνο κατά τη διάρκεια του τραυματισμού τους, ενώ αναφέρουν και ένα αίσθημα ανακούφισης αμέσως μετά. Τα επεισόδια αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών συνήθως έπονται αισθημάτων απογοήτευσης και εγκατάλειψης (van der Kolk, Perry & Herman, 1991).

Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές θεωρούνται επίσης και αυτές που δεν συνδέονται άμεσα με την αυτοκτονία, αλλά είναι δυνατόν να προκαλέσουν βαριά σωματική βλάβη ή και θάνατο. Σε αυτές περιλαμβάνονται η επικίνδυνη οδήγηση, η κατάχρηση ουσιών, η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ, η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως προκύπτει από την βιβλιογραφία, διαφέρουν αρκετά από τις αυτοκτονικές συμπεριφορές ως προς την πρόθεση, τη θνησιμότητα, την ηλικία έναρξης, τον επιπολασμό μεταξύ των δύο φύλων και ως προς το διαπροσωπικό νόημα (Pattison & Kahan, 1983. Stone, 1987. van der Kolk et al,1991).

Τυπικά, η σκόπιμη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ξεκινάει κατά την εφηβεία και περιλαμβάνει πολλά επεισόδια και ποικιλία μεθόδων μεταξύ των οποίων κόψιμο, κάψιμο, χτυπήματα στο σώμα, σπάσιμο οστών, τρύπημα (Favazza, 1989). Σε αντίθεση με τους αυτό- τραυματισμούς, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές δεν θεωρούνται ότι προσφέρουν ανακούφιση, επαναλαμβάνονται λιγότερο συχνά και έχουν μικρότερη επικοινωνιακή αξία (Pattison & Kahan, 1983).

## **5.4 Τραύμα και επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή: ερευνητικά δεδομένα**

### **5.4.1 Τραύμα και διαπροσωπικές σχέσεις**

Οι σχετικές έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με την επίδραση που έχουν οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου κατά την ενήλικη ζωή θα παρουσιαστούν με χρονολογική σειρά από την παλαιότερη μέχρι τη πιο πρόσφατη.

Οι Briere & Runtz, ήταν από τους πρώτους ερευνητές που θέλησαν να διερευνήσουν την σχέση μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη παιδική ηλικία και διαφόρων ψυχοκοινωνικών παραγόντων κατά την ενήλικη ζωή. Μεταξύ των παραγόντων αυτών συμπεριέλαβαν τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και τη διαπροσωπική λειτουργικότητα. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι η πρώιμη σεξουαλική κακοποίηση συνδέεται με απόπειρες αυτοκτονίας και επικίνδυνες σεξουαλικές



συμπεριφορές (συνέρευση με πολλαπλούς θύτες), με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, ενοχή, αυτομομφή, αίσθημα αβοηθητότητας τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν αρνητικά τις ενήλικες διαπροσωπικές τους σχέσεις (Briere & Runtz, 1986).

Σε μία διαχρονική έρευνα, στην οποία συμμετείχαν 384 υποκείμενα, διερευνήθηκε η επικράτηση των τραυματικών εμπειριών, όπως αυτές ορίζονται από το DSM-III-R και η επίπτωση τους στη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα σε κοινοτικό εφηβικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περισσότεροι από τα δύο πέμπτα των εφήβων είχαν την εμπειρία τουλάχιστον ενός τραύματος μέχρι την ηλικία των 18 ετών. Η PTSD αναπτύχθηκε στο 14,5% αυτών των εφήβων και στο 6,3% του συνολικού δείγματος. Νέοι με πρώιμο τραύμα που ανέπτυξαν στην ενήλικη ζωή PTSD, έδειξαν εκτεταμένες δυσκολίες στην ηλικία των 18, περιλαμβάνοντας περισσότερο γενικά συναισθηματικά προβλήματα και συμπεριφοράς, διαπροσωπικά προβλήματα, ακαδημαϊκή αποτυχία, αυτοκτονική συμπεριφορά και προβλήματα υγείας, καθώς και έναν αυξημένο κίνδυνο για επιπλέον διαταραχές. Ένα εντυπωσιακό εύρημα ήταν ότι νέοι που είχαν την εμπειρία τραυμάτων, αλλά δεν ανέπτυξαν PTSD έδειξαν επίσης ελλείμματα σε αρκετές από τις παραπάνω περιοχές όταν συγκρίθηκαν με τους συνομηλίκους τους που δεν είχαν την εμπειρία τραυμάτων (Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost, Cohen, 1995).

Οι Davis, Petretic-Jackson & Ting (2001), θέλησαν να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ διαπροσωπικής λειτουργικότητας και πρώιμης κακοποίησης, χρησιμοποιώντας ένα δείγμα 315 γυναικών που φοιτούσαν σε Πανεπιστήμιο. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που ανέφεραν κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία είχαν χαμηλότερη ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων στο παρελθόν, μεγαλύτερο φόβο για εγγύτητα και μεγαλύτερη συμπτωματολογία τραύματος συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν είχαν κακοποιηθεί. Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε, ότι, σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, εκτεταμένη ψυχολογική κακοποίηση, τρέχουσες σεξουαλικές ενασχολήσεις, αμυντική αποφυγή, αποσύνδεση και εμπειρίες που εισβάλλουν συνεχώς στον ψυχισμό ήταν σημαντικοί προάγγελοι για τον φόβο της εγγύτητας. Η σεξουαλική κακοποίηση ή οι πολλαπλές εμπειρίες κακοποίησης στην παιδική ηλικία επηρέασαν τη ποιότητα των ενήλικων διαπροσωπικών σχέσεων.

Σε μεταγενέστερη έρευνα βρέθηκε ότι τα υποκείμενα που ανέφεραν σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία είχαν υψηλότερη επικράτηση της τάσης να πληγωθούν

και βίωναν τους άλλους ως αυστηρούς και σκληρούς. Εκείνοι που ανέφεραν σωματική παραμέληση είχαν υψηλότερη επικράτηση της ανάγκης να τους παρηγορήσουν. Υποκείμενα που βίωσαν ουσιαστικούς αποχωρισμούς κατά την παιδική ηλικία, αισθανόντουσαν αργότερα λιγότερη αυτοπεποίθηση σε διαπροσωπικές καταστάσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης, ότι, υποκείμενα που είχαν πρόσβαση σε έναν φροντιστή/έμπιστο πρόσωπο, είχαν λιγότερη ανάγκη για αγάπη. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 119 υποκείμενα (Drapeau & Perry, 2004).

Η έρευνα των Alpher και France (1993), έδειξε ότι το πρώιμο τραύμα και κυρίως το τραύμα που αφορά σεξουαλική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, επηρεάζει τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες που έχει το τραυματισμένο άτομο στις ενήλικες διαπροσωπικές του σχέσεις. Οι αντιλήψεις αυτές απορρέουν από τη σχέση που είχε το άτομο με αυτόν που του προκάλεσε το τραύμα, οι οποίες, σύμφωνα πάντα με την έρευνα, χαρακτηρίζονται από φόβο, εχθρότητα και ανάγκη ελέγχου. Το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα ήταν 20 ενήλικες ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν σε ψυχιατρική κλινική εξαιτίας αποσυνδεδετικών συμπτωμάτων.

#### **5.4.2 Τραύμα και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές**

Οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκαταστροφικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών (Τριποδιανάκης & Σαραντίδης, 2009). Ευρήματα από κλινικές μελέτες έχουν βρει ότι αρκετοί ενήλικες που παρουσιάζουν αυτό- καταστροφικές συμπεριφορές έχουν ιστορικό πρώιμου τραύματος και διαταραγμένη γονεϊκή σχέση. Μία ανασκόπηση των ερευνών που αφορούν τη σχέση του παιδικού τραύματος και την ύπαρξη αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών κατά την ενήλικη ζωή παρουσιάζεται στη συνέχεια κατά χρονολογική σειρά.

Μία από τις πιο σημαντικές έρευνες (σημαντική εξαιτίας των αναφορών που γίνονται σε αυτή στην μετέπειτα βιβλιογραφία του τραύματος) στην οποία διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών και πρώιμου τραύματος ήταν αυτή των Van Der Kolk και συν. (1991). Συγκεκριμένα, στην έρευνα αυτή διερευνήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ του τραύματος στην παιδική ηλικία, την διαταραγμένη προσκόλληση και την αυτοκαταστροφικότητα. Εβδομήντα τέσσερα υποκείμενα με διαταραχές προσωπικότητας ή διπολική διαταραχή παρακολούθηθηκαν για ένα μέσο όρο τεσσάρων ετών και ελέγχθησαν για τυχόν εκδηλώσεις αυτοκαταστροφικής

συμπεριφοράς, όπως απόπειρες αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμό και διαταραχές διατροφής. Αυτές οι συμπεριφορές συσχετίστηκαν μετά με αυτό-αναφορές τραύματος στην παιδική ηλικία, διάσπαση της γονεϊκής φροντίδας και αποσυνδεδετικά φαινόμενα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν ότι το ιστορικό σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία αποτελούσε, σε υψηλό στατιστικά βαθμό, σημαντικό προάγγελο για αυτοκοψίματα και απόπειρες αυτοκτονίας. Στην επαναξιολόγηση, τα υποκείμενα με τα περισσότερα σοβαρά ιστορικά αποχωρισμού, παραμέλησης και εκείνα με παρελθούσα σεξουαλική κακοποίηση συνέχιζαν να είναι αυτοκαταστροφικά. Η φύση του τραύματος και η ηλικία του υποκειμένου όταν συνέβη το τραύμα επηρέαζε τον χαρακτήρα και την σοβαρότητα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Το τραύμα στην παιδική ηλικία συμβάλλει στην έναρξη της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, αλλά η έλλειψη ασφαλούς προσκόλλησης την διατηρεί. Ασθενείς που επανειλημμένα κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας ή εμπλέκονται σε χρόνια αυτοκοψίματα είναι επιρρεπείς σε τρέχοντα άγχη σαν μια επιστροφή του τραύματος στην παιδική ηλικία. Εμπειρίες που σχετίζονται με διαπροσωπική ασφάλεια, θυμό και συναισθηματικές ανάγκες μπορεί να προκαλέσουν αποσυνδεδετικά επεισόδια και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Η έρευνα των Boudewyn και Liem (1995), θέλησε να διερευνήσει το κατά πόσο η σεξουαλική κακοποίηση που έλαβε χώρα στην παιδική ηλικία λειτουργεί ως προάγγελος αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στους ενήλικες, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις διαφορές του φύλου. Στην έρευνα συμμετείχαν 173 άνδρες και 265 γυναίκες, φοιτητές- εθελοντές από τα εισαγωγικά μαθήματα ψυχολογίας σε δύο αστικά κολέγια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο πιο συχνή και σοβαρή η σεξουαλική κακοποίηση, τόσο περισσότερη αυτοκαταστροφικότητα αναφέρεται στην ενήλικη ζωή.

Παρόμοια έρευνα διεξήχθη το 2004 σε 125 γυναίκες με καταθλιπτική διαταραχή από τους Gladstone, Parker, Mitchell, Malhi, Wilhelm, Austin. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από καταθλιπτικές γυναίκες με και χωρίς ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία προκειμένου να χαρακτηριστούν κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία διακρίνουν τις δύο ομάδες και να εξεταστούν οι σχέσεις της σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία με την ηθελημένη αυτοκαταστροφικότητα και την πρόσφατη διαπροσωπική βία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, ανέφεραν περισσότερη σωματική και συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, αλλά και γονεϊκή διαμάχη στο σπίτι.

Οι δύο ομάδες ήταν όμοιες όσον αφορά στην σοβαρότητα της κατάθλιψης, αλλά οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία ήταν περισσότερο πιθανό να έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας ή/και να έχουν εμπλακεί σε ηθελημένη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Έρευνα που έγινε σε δείγμα γυναικών (N= 50), που κρατούνταν σε πλαίσιο υψηλής ασφάλειας, θέλησε να διερευνήσει τους διαμεσολαβητικούς μηχανισμούς μεταξύ παιδικού τραύματος και επακόλουθου ηθελημένου αυτοτραυματισμού. Η στατιστική επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων έδειξε ότι η συχνότητα του ηθελημένου αυτοτραυματισμού συνδεόταν με χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυξημένη ψυχική αποσύνδεση, θυμό (που κατευθύνεται μέσα και έξω από τον εαυτό), παρορμητικότητα και ένα ιστορικό σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης (Jones, MacLeod, Power, Duggan, 2000).

Μία έρευνα που διεξήχθη σε φυσιολογικό πληθυσμό ήταν αυτή των Sansone, Sansone & Wiederman (1995). Σκοπός της ήταν η διερεύνηση της επικράτησης ενός ευρέος φάσματος κακοποιήσεων (σεξουαλική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, παραμέληση καθώς και μαρτυρία βίας) σε ένα περισσότερο φυσιολογικό δείγμα (υποκείμενα προερχόμενα από ένα πρωτοβάθμιο πλαίσιο φροντίδας) και στη συνέχεια η αποσαφήνιση ως προς τη σχέση μεταξύ αυτών των ποικίλων τύπων της κακοποίησης και των συμπτωμάτων της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, αλλά και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ενσωματώθηκαν σε αυτή την έρευνα λόγω της σύνδεσης τους με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Τα υποκείμενα ήταν 152 γυναίκες, 18-45 ετών οι οποίες είχαν προγραμματίσει να κάνουν γυναικολογικές εξετάσεις ρουτίνας από γυναίκα οικογενειακή γιατρό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σεξουαλική κακοποίηση και το να είναι κάποιος μάρτυρας βίας ήταν περισσότερο συνδεδεμένα με συμπτώματα οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Σεξουαλική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση και μαρτυρία της βίας ήταν περισσότερο συνδεδεμένα με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Αυτή η έρευνα αποδεικνύει περισσότερο ότι η κακοποίηση είναι ένας μη ειδικός παράγοντας που συμβάλλει σε ψυχοπαθολογικές διαδικασίες και πιο συγκεκριμένα σε συμπτώματα οριακών προσωπικοτήτων με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Μία έρευνα, η οποία διεξήχθη σε εφηβικό πληθυσμό και η οποία έλαβε υπόψη

της το πολιτισμικό υπόβαθρο ήταν αυτή των Zoroglu, Tuzun, Sar, Tutkun, Savas, Ozturk, Alyanac, & Kora (2003). Η συγκεκριμένη έρευνα θέλησε να προσδιορίσει την συχνότητα της κακοποίησης και της παραμέλησης στην παιδική ηλικία, τη διερεύνηση της σχέσης τους με απόπειρες αυτοκτονιών και αυτοτραυματισμού σε έναν μη-Δυτικό πολιτισμό. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 862 μαθητών Λυκείου. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι κάθε τύπος τραύματος συνέβαλε στις απόπειρες αυτοκτονίας και στον αυτοτραυματισμό.

Η επόμενη έρευνα αφορά τη σχέση μεταξύ πρώιμου τραύματος και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές κατά την ενήλικη ζωή σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς (N= 54). Συγκεκριμένα εξετάστηκαν δύο ερευνητικές υποθέσεις σχετικά με την προέλευση του αυτοτραυματισμού. Η πρώτη υπόθεση αναφέρει, ότι, ο αυτοτραυματισμός προέρχεται από την παιδική κακοποίηση και τις εμπειρίες της παραμέλησης. Η δεύτερη υπόθεση εξετάζει τον αυτοτραυματισμό σαν αποτέλεσμα προβλημάτων που αφορούν στον έλεγχο της παρόρμησης. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας υποστηρίζουν την πρώτη παρά τη δεύτερη υπόθεση, υπογραμμίζοντας, ότι, ο αυτοτραυματισμός στους ψυχιατρικούς ασθενείς συνδέεται με αρνητικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, κακοποίηση και παραμέληση. Ασθενείς που ενεπλάκησαν σε αυτοτραυματισμό ανέφεραν περισσότερες τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία (Nijman, Dautzenberg, Merckelbach, Jung, Wessel, Campo, 1999).

Στην συνέχεια, παρουσιάζεται μια έρευνα που μελέτησε τους παράγοντες κινδύνου για ηθελημένο αυτοτραυματισμό σε φοιτητές (N= 133 φοιτητές ψυχολογίας). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μη ασφαλής προσκόλληση, ο αποχωρισμός κατά την παιδική ηλικία, η συναισθηματική παραμέληση, η σεξουαλική κακοποίηση και η αποσύνδεση υπήρξαν σημαντικοί προάγγελοι του αυτοτραυματισμού (Gratz, Conrad, Roemer, 2002).

Μια σχετική με φοιτητικό πληθυσμό έρευνα είχε ως στόχο τη διερεύνηση του ρόλου της κακομεταχείρισης στη παιδική ηλικία, της δυσκολίας έκφρασης συναισθημάτων και της έντασης του συναισθήματος/αντιδραστικότητα-affect intensity/reactivity στην συμπεριφορά αυτοτραυματισμού. Η έρευνα χρησιμοποίησε ως δείγμα 249 γυναίκες- φοιτήτριες ψυχολογίας (Gratz, 2006). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η κακομεταχείριση κατά την παιδική ηλικία και η χαμηλή ένταση θετικού συναισθήματος/αντιδραστικότητα χαρακτήριζαν τις γυναίκες που

αυτοτραυματίζονταν συχνά σε σύγκριση με αυτές που δεν είχαν ιστορικό αυτοτραυματισμού. Μεταξύ των γυναικών με ιστορικό αυτοτραυματισμού, η δυσκολία συναισθηματικής έκφρασης συνδυαζόταν με περισσότερο συχνό αυτοτραυματισμό, με περισσότερα ποσοστά κακομεταχείρισης και χαμηλότερα επίπεδα έντασης θετικού συναισθήματος/αντιδραστικότητας.

Μια έρευνα που είχε ως σκοπό τη διερεύνηση του σεξουαλικού τραύματος που συνέβη από την ηλικία των 12 ετών μέχρι την ηλικία των 18 ετών έδειξε ότι η σεξουαλική επίθεση, η έκθεση σε πολλαπλό τραύμα και ειδικότερα η συνεχιζόμενη κακοποίηση ακόμα και αν συμβούν μόνο στην εφηβεία, ακόμη κι αν το τραυματικό γεγονός ή τα τραυματικά γεγονότα είναι από τη φύση τους μη-σεξουαλικά, συμβάλλουν σε επικίνδυνες σεξουαλικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, οι οποίες έχουν τη πιθανότητα να βλάψουν την υγεία και να απειλήσουν τη ζωή του ατόμου (Green, Krupnick, Stockton, Goodman, Corcoran & Petty, 2005). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 363 δευτεροετείς φοιτήτριες από έξι πανεπιστημιούπολεις.

Η σχέση της σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη παιδική ηλικία με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κατά την ενήλικη ζωή φάνηκε και από μια διαχρονική έρευνα η οποία μελέτησε γυναίκες από το 1987 μέχρι το 2000 από τους Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, & Putnam (2003). Η έρευνα έγινε σε κακοποιημένες γυναίκες που είχαν παραπεμφθεί από προστατευτικές υπηρεσίες, στην Washington. Τα κριτήρια για να συμπεριληφθεί κάποιος στην έρευνα ήταν τα ακόλουθα: α) το θύμα να είναι θήλυ ηλικίας 6-16, β) η σεξουαλική κακοποίηση είχε να κάνει με γενετήσια επαφή και/ή διείσδυση γ) αυτός που διέπραξε την σεξουαλική κακοποίηση ήταν μέλος της οικογένειας περιλαμβάνοντας πατέρα, θετό πατέρα, φίλος της μητέρας που ζει μαζί τους ή άλλος συγγενής δ) ένας μη-κακοποιητικός γονέας ή κάποιος που πρόσεχε το παιδί (συνήθως η μητέρα του παιδιού) επιθυμούσε να συμμετάσχει. Το δείγμα σύγκρισης συγκεντρώθηκε μέσω κοινοτικής διαφήμισης. Οι αναλύσεις έδειξαν, ότι, συγκρινόμενες με τις μη κακοποιημένες συμμετέχουσες, οι σεξουαλικά κακοποιημένες ήταν τέσσερις φορές πιθανότερο να έχουν προκαλέσει επακόλουθο αυτοτραυματισμό (με τη μορφή απόπειρας αυτοκτονιών ή αυτοτραυματισμών). Οι σεξουαλικά κακοποιημένες γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά σωματικής επαναθυματοποίησης (με περισσότερη κοινή την ενδοοικογενειακή βία), ενώ ανέφεραν επακόλουθα τραύματα στην διάρκεια της ζωής σε σχέση με τις συμμετέχουσες που αποτέλεσαν το δείγμα σύγκρισης.

Μία παρόμοια έρευνα που περιελάμβανε γυναίκες ενήλικες ασθενείς, οι οποίες είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά από μέλη της οικογένειας στη παιδική- εφηβική ηλικία, έδειξε κι αυτή, ότι, η συμπεριφορά αυτοτραυματισμού και η σεξουαλική κακοποίηση είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους, ενώ και οι δύο σχετίζονται με διαταραχές διατροφής και ειδικότερα τη νευρική ανορεξία (Baral, Kora, Yuksel & Sezgin, 1998).

Οι Kaplan, Pelcovitz, Salzinger, Mandel, Weiner, Labruna (1999), εξέτασαν 99 σωματικά κακοποιημένους έφηβους ηλικίας 12 έως 18 ετών με σκοπό να εκτιμήσουν αν και τον βαθμό στον οποίο η σωματική κακοποίηση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονικές συμπεριφορές. Οι έφηβοι αυτοί συγκρίθηκαν με μια ομάδα μη κακοποιημένων εφήβων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι σωματικά κακοποιημένοι έφηβοι βίωναν ένα συνδυασμό παραγόντων κινδύνου που σχετίζονταν με αυξημένες αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές. Επιπλέον, έγινε περιγραφή ενός μοντέλου που πρότεινε μια έμμεση σχέση μεταξύ σωματικής κακοποίησης και κινδύνου για αυτοκτονία.

Η έρευνα των Brown, Cohen, Johnson, Smailes, (1999), διερεύνησε την επίδραση που έχει η παραμέληση και η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση που έλαβαν χώρα στη παιδική ηλικία, στην ενήλικη κατάθλιψη και αυτοκτονική συμπεριφορά. Μία ομάδα 776 τυχαία επιλεγμένων παιδιών ερευνήθηκε από ένα μέσο όρο ηλικίας 5 ετών έως την ενηλικίωση το 1975, 1983, 1986 και 1992 κατά την διάρκεια μιας περιόδου 17 ετών. Οι αξιολογήσεις περιλάμβαναν μια γκάμα παιδικών, οικογενειακών και περιβαλλοντικών κινδύνων και ψυχιατρικών διαταραχών. Το ιστορικό κακοποίησης προσδιορίστηκε από κρατικά αρχεία κακοποίησης και από αυτό-αναφορές στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης σε 639 νέους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι άτομα με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης είναι σε σοβαρότερο κίνδυνο να γίνουν καταθλιπτικοί ή αυτοκτονικοί κατά την εφηβεία και ως ενήλικες.

Τέλος, οι Yeo και Yeo (1993), θέλησαν να προσδιορίσουν το κατά πόσο παλαιότερο ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για επανειλημμένο ηθελημένο αυτοτραυματισμό. Η έρευνα περιελάμβανε 178 ασθενείς νοσηλευόμενους για ηθελημένο αυτοτραυματισμό. Ασθενείς με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έδειξαν ένα σύμπλεγμα τεσσάρων σημαντικών παραγόντων κινδύνου για επανειλημμένο ηθελημένο αυτοτραυματισμό (ανεργία, ηθελημένη αυτοδηλητηρίαση στο παρελθόν, πρόκληση βλάβης στον εαυτό

και ψυχιατρική ασθένεια) και ήταν πολύ πιθανό να επαναλάβουν ηθελημένο αυτοτραυματισμό μέσα σε περίοδο 6 μηνών επαναξιολόγησης.



## Κεφάλαιο έκτο

### Μεταβίβαση του τραύματος: Ασυνείδητες ταυτίσεις δια μέσω των γενεών

#### 6.1 Θεωρητική προσέγγιση στο διαγενεακό τραύμα

Ο όρος ιστορικό ή διαγενεακό τραύμα αναφέρεται σε ένα τραυματικό γεγονός που μεταγγίζεται μέσω προβλητικών ταυτίσεων στο βρέφος (Βασλαματζής, 2014). Πρόκειται για ένα τραυματικό γεγονός που μεταδίδεται με ασυνείδητους μηχανισμούς, και κατά κάποιον τρόπο «στοιχειώνει» μία οικογένεια μέσω της ψυχοκοινωνικής επιρροής του.

Ο Freud, στο πλαίσιο της έρευνας του για τις εκφράσεις της ιδεοψυχαναγκαστικής νεύρωσης αναφέρει ότι το άτομο που υποφέρει από ψυχαναγκασμούς και απαγορεύσεις συμπεριφέρεται σαν να είναι υπό την ασυνείδητη κυριαρχία της ενοχής. Για τον λόγο αυτό οι τελετουργίες του ξεκινούν ως πράξη άμυνας και ασφάλειας ή αλλιώς ως μέσο προστασίας (Freud, 1907). Στο πλαίσιο του μοντέλου μετάδοσης ασυνείδητων φαντασιώσεων από τη μία γενιά στην άλλη, ο απόγονος της γενιάς που έχει υποστεί τραυματισμό είναι αρκετά πιθανό να «δει να εγγράφεται παρόμοιο τραυματικό ίχνος στη δική του ψυχική οργάνωση, καθώς έχει δεχθεί τη φαντασιωτική μετάδοση του ιστορικού τραυματισμού» (Synodinou, 2000).

Το διαγενεακό τραύμα και η σημασία που έχει για τους απογόνους, αλλά και για όλη εν τέλει τη κοινωνία καθρεφτίζεται στις συλλογικές εκδηλώσεις – τελετές μνήμης, που αφιερώνονται στη μνήμη εκείνων που έχουν χαθεί. Οι εκδηλώσεις αυτές αποτελούν ή σχηματίζουν μια «συλλογική φαντασιωτική οθόνη, η οποία προσφέρει στον απόγονο της γενιάς που υπέστη τον ιστορικό κατακλυσμό ένα πεδίο μετατραυματικής επεξεργασίας, ανάλογης με εκείνη που εγκατέστησε ο ψυχαναγκασμός της επανάληψης» (Synodinou, 2000).

Πώς όμως ένας άνθρωπος εμπλέκεται σε μια ιστορία που ανήκει σε κάποιον άλλον; Πώς μια ιστορία μεταδίδεται από τη μία γενιά στην άλλη?

Ο Freud στο έργο του *On narcissism-An introduction* (1914) περιγράφει τους τρόπους με τους οποίους το παιδί μπορεί να παραμείνει αιχμάλωτο των ναρκισσιστικών ιδανικών των γονιών του, καθώς επίσης και τους τρόπους με τους οποίους η σχέση με το γονικό αντικείμενο μπορεί να είναι ο κληρονόμος ενός τέτοιου ναρκισσισμού. Χαρακτηριστικά ο Freud αναφέρει ότι «Η αγάπη που νιώθουν οι γονείς για το παιδί τους, μια αγάπη που είναι τόσο συγκινητική, αλλά στο βάθος τόσο παιδική, δεν είναι

τίποτα παραπάνω από τον ναρκισσισμό των γονέων, ο οποίος ξαναγεννιέται εκ νέου με τη γέννηση του παιδιού και ο οποίος μετασχηματίζεται σε αντικείμενο- αγάπης, εσωκλείοντας πάντα την προηγούμενη φύση του» (Freud, 1914). Ο ναρκισσισμός του γονιών εν τέλει καταλήγει να ριζώσει στη ψυχή του παιδιού. Η αβοηθητικότητα που συνδέεται με την ανώριμη ψυχική οργάνωση του παιδιού, αποτελεί βασικό στοιχείο στη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο ναρκισσισμός των γονέων αγκιστρώνεται στο ψυχισμό του παιδιού. Η αναγνώριση του παιδιού ως ξεχωριστό άτομο εμπλέκει τους γονείς σε μια ενεργητική επεξεργασία του δικού τους ναρκισσισμού, προκειμένου να του επιτρέψουν να εργαστεί μέσω της οιδιπόδειας θέσης. Αρχικά ο ναρκισσισμός πρέπει να επιβεβαιωθεί από τους άλλους και κυρίως στην αρχή από τη μητέρα και τον πατέρα. Αυτό σημαίνει ότι η σχέση είναι ταυτόχρονα μια σχέση με το αντικείμενο και μια ναρκισσιστική σχέση με τον εαυτό. Το ναρκισσιστικό υποκείμενο δεν ανέχεται τίποτα από το αντικείμενο πέρα αυτού που του προκαλεί ευχαρίστηση (Freud, 1914).

Η Haydee Faimberg (2005), αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη μορφή ταύτισης: την σύμπτυξη των γενεών, όπου σε αυτό το είδος διαδικασίας ταύτισης συμπεκνώνεται μια ιστορία, η οποία τουλάχιστον εν μέρει, δεν ανήκει στη γενιά του ασθενούς και με αυτή την έννοια αναφέρεται σε «αλλοτριωμένες ταυτίσεις». Η σύμπτυξη αυτή των γενεών ανακαλύπτεται μέσω των ασυνείδητων ταυτίσεων που αποκαλύπτονται κατά τη μεταβίβαση.

Οι γονείς ασθενών με διαγενεακό τραύμα μπορούν να ιδωθούν όχι από το πρίσμα της υλικής πραγματικότητας ή του τι θα μπορούσαν να είναι πραγματικά στο παρελθόν, αλλά υπό το πρίσμα της ενεργοποίησης στη μεταβίβαση, σαν δηλαδή κάτι που έχει εντυπωθεί στη ασυνείδητη ψυχική πραγματικότητα του ασθενή. Ο ασθενής ασυνείδητα ταυτίζεται με αυτούς τους «εσωτερικούς γονείς», οι οποίοι είναι οι οργανωτές του ψυχισμού του. Αυτό σημαίνει ότι είναι ο ίδιος ο ασθενής που λειτουργεί σύμφωνα με τον μηχανισμό του ναρκισσισμού. Για το λόγο αυτό είναι μια αλλοτριωμένη ή διασπασμένη ταυτότητα του Εγώ, εφόσον η αιτία της βρίσκεται στην ιστορία των «άλλων»

Συμπερασματικά, οι αλλοτριωμένες ταυτίσεις (αλλοτριωμένες διότι εξαρτώνται μερικώς από συγκρούσεις μια γενιάς που δεν είναι του ασθενή), ανταποκρίνονται στους μηχανισμούς της οικειοποίησης και της παρείσδυσης. Στη λειτουργία της οικειοποίησης οι «εσωτερικοί γονείς» οικειοποιούνται τη θετική του ταυτότητα, ενώ

κατά τη λειτουργία της παρείσδυσης του ορίζουν μια αρνητική ταυτότητα αποβάλλοντας πάνω του όλα όσα απορρίπτουν οι ίδιοι (Fainberg, 2005). Αυτό σημαίνει ότι οι εσωτερικοί γονείς του ασθενή λειτουργούν σε ένα πλαίσιο ναρκισσιστικού καθεστώτος όπως αυτό περιγράφηκε νωρίτερα, στο οποίο δεν μπορούν να αγαπήσουν το παιδί χωρίς να οικειοποιηθούν τη ταυτότητα του και δεν μπορούν να αναγνωρίσουν την ανεξαρτησία του χωρίς να το «μισήσουν» και χωρίς να το υποβάλουν στη δική τους ιστορία μίσους.

Η ανακάλυψη ενός συγκεκριμένου είδους ταύτισης ανοίγει το μονοπάτι στη ιστορικοποίηση. Ο ασθενής με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνει την επανατοποθέτηση του στη διαδοχή των γενεών. Η αντανάκλαση επικεντρώνεται στη σχέση που υπάρχει μεταξύ του γονεϊκού ναρκισσισμού και της διαδικασίας της ασυνείδητης ταύτισης. Εάν η ναρκισσιστική αγάπη των γονιών σημαίνει «να παίρνουν μακριά από το παιδί αυτό που του δίνει ευχαρίστηση, σαν συνέπεια όταν το παιδί διαφοροποιείται, «το μισούν». Ό,τι οι γονείς μισούν στο παιδί τους είναι επίσης αυτό που μισούν στον εαυτό τους (Bion 1965· Faimberg, 2005· Klein 1952·Winnicott 1947). Ένας τρόπος για να απελευθερωθεί κανείς από τον ναρκισσιστικό έλεγχο των εσωτερικών – εσωτερικευμένων γονέων, είναι να ορίσει τον εαυτό του ως «μισητό», προκειμένου να επιτύχει τον αποχωρισμό. Ένας άλλος τρόπος είναι να αφομοιωθεί με όλα αυτά που μισούνται στην ιστορία των γονέων, να μην διαφοροποιηθεί δηλαδή από τους γονείς. Η πρώτη λύση, αν και επιτυγχάνεται μέσω του μίσους διατηρεί την απόσταση μεταξύ του Εγώ και του αντικειμένου, ενώ στη δεύτερη περίπτωση η απόσταση που χαρακτηρίζει την απώλεια του αντικειμένου δεν έχει εγκατασταθεί.

Σύμφωνα με τους ψυχαναλυτές Abraham και Torok, το ψυχικό τραύμα μεταδίδεται απευθείας από το ασυνείδητο των γονέων σε αυτό του παιδιού, χωρίς να προηγείται κανένα είδος λεκτικής επικοινωνίας (Abraham & Torok, 1984). Υπάρχει απλά ένα «κενό στο λόγο». Αυτό λειτουργεί ως τροχοπέδη στη διαδικασία της σταδιακής διαφοροποίησης μεταξύ τους, που είναι αναγκαία για την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού. (Μανιαδάκης, 2006). Το παιδί κατά τη γέννηση του μοιράζεται το ασυνείδητο των γονέων του δίπλα στο απωθημένο υλικό που έχει συσσωρευτεί από τις εμπειρίες του ίδιου του παιδιού. Το «φάντασμα» είναι μια παθολογική διπλή ενότητα η οποία εμφανίζεται όταν η φυσιολογική διαδικασία εξατομίκευσης και αποχωρισμού του παιδιού από τους γονείς παρεμποδίζεται από τη

παρουσία ενός κενού στο λόγο των τελευταίων. Αυτό σημαίνει ότι τα μυστικά που κράτησαν οι γονείς ή ένα άλλο μέλος της οικογένειας μιας περασμένης γενιάς, επιστρέφουν και καταδιώκουν το παιδί. Αυτά τα αβάσταχτα και ανείπωτα μυστικά είναι θαμμένα στην «κρύπτη», η οποία αποτελεί ένα ψευδές ασυνείδητο τοποθετημένο δίπλα στο ασυνείδητο των γονιών. Η «κρύπτη» διαφέρει από την απόθεση σε αυτό: μπορεί να περιέχει και μυστικά που είναι συνειδητά κρυμμένα. Και ο λόγος είναι ότι για να σχηματιστεί η κρύπτη αρκεί να απαλειφτούν οι λέξεις από την ομιλία και να καλυφθούν με σιωπή. Το παιδί που κληρονομεί μερίδιο στη κρύπτη των γονιών του δέχεται την επίσκεψη του φαντάσματος, αλλά το φάντασμα διαφέρει και αυτό από την ανάδυση απωθημένου υλικού γιατί σε αυτή τη περίπτωση αυτό που επιστρέφει για να καταδιώξει τα παιδί ανήκει στο ασυνείδητο κάποιου άλλου προσώπου.

Οι πρώιμες εμπειρίες φόβου διαμορφώνουν τις μετέπειτα αντιδράσεις στο τραύμα και αυξάνουν τον κίνδυνο η περιοριστική αυτή αντίδραση να μεταβιβαστεί από γενιά σε γενιά (Cassidy & Mohr, 2001). Όσο πιο απρόβλεπτο, τραυματικό και τρομακτικό είναι το περιβάλλον που παρέχει τη φροντίδα, τόσο πιθανότερο είναι ότι το βρέφος θα είναι ανίκανο να επινοήσει μια στρατηγική για να είναι οργανωμένο. Η παιδική κακοποίηση είναι ένα από τα πιο δραματικά παραδείγματα τρομακτικής γονικής συμπεριφοράς. Τέτοια βία είναι ταυτόχρονα τρομακτική και προβληματική γιατί δημιουργεί μια ισχυρή σύγκρουση ανάμεσα στην προσέγγιση και την αποφυγή, πυροδοτούμενη από την ταυτόχρονη ενεργοποίηση συστημάτων φόβου και προσέγγισης.

Η παιδική κακοποίηση, όμως, δεν είναι ο μόνος τρόπος, με τον οποίο τραυματισμένοι γονείς μπορούν να τραυματίσουν τα βρέφη τους. Γονείς που δεν έχουν επιλύσει το δικό τους τραύμα ή τις απώλειες μπορεί σε κάποιες στιγμές να εμφανίζονται ανεξήγητα τρομαγμένοι στην παρουσία του βρέφους, εξαιτίας αντίδρασης σε κάποιο ερέθισμα (το οποίο μπορεί να είναι ακόμη και το ίδιο το βρέφος) που πιθανόν ασυνείδητα να το έχουν συνδέσει με κάποια τραυματική εμπειρία (Main & Hesse, 1990).

Οι γονείς που είναι οι ίδιοι φοβισμένοι, φοβίζονται και ένα βρέφος. Από την προοπτική της προσκόλλησης, οι τρομαγμένοι γονείς μπορεί να τρομάξουν ένα βρέφος γιατί ο φόβος των γονέων μπορεί να αφήσει το παιδί με ανεπαρκή εμπιστοσύνη στην ικανότητα των γονιών να διεκπεραιώσουν το ρόλο τους ως ασφαλή βάση και προστάτες για το βρέφος. Αν και υπάρχουν σίγουρα πολλοί λόγοι για τους οποίους οι γονείς μπορεί να ενεργούν τρομαγμένα, μια σημαντική κατηγορία τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να συνδέεται με τραυματικές εμπειρίες που οι ίδιοι οι γονείς δεν έχουν επιλύσει (Main & Hesse, 1990). Η

πιθανότητα αυτή είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα γιατί τραυματικές εμπειρίες μπορεί να μεταδοθούν από γενιά σε γενιά (Cassidy & Mohr, 2001).

Η κατανόηση της βρεφικής και της ενήλικης αποδιοργάνωσης ισοδυναμεί κατά πολλούς τρόπους με την κατανόηση του τρόπου που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την βαθιά αίσθηση του αβοήθητου. Η αντιμετώπιση τρομακτικών ή προκλητικών συνθηκών χωρίς φανερή λύση μπορεί να οδηγήσει σε ένα πλήθος «στρατηγικών απόγνωσης» συμπεριλαμβανομένων «εξαρτημένη ή παιδιάστικη συμπεριφορά, θυμός και επιθετικότητα ή ψυχρή αποξένωση» (Solomon & George, 1999). Αν και όλες αυτές οι στρατηγικές μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε διάφορες στιγμές από αποδιοργανωμένα άτομα ή και άτομα που δεν έχουν επιλύσει πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, κάποιες έρευνες έχουν δείξει, ότι, αποδιοργανωμένες δυάδες μητέρας-παιδιού χαρακτηρίζονται συχνά από μη-ισορροπημένες σχέσεις, στις οποίες το ένα μέλος τείνει να υιοθετεί μια επιθετική εχθρική στάση και το άλλο μέλος αναλαμβάνει μία καταβεβλημένη, παθητική ανήμπορη, στάση (Lyons-Ruth, Bronfman & Atwood, 1999). Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει, ότι, η δομή τέτοιων δυάδων μπορεί να καθοριστεί εν μέρει από το μοναδικό ιστορικό των μητέρων (Cassidy & Mohr, 2001). Μητέρες με ιστορικό σωματικής κακοποίησης πιθανόν να υιοθετούσαν έναν εχθρικό ρόλο σε σχέση με τα παιδιά τους, ενώ μητέρες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης πιθανόν να αναλάμβαναν το ρόλο της ανήμπορης μητέρας (Lyons-Ruth & Block, 1996). Τα ευρήματα αποτελούν ενδείξεις για τους πολύπλοκους τρόπους με τους οποίους τα αποτελέσματα του τραύματος μπορεί να εκδηλωθούν δια μέσω των γενεών (Cassidy & Mohr, 2001). Έτσι, φαίνεται πιθανόν ότι τα φαινόμενα προσκόλλησης μπορεί να βοηθήσουν στην βαθύτερη κατανόηση της αιτίας, που κάποιοι άνθρωποι είναι πιθανότερο από άλλους να βιώσουν τραύμα, να προκαλέσουν τραυματικές εμπειρίες σε άλλους και να έχουν παθολογικές αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα (Cassidy & Mohr, 2001).

Από τη μελέτη κλινικών περιπτώσεων συμπεραίνεται, ότι, οι πολύ πρώιμες τραυματικές εμπειρίες προσκόλλησης οδηγούν σε μια βασική και διαβρωτική έλλειψη εμπιστοσύνης και ασταθών σχέσεων, οι οποίες μεταδίδονται από τη μια γενιά στην άλλη και δείχνουν πως η είσοδος στη γονεϊκότητα πυροδοτεί στρεβλές προβολές στο μωρό το οποίο καθίσταται τότε ένα δυσλειτουργικό βρέφος (Keren & Tyano, 2005). Όμως, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε, ότι αποδιοργανωμένοι ενήλικες μπορεί να μην έχουν υποφέρει από απώλειες ή τραύματα που να αναγνωρίζονται εύκολα, διότι η αποδιοργάνωση σε περιπτώσεις που οι γονείς τους δεν τους κακοποιούσαν, μπορεί να αντανακλά τα αποτελέσματα στη δεύτερη γενιά, στην οποία οι γονείς επιδεικνύουν και προβάλλουν ανεξήγητο φόβο ή φόβο για το παιδί (Hesse & Main, 1999).

Μελέτες περιπτώσεων στην ψυχοθεραπεία έχουν τεκμηριώσει τέτοια αποτελέσματα στη δεύτερη γενιά σε αποδιοργανωμένους ενήλικους και εφήβους. Τέτοιοι ασθενείς μπορεί να βιώσουν ανεξήγητο φόβο, σύγχυση, τρόμο ή αίσθηση του κακού χωρίς αναμνήσεις κατάφωρης κακοποίησης ή τραυματικής απώλειας. Εξαιτίας αυτής της πιθανότητας, οι θεραπευτές που δουλεύουν με αποδιοργανωμένους ασθενείς, θα πρέπει να προσπαθούν να μαθαίνουν περισσότερα για απώλειες ή τραύματα των γονιών αυτών των ασθενών που ίσως έχουν βιώσει (ιδιαίτερα κατά τα χρόνια ακριβώς πριν και μετά την γέννηση των ασθενών), εκτός από τις απώλειες ή τα τραύματα των ίδιων των ασθενών (Cassidy & Mohr 2001).

Ο Arthur H. Green στην προσπάθειά του να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά των κακοποιημένων παιδιών και του βίαιου περιβάλλοντος, το οποίο μπορεί να διευκολύνει τη μετάδοση της βίας από γενιά σε γενιά, αναφέρθηκε στη χρήση της «ταύτισης με τον επιτιθέμενο» ως τη βασική άμυνα σε συναισθήματα άγχους και αδυναμίας. Τα τραυματικά στοιχεία του συνδρόμου της παιδικής κακοποίησης προκαλούν μια αμυντική προσαρμογή, η οποία προστατεύει το παιδί από τον τωρινό ψυχολογικό όλεθρο με κόστος τη μακροχρόνια δυσπροσάρμοστη βίαιη συμπεριφορά που οδηγεί σε βία προς τα παιδιά του, τον εαυτό του ή άλλους στην επόμενη γενιά. Οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στη βίαιη συμπεριφορά είναι η ταύτιση με το θύτη ή το θύμα που περικλείεται στην ψυχαναγκαστική ή καταναγκαστική επαναδιαδραμάτιση των πρώιμων τραυματικών γεγονότων, παρανοειδή παραμόρφωση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και φόβοι για την απώλεια του αντικειμένου. Η βίαιη συμπεριφορά μπορεί να χρησιμοποιείται αμυντικά για την αντιμετώπιση συναισθημάτων στέρησης και κατάθλιψης ενώ μπορεί να ενισχυθεί από συναισθηματική τύφλωση η οποία εμποδίζει την ανάπτυξη ενσυναίσθησης προς το θύμα (Green, 1985).

## **6.2 Μηχανισμοί μεταβίβασης της βίας – κακοποίησης: ερευνητικά δεδομένα**

Η σωματική και συναισθηματική κακοποίηση των παιδιών από τους γονείς τους αποτελεί ένα τεράστιο θέμα με ποικίλες προεκτάσεις σε ατομικό, ομαδικό και κοινωνικό επίπεδο και το οποίο αποτέλεσε, αλλά και συνεχίζει να αποτελεί, αντικείμενο μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος, όπως προκύπτει από ανασκοπήσεις της σχετικής βιβλιογραφίας. Οι περισσότερες από τις πρώτες αυτές έρευνες έχουν συνδέσει τη κακοποίηση των παιδιών από τους γονείς του με παρόμοιες εμπειρίες που οι ίδιοι οι γονείς είχαν ως παιδιά (Belsky, 1993. Kaufman & Zigler, 1987) καταλήγοντας σε συμπεράσματα όπως : «η βία αναπαράγει βία» (Curtis, 1963) και «το ένα τρίτο των ατόμων που κακοποιήθηκαν ως παιδιά θα κακοποιήσουν ή θα παραμελήσουν σαν γονείς τα δικά τους παιδιά» (Belsky, 1993 Belsky,

1993. Kaufman & Zigler, 1987). Στις οικογένειες που υπάρχει αιμομιξία υπάρχουν συνήθως περισσότεροι από έναν ενήλικα ο οποίος έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά ως παιδί (Coulson, Wallis & Clark, 1994). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, πολλοί λίγοι άνθρωποι φεύγουν από τη παιδική ηλικία χωρίς ουλές, κάτω από τις οποίες ενυπάρχει το πρωταρχικό τραύμα. Οι ουλές αυτές τις παιδικής ηλικίας δημιουργούν στον ενήλικα συμπτώματα, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε τραυματικές εμπειρίες (Grove & Panzer, 1991).

Ωστόσο η υπόθεση αυτή της διαγενεακής μεταβίβασης της κακοποίησης έχει δεχτεί και αρκετή κριτική, στα μετέπειτα χρόνια, που αφορά κυρίως τις διαδικασίες συλλογής δεδομένων, τις διαδικασίες επιλογής του δείγματος αλλά και την ανεπάρκεια των ίδιων των μετρήσεων (Ertem, Levental & Dobbs, 2000). Ένα από τα κύρια προβλήματα πηγάζει από τους διαφορετικούς ορισμούς και χρήση των όρων «παιδική κακοποίηση», «παιδική παραμέληση» και «παιδική κακομεταχείριση» (maltreatment). Οι περισσότερες έρευνες δηλαδή, έχουν αποτύχει να διακρίνουν μεταξύ των παιδιών που έχουν κακοποιηθεί από τα παιδιά που έχουν παραμεληθεί (Widom, 1989), ενώ άλλες ενσωματώνουν τις έννοιες σωματική κακοποίηση, παραμέληση και σεξουαλική κακοποίηση, κάτω από την γενική ομπρέλα «παιδική κακομεταχείριση» (Feerick, Knutson, Trickett, & Flanzer, 2006).

Εάν υπάρχει ένας κύκλος ή μια διαγενεακή μεταβίβαση της κακομεταχείρισης, οι γονεϊκές πρακτικές αποτελούν τον αγωγό μέσω του οποίου η κακομεταχείριση αυτή μεταβιβάζεται. Σύμφωνα με μία μεγάλη κλίμακας έρευνας που διεξήγαγε το «National Research Council Panel on Research on Child Abuse and Neglect», σχεδόν όλες οι συμπεριφορές αναφερόμενης κακομεταχείρισης σε παιδιά, προήλθαν από τους γονείς ή τους φροντιστές τους (National Research Council Panel on Research on Child Abuse and Neglect», 1993). Το ότι τα κακοποιημένα παιδιά κινδυνεύουν να γίνουν γονείς που κακοποιούν μέσω ενός γενεαλογικού κύκλου κακοποίησης, αποτελεί ένα σταθερό εύρημα σε σειρά μελετών (Egeland & Susman- Stillman, 1996. Hemenway, Sonick & Carter, 1994. Pears & Capaldi, 2001). Ωστόσο, η διαγενεακή μεταβίβαση της κακοποίησης δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση ευθύγραμμη σχέση. Στη πραγματικότητα, τα περισσότερα προβλήματα των παιδιών φαίνεται ότι πηγάζουν από το πρώιμο περιβάλλον τους (Cicchetti & Toth, 1998) και από τις αλληλεπιδράσεις που λαμβάνουν χώρα μέσα στην οικογένεια (Cowan, Powel & Cowan, 1998).

Ο τρόπος που ασκείται ο γονεϊκός ρόλος μέσω συγκεκριμένων γονεϊκών πρακτικών, επηρεάζει επίσης τη ποιότητα των αλληλεπιδράσεων γονέα- παιδιού (Mize & Pettit, 1997.

Rohner, 2004. Rutter, 1995). Ένα παράδειγμα της επίδρασης αυτής είναι οι γονείς οι οποίοι βίωσαν δυσκολίες ως προς την ανατροφή τους στη παιδική τους ηλικία και επιδοκιμάζουν τη χρήση της φυσικής τιμωρίας στα δικά τους παιδιά (Ringwalt, Browne, Rosenbloom, Evans & Kotch, 1989). Μητέρες οι οποίες βίωσαν απόρριψη κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερο αρνητικό συναίσθημα απέναντι στα δικά τους παιδιά, ενώ μητέρες, οι οποίες είχαν θετικές σχέσεις με τις δικές τους μητέρες στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, είναι περισσότερο πιθανό να έχουν αναπτύξει μια ασφαλή προσκόλληση και να ανταποκρίνονται θετικά στα δικά τους παιδιά (Gara, Rosenberg & Herzog, 1996). Μία μεταγενέστερη έρευνα, η οποία έλαβε υπόψη της τους μεθοδολογικούς περιορισμούς των προηγούμενων και πραγματοποιήθηκε σε δείγμα προερχόμενο από τον γενικό πληθυσμό, υποστήριξε ερευνητικά την υπόθεση της διαγενεακής μεταβίβασης της παιδικής κακοποίησης, τόσο από τη πλευρά της μητέρας όσο και από τη πλευρά του πατέρα. Επιπλέον, η έρευνα αυτή κατέδειξε ότι η σεξουαλική κακοποίηση που είχαν υποστεί οι γονείς ως παιδιά οδηγεί σε ένα τρόπο άσκησης του γονεϊκού ρόλου που χαρακτηρίζεται επιθετικός για τις μητέρες και απορριπτικός για τους πατέρες (Newcomb & Locke, 2001). Σημαντικό εύρημα της έρευνας αυτής αποτελεί και το ότι οι άνδρες που κακοποιήθηκαν σεξουαλικά έδειξαν χειρότερες γονεϊκές πρακτικές από τις μητέρες οι οποίες έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση.

Στην προσπάθεια να ερμηνευθεί αυτός ο διαγενεακός κύκλος κακοποίησης έχει επίσης υποστηριχθεί ότι οι γονείς με ιστορικό κακοποίησης, αναπτύσσουν μια αμφιθυμία προς τους σημαντικούς άλλους και μεταβιβάζουν αυτή την αμφιθυμία στα δικά τους παιδιά. Αυτή η διαστρεβλωμένη αντίληψη οδηγεί στην αυτό-κατηγορία και σε αισθήματα αβοηθητότητας τα οποία εκδραματίζονται παίρνοντας τη μορφή της κακοποίησης. Το αναπτυξιακό στάδιο το οποίο βρίσκεται ο γονέας, όπως για παράδειγμα η γνωστική ανάπτυξη και το επίπεδο αυτονομίας του, μπορεί κι αυτό να επηρεάσει την επανάληψη της κακοποιητικής συμπεριφοράς (Aber & Zigner, 1981). Οι ανήλικοι γονείς προβάλλουν τη σύγχυση τους ως προς την ταυτότητα τους και ενδέχεται να μεταφέρουν ανεπίλυτες συγκρούσεις αφορούν θέματα αποχωρισμού (Preto & Travis, 1895). Αναφορικά βέβαια με τους ανήλικους γονείς πρέπει να σημειωθεί ότι είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε παράγοντες κινδύνους, όπως είναι η φτώχεια, οι διαταραγμένες σχέσεις με την πρωταρχική οικογένεια, η εγκατάλειψη του σχολείου είτε για αναζήτηση εργασίας είτε για ανατροφή του



παιδιού, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης, που έχουν βρεθεί ότι αυξάνουν τη τάση (tendency) του ατόμου για κακοποίηση (Trad, 1994).

Ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι δεν μπορεί να υποστηριχθεί ερευνητικά ότι όλοι οι γονείς που έχουν ιστορικό κακοποίησης θα κακοποιήσουν τους απογόνους τους. Ερευνητές έχουν καταλήξει στα εξής χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων γονέων: επίγνωση της τραυματικής εμπειρίας που έχουν υποστεί ως παιδιά, ύπαρξη ενσυναίσθησης για τα παιδιά τους, συμμετοχή σε ψυχοθεραπεία, ύπαρξη ενός σταθερού συντρόφου. Συμπερασματικά, το βασικό χαρακτηριστικό των γονέων που δεν επιτρέπουν τη συνέχιση του κύκλου της βίας και της κακοποίησης είναι ο γονιός που μπορεί χρησιμοποιεί τις αντιλήψεις και εμπειρίες του για τις προηγούμενες σχέσεις του με τους σημαντικούς άλλους, προκειμένου να οργανώνει τις τωρινές και μελλοντικές αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά του (Trad, 1994).

### **6.3 Μελέτη του διαγενεακού τραύματος σε φυσιολογικούς ενήλικες**

Ένας από τους παράγοντες που ενδεχομένως θα μπορούσε να επηρεάζει την ευαλωτότητα κάποιων ατόμων απέναντι σε τραυματογόνα συμβάντα, είναι η διαγενεακή μεταβίβαση του τραύματος, που αφορά τη συνειδητή ή ασυνείδητη μεταφορά ψυχικών τραυμάτων και των επιπτώσεών τους από μία γενιά στην άλλη. Το 1966 οι κλινικοί παρατήρησαν ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των παιδιών που είχαν γονείς, άτομα που είχαν επιβιώσει του Ολοκαυτώματος, αναζητούσαν θεραπευτική βοήθεια σε κλινικές του Καναδά. Επίσης βρέθηκε, ότι τα εγγόνια των επιζώντων του Ολοκαυτώματος υπερεκπροσωπούσαν σε ποσοστό 300% μεταξύ των παραπομπών σε ψυχιατρική κλινική παιδιών σε σύγκριση με τα παιδιά στον γενικό πληθυσμό (Fossion, Rejas, Servais, Pelc & Hirsch, 2003). Το φαινόμενο κατά το οποίο τα παιδιά που προέρχονται από γονείς που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα, επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από τα μετα-τραυματικά συμπτώματα των γονέων έχει περιγραφεί από ορισμένους συγγραφείς υπο τον όρο δευτερογενής τραυματισμός. Ο όρος αυτός αναφερόταν στην επίδραση των γεγονότων αυτών στη δεύτερη γενιά, επειδή όμως οι έρευνες έδειξαν ότι οι επιδράσεις αυτές μεταφέρονταν και στη τρίτη γενιά προτιμήθηκε, και τελικά καθιερώθηκε ο όρος διαγενεακή μεταβίβαση του τραύματος. Βασισμένοι στις κλινικές παρατηρήσεις που έκανε η Selma Fraiberg, οι ερευνητές του παιδικού τραύματος όπως είναι οι Byron Egeland, Inge Bretherton και Daniel Schechter, έχουν αναγνωρίσει εμπειρικά τους ψυχολογικούς εκείνους μηχανισμούς που «ευνοούν» τη διαγενεακή μεταβίβαση, στους οποίους περιλαμβάνονται η διάσπαση μέσα στο πλαίσιο της

προσκόλλησης και η «επικοινωνία» των προηγούμενων τραυματικών εμπειριών μέσω των συμπεριφορών των γονέων, οι οποίοι προσπαθούν με αυτό τον τρόπο να διαχειριστούν τα μετατραυματικά τους συμπτώματα (Bretherton, 1990 ·Egeland & Susman-Stillman, 1996· Fraiberg, Adelson, Shapiro, 1975· Schechter, 2003· Schechter, Zygmunt, Coates, Davies, Trabka, McCaw, Kolodji, Robinson, 2007).

Τα παιδιά που έχουν υποστεί πρωτογενή ή δευτερογενή τραυματισμό, παρουσιάζουν συνήθως χαρακτηριστικά διαταραχής μετατραυματικού στρες, όπως είναι για παράδειγμα υπεργρήγορη, αποσύνδεση, δυσκολίες συγκέντρωσης, δυσκολίες στον ύπνο, ευερεθιστότητα και ξεσπάσματα συμπεριφοράς (National Institute of Clinical Excellence, 2005).

Έρευνες υποδεικνύουν ότι οι τραυματισμένοι ενήλικες ενδέχεται να είναι συναισθηματικά ή/και λειτουργικά απόντες για το παιδί τους, γεγονός το οποίο αυξάνει τη πιθανότητα τραυματισμού και ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας στο παιδί (Walker, 1999). Γονείς με ιστορικό τραύματος είναι δυνατόν να «περάσουν» τα τραυματικά τους συμπτώματα ή/και τις αντιδράσεις τους στους απογόνους τους. Η κακοποίηση, η κατάθλιψη, το άγχος, τα ψυχοσωματικά προβλήματα, η επιθετικότητα, οι ενοχές και προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, είναι αρκετά συχνά στα παιδιά των ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα (Felsen, 1998). Το φαινόμενο της διαγενεακής μεταβίβασης του τραύματος κατά τη διάρκεια της βρεφικής και νηπιακή ηλικίας έχει επιβεβαιωθεί από κλινικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί μέσα στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας των βρεφών. Οι Fraiberg, Adelson και Shapiro (1975), στο έργο τους *Ghosts in the Nursery*, περιγράφουν τους τρόπους με τους οποίους παρελθούσες τραυματικές εμπειρίες μπορούν να υπονομεύσουν την ικανότητα του γονέα να προσφέρει επαρκή σωματική και συναισθηματική φροντίδα στο παιδί τους. Στη μελέτη αυτή υποστηρίζεται ότι συγκεκριμένες ευπάθειες, όπως είναι το τραύμα της οικογενειακής βίας ή της εγκατάλειψης, ενδέχεται να περιορίσει την ικανότητα της μητέρας να κατανοεί και να ανταποκρίνεται με ευαισθησία στο βρέφος της έχοντας ως αποτέλεσμα την επανάληψη τους δικού της οδυνηρού παρελθόντος. Οι δυσκολίες στη σχέση φροντιστή- παιδιού έχουν σχετιστεί με την αντίληψη που έχει η μητέρα ότι το παιδί της είναι απειλή (Schechter, Zeanah, Myers, Brunelli, Liebowitz & Marshall, 2004), μια αντίληψη που ενδεχομένως συνδέεται με αισθήματα φόβου τα οποία είναι κοινά στα

άτομα που έχουν βιώσει ψυχικό τραυματισμό (Lyons- Ruth & Block, 1996· Schecter, Brunelli, Cunningham, Brown & Baca, 2002· Steele, Steele & Fonagy, 1996).

Πιο πρόσφατα, η έρευνα έχει αρχίσει να διερευνά τους βιολογικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την έκθεση της μητέρας σε τραυματικά γεγονότα και την ύπαρξη μετατραυματικής διαταραχής στρες (PTSD) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι έρευνες που εστιάζουν στους βιολογικούς παράγοντες έχουν βρει μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης στους ενήλικες με PTSD (Yehuda, 2002). Μολονότι η νευροβιολογική έρευνα που εστιάζεται στα βρέφη και στα παιδιά είναι λιγότερο αναπτυγμένη, εντούτοις ευρήματα από πρόσφατη σχετικά έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μητέρες και τα βρέφη τους, υποδεικνύει μια σύνδεση μεταξύ της έκθεσης της μητέρας σε τραυματικά συμβάντα και την ύπαρξης PTSD κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και χαμηλών επιπέδων κορτιζόλης στα βρέφη τους (Yehuda, Engel, Brand, Seckl, Marcus & Berlowitz, 2005).

Η έρευνα για τη προσκόλληση έχει προσφέρει ενδιαφέροντα ευρήματα, τα οποία σχετίζονται με τις πρώιμες εμπειρίες φόβου, για το πώς οι εμπειρίες αυτές διαμορφώνουν τις μετέπειτα αντιδράσεις στο τραύμα, για το πώς η επεξεργασία του τραύματος από τους ενήλικες σχετίζεται με την γενικότερη ψυχολογική λειτουργία του ατόμου και για το πώς ο κίνδυνος για περιορισμένη αντίδραση στο τραύμα μπορεί να μεταβιβαστεί από γενιά σε γενιά (Lyons- Ruth & Jacobvitz, 1999). Αρκετά διαπροσωπικά τραύματα (βιασμός, σεξουαλική κακοποίηση, δολοφονικές επιθέσεις), συμβαίνουν στο πλαίσιο της σχέσης προσκόλλησης με γονείς, κηδεμόνες, συζύγους ή αδέρφια. Ωστόσο δε προκαλεί έκπληξη το ότι τα τραύματα αυτά θα μπορούσαν να επηρεάσουν και τις μελλοντικές σχέσεις προσκόλλησης. Ο ρόλος της προσκόλλησης, της ιδιαίτερης δηλαδή σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του παιδιού και των φροντιστών του, είναι η παροχή προστασίας και φροντίδας. Ωστόσο, το διαπροσωπικό τραύμα είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά τα σχήματα προσκόλλησης ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του, συμπεριλαμβανομένων μελλοντικών γονεϊκών προσκολλησεων. Μέλλουσες μητέρες με ιστορικό διαπροσωπικού τραύματος, αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερη ανάπτυξη γονεϊκής προσκόλλησης με το αγέννητο παιδί τους, συγκριτικά με τις μέλλουσες μητέρες που δεν ανέφεραν ιστορικό διαπροσωπικού τραύματος (Schwerdtfeger & Nelson- Goff, 2007).

## Κεφάλαιο έβδομο

### Ποιότητα ζωής και ψυχικό τραύμα

#### 7.1 Ποιότητα Ζωής: Ορισμός και προέλευση της έννοιας

Η έννοια της «ποιότητας ζωής» αποτελεί έναν όρο, ο οποίος μολονότι χρησιμοποιείται ευρέως τόσο ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα όσο και στη καθημερινή λεκτική επικοινωνία των ανθρώπων, εντούτοις αποτελεί, μια έννοια ιδιαίτερη ρευστή. Η ρευστότητα αυτή έγκειται στη μη καρτεσιανή λογική που τη διέπει καθώς επίσης και στο γεγονός ότι δεν πρόκειται για κάτι πάγιο και αναλλοίωτο στο χρόνο και στο χώρο. Τα μόνα σταθερά της σημεία είναι τα σχετιζόμενα με τη φυσικότητα και την κοινωνικότητα του ατόμου (Βακαλιός, 1984). Η σχετική με την συγκεκριμένη έννοια επιστημονική βιβλιογραφία, είναι τόσο πλούσια σε ορισμούς, ώστε να μπορεί να ισχύει η μεταφορά ότι υπάρχουν τόσοι ορισμοί της ποιότητας ζωής όσοι και οι άνθρωποι (Ginieri- Coccossis, Triantafillou, Tomaras, Soldatos, Mavreas & Christodoulou, 2003· Τζινιέρη- Κοκκώση, 2011· Linn & McGranahan, 1980). Στην πραγματικότητα η έννοια, στην γενικότητα και στην ευρύτητα της, θα μπορούσε να περιέχει σχεδόν τα πάντα, όλες τις πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης, ό,τι μπορεί να σκέπτεται και να επιθυμεί ο άνθρωπος για τον εαυτό του και τη ζωή του (Torrance, 1987). Η συζήτηση για τον ορισμό και τους δείκτες που την ορίζουν, συνεχίζονται ως σήμερα, όπως και η διαφορά απόψεων που παρατηρείται τόσο μεταξύ των επιστημόνων όσων και των απλών ανθρώπων. Οι μεταβολές των αναγκών που σημειώνονται μέσα στο πέρασμα του χρόνου και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής των ανθρώπων, αποτελούν τα κύρια ζητήματα που δυσχεραίνουν τη διατύπωση ενός καθολικού ορισμού και των δεικτών που την αξιολογούν. Όπως και να έχει όμως κύριο χαρακτηριστικό της έννοιας της ποιότητας ζωής αποτελεί το ίδιο το άτομο, το οποίο τοποθετείται στο επίκεντρο της, καθώς βάση της ποιότητας ζωής είναι η υποκειμενική εμπειρία. Το υποκείμενο είναι ο δημιουργός της έννοιας, παραγωγός νοήματος, και αυτό ταυτόχρονα συνεπάγεται ότι φέρει ευθύνη για τις επιλογές του (Mukherjee, 1989).

Αν και η έννοια της ποιότητας ζωής άρχισε να απασχολεί τις δυτικές κοινωνίες μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να επικαλεστούμε ότι ήταν πρωτόγνωρη. Ο Αριστοτέλης στο έργο του «Ηθικά Νικομάχεια» αναφέρει ότι η ευδαιμονία είναι το ύψιστο αγαθό, ένα έσχατο τελικό αίτιο και απώτατος σκοπός στη

ζωή του ανθρώπου, δεδομένου ότι ο άνθρωπος είναι δημιουργικό ον και η δραστηριότητα του αποσκοπεί στην όρθρωση πραγμάτων που εξυπηρετούν κάποιο σκοπό (Μανδηλαράς, 1993). Ο λόγος, σύμφωνα πάντα με τον Αριστοτέλη, που μεταξύ των ανθρώπων άλλοι είναι ευτυχισμένοι κι άλλοι όχι, παρόλο που όλοι είμαστε εφοδιασμένοι από την φύση μας με τον λόγο (λογική) είναι, ότι δεν κάνουμε όλοι σωστή χρήση της λογικής δύναμης του μυαλού (Πελεργίνης, 1998). Η ευδαιμονία μεταφράστηκε από πολλούς συγγραφείς με τον όρο ευτυχία, ο αριστοτελικός όρος όμως που αποδίδει καλύτερα τη ποιότητα ζωής είναι αυτός του «ευ ζην» (Τριανταφύλλου, Οικονόμου, Χριστοδούλου, 2005).

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα σοβαρά ζητήματα κοινωνικών ανισοτήτων που προέκυψαν μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο ήταν η αφορμή που αναζωπύρωσε το ενδιαφέρον πολιτικών, κοινωνιολόγων και φιλοσόφων για την επανεξέταση των όρων «ποιότητα ζωής» και «βιοτικό επίπεδο», θέτοντας τους σε μια πιο επιστημονική βάση. Λέγοντας επιστημονική βάση σε καμία περίπτωση δεν αναιρείται ή μειώνεται η αξία των φιλοσοφικών προσπαθειών προσέγγισης της έννοιας, αλλά το ότι άρχισαν να χρησιμοποιούνται ποσοτικές μέθοδοι αξιολόγησης της που βασίζονταν στην επιστημονική μεθοδολογία. Η αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος αυτού αντικατοπτρίζεται στην ερευνητική δραστηριότητα που παρατηρείται κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970 στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, όπου οι ερευνητές προσπάθησαν να καθορίσουν τους κοινωνικούς εκείνους δείκτες που επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής. Μερικοί από τους τότε κοινωνικούς δείκτες ήταν οι εργασιακές συνθήκες, η οικογενειακή ζωή, το οικονομικό επίπεδο, η στέγη, οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Andrews & Withey, 1976; Cambell, Converse & Rodgers, 1976; Τριανταφύλλου και συν., 2005). Κάποιοι άλλοι ερευνητές θεώρησαν ότι οι πιο σημαντικοί δείκτες ποιότητας ζωής δεν είναι τόσο οι προαναφερόμενοι αντικειμενικοί παράγοντες, αλλά οι υποκειμενικές παράμετροι. Οι παράμετροι αυτοί αφορούν την αντίληψη που έχει το ίδιο το άτομο για το ευ ζην, την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια που νιώθει για τη ζωή, την ευτυχία ή τη δυστυχία (Τριανταφύλλου και συν., 2005). Πολύ σύντομα, όμως, ήδη από το 1979 άρχισε να διαφαίνεται ότι αν και η διάκριση μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών παραμέτρων υφίσταται, δεν μπορεί να νοηθεί ποιότητα ζωής χωρίς των συγκερασμό και των δύο αυτών μεταβλητών (Glatzer, 1990; Lehman, 1983; Zautra & Goodhard, 1979).

Η έννοια της ποιότητας ζωής άρχισε να απασχολεί και την ιατρική κοινότητα από το 1948, με την διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σύμφωνα με την οποία «η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο ως η απουσία συμπτωμάτων ασθένειας και αναπηρίας» (WHO, 1946). Οι τρεις παράμετροι που υποδεικνύονται στη Διακήρυξη, δηλαδή η σωματική, η ψυχική και η κοινωνική ευεξία, αποτελούν μαζί με τον παράγοντα περιβάλλον, τους τέσσερις βασικούς θεματικούς άξονες της σύγχρονης απόδοσης του όρου «ποιότητα ζωής». Η άρρηκτη σχέση της ποιότητας ζωής με την υγεία, διαφαίνεται με σαφήνεια σε μια μεταγενέστερη Διεθνή Διακήρυξη του Π.Ο.Υ., στην οποία ορίζει ότι *«όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το σχετιζόμενο με την υγεία δυναμικό τους, έτσι ώστε να ζήσουν τη ζωή τους με τέτοιο τρόπο που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά»* (WHO,1995).

Ένας από τους κύριους λόγους που ανάγκασε την κλινική ιατρική να στρέψει το ενδιαφέρον της στην υποκειμενική αντίληψη που είχε ο ίδιος ο ασθενής σχετικά με τη θεραπεία του, ήταν ο τομέας της Ογκολογίας και της Ψυχιατρικής. Αναφορικά με τον τομέα της Ογκολογίας, παρατηρήθηκαν περιπτώσεις ασθενών που αρνούνταν να υποβληθούν σε χημειοθεραπείες ή ακρωτηριασμούς (πχ αφαίρεση στήθους) που είχαν ως σκοπό τη παράταση της διάρκειας ζωής αλλά που θα είχαν ως κόστος τη μείωση της ποιότητας ζωής. Προκειμένου δηλαδή οι ιατροί να πετύχουν παράταση ζωής πρότειναν θεραπείες, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους τις απλές θεμελιώδεις ανθρώπινες ανάγκες του ασθενούς, όπως τη ψυχική του ευεξία, την αυτονομία, το αίσθημα ότι ανήκει σε μία κοινωνική ομάδα και άλλες παρόμοιες. Το ζήτημα της ποιότητας ζωής στην ιατρική πράξη παρουσιάστηκε αρκετά επιτακτικό στη ψυχιατρική και κυρίως στην θεραπεία της σχιζοφρένειας. Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες την αντιψυχωσικής αγωγής προεξαρχόντων των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, οι οποίες δεν ήταν μόνο δυσάρεστες στον ασθενή αλλά συντελούσαν επίσης και στον κοινωνικό του στιγματισμό, οδήγησαν ορισμένους ασθενείς να αρνηθούν τη θεραπεία (Τριανταφύλλου και συν., 2005).

Το 1990 αποτέλεσε μια ακόμη ημερομηνία για τη έννοια της ποιότητας ζωής, καθώς τη συγκεκριμένη χρονιά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διεξήγαγε μία μελέτη διεθνούς κλίμακας, η οποία αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως *διαπολιτισμική μελέτη για την ποιότητα ζωής*. Η μελέτη αυτή αποτελεί «lege artis» για τη διαδικασία, μέσω της

οποίας αναπτύχθηκε αρχικά ο ορισμός της ποιότητας ζωής, και στη συνέχεια, δημιουργήθηκε ένα αξιόπιστο και διαπολιτισμικά έγκυρο σύστημα εκτίμησής της. Στη μελέτη αυτή έλαβαν μέρος 15 χώρες με αντίστοιχα ερευνητικά κέντρα από όλο τον κόσμο, στο πλαίσιο των οποίων καθορίστηκε μέσω αμοιβαίων συμφωνιών (consensus), ένα συγκεκριμένο ερευνητικό πρωτόκολλο, περιλαμβάνοντας μια σειρά ποιοτικών, ποσοτικών και στατιστικών διαδικασιών. Τα αποτελέσματα της μελέτης οδήγησαν στη δημιουργία των ονομαζόμενων WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF ερωτηματολογίων ποιότητας ζωής, τα οποία έχουν το χαρακτηριστικό της διαπολιτισμικής εγκυρότητας, ώστε να έχουν ευρεία εφαρμογή σήμερα, στο διεθνή χώρο της Υγείας (Τζινιέρη – Κοκκώση, 2011).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) βασιζόμενος στα ευρήματα της διαπολιτισμικής έρευνας που προαναφέρθηκε, ορίζει τη Ποιότητα Ζωής ως «την αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο του συστήματος αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς του στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του» (WHO, 1995). Ο ορισμός αυτός υπογραμμίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής, δίνοντας όμως περισσότερο βάρος στην υποκειμενική διάσταση και στις θετικές όψεις. Επιπρόσθετα, επισημαίνεται η συμβολή του πολιτισμικού και κοινωνικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής του ατόμου και των πολιτών γενικότερα, και συγκεκριμένα, τονίζεται ο ρόλος των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο το άτομο ζει.

## **7.2 Ποιότητα Ζωής και πρώιμο τραύμα: ερευνητικά δεδομένα**

Πρόσφατη ανασκόπηση των ερευνών που έχουν γίνει για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πρώιμου τραύματος και ποιότητας ζωής έχουν δείξει ότι η παιδική κακοποίηση (σωματική, συναισθηματική, σεξουαλική κακοποίηση) έχει αρνητική επίδραση στην ψυχική και σωματική υγεία τόσο στη παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή (Arifi, Murray, Enns, Cox, Graaf, Have & Sareen, 2007).

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ πρώιμου τραύματος και ποιότητας ζωής στην ενήλικη ζωή αφορούν ψυχιατρικούς ασθενείς. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Warshaw, Fierman, Pratt, Hunt, Yonkers, Massion και Keller (1993) που διεξήχθη σε 711 άτομα που παρακολουθούσαν το ερευνητικό πρόγραμμα Harvard/ Brown για τις αγχώδεις

διαταραχές. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και της αποσύνδεσης σε υποκείμενα με αγχώδη διαταραχή που είχαν ιστορικά τραύματος, κάποια από τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια για PTSD. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με PTSD είχαν τη χειρότερη λειτουργικότητα στους περισσότερους τομείς της ζωής τους, συγκριτικά με τα άτομα που είχαν αγχώδεις διαταραχές αλλά όχι PTSD. Βρέθηκε επίσης ότι τα άτομα με ιστορικό τραύματος είχαν περισσότερες δυσκολίες στη ζωή τους, συγκριτικά με τα άτομα που δεν είχαν τραυματικές εμπειρίες. Τα υποκείμενα με ιστορικό τραύματος, αλλά χωρίς PTSD διέφεραν από τα υποκείμενα που δεν ανέφεραν ιστορικό τραύματος, πρωταρχικά σε υψηλά ποσοστά αλκοολισμού και ελάσσονος κατάθλιψης. Η PTSD έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής σε όλες ουσιαστικά τις σφαίρες της ζωής. Τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, απόπειρας αυτοκτονίας ή άλλων αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών καθώς και η κατανάλωση αλκοόλ έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και δείχνουν ότι το τραύμα έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις.

Μία από τις λίγες έρευνες που μελέτησε τη σχέση σχιζοφρένειας, τραυματικών εμπειριών και ποιότητας ζωής είναι αυτή των Lysaker & LaRocco (2009). Συγκεκριμένα, σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση του κατά πόσο διαφορετικές μορφές τραύματος συνδέονται με διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής συνδεδεμένης με την υγεία και κατά πόσο πολλαπλές εμπειρίες τραύματος έχουν συσσωρευτικό αποτέλεσμα. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 102 ενήλικες με διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τραυματικές εμπειρίες συνδέονται με χαμηλότερη ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία. Η συγκεκριμένη έρευνα βρήκε επίσης ότι διαφορετικές μορφές τραύματος μπορούν συσσωρευτικά να επηρεάσουν τη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία στην σχιζοφρένεια.

Οι Arifi et al (2007), θέλησαν να ερευνήσουν εάν η παιδική κακοποίηση αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στην ενήλικη ζωή, ανεξαρτήτου δημογραφικών χαρακτηριστικών, ψυχιατρικών διαταραχών και σωματικής υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία και περιέλαβε στο δείγμα της 7076 άτομα ηλικίας 18 έως 64 ετών. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι οι διάφορες μορφές πρώιμης κακοποίησης συσχετίζονται αρνητικά με τη ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία.



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

Σε μία αναδρομική μελέτη σε φυσιολογικό δείγμα ατόμων με μέση ηλικία 60, οι οποίοι είχαν φοιτήσει σε πανεπιστήμιο των Ηνωμένων Πολιτειών κατά τη χρονική περίοδο 1964-1966, συγκρίθηκαν οι αρνητικές επιπτώσεις της έκθεσης σε τραυματικά συμβάντα στα άτομα που είχαν βιώσει τραύμα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους της ζωής τους από την πρώιμη ηλικία έως και την ηλικία των 55 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων που είχαν βιώσει πρώιμα τραυματικές εμπειρίες ήταν σημαντικά χαμηλότερη από τη λειτουργικότητα των ατόμων που είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες μετά την ενηλικίωση (Ogle, Rubin & Siegler, 2013).

## Κεφάλαιο όγδοο

### Σκοποί, Υποθέσεις και ερευνητικά ερωτήματα

Ο κύριος σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ του παιδικού ψυχικού τραύματος και ορισμένων ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων κατά την ενήλικη ζωή. Επιμέρους στόχοι της συγκεκριμένης ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του διαγενεακού ψυχικού τραύματος και η ενδεχόμενη επίδραση του στις επόμενες γενιές.

#### 8.1 Μελέτη του παιδικού ψυχικού τραύματος σε ενήλικες φυσιολογικούς πληθυσμούς

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, το παιδικό ή πρώιμο τραύμα ορίζεται ως κάθε τραυματική εμπειρία, η οποία έχει λάβει χώρα πριν από την ηλικία των 18 ετών (Bernstein, Stein & Handelsman, 1998· Bishop et al, 2014). Η σημασία της παρούσας μελέτης στηρίζεται στους εξής λόγους: Το πρώιμο τραύμα είναι μία διακριτή κατηγορία, γιατί λαμβάνει χώρα σε μια ηλικία που η σωματική, ψυχική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί. Επίσης μέχρι την ηλικία των 18 ετών δεν έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη των αμυντικών μηχανισμών, μηχανισμοί οι οποίοι δίνουν τη δυνατότητα στους ενήλικες να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις. Η τραυματική εμπειρία κατά την παιδική ηλικία έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να μη γίνει αντικείμενο επεξεργασίας και να βρει διέξοδο σε μετέπειτα στάδιο της ζωής με συχνά απροσδόκητους, αρνητικούς τρόπους (Aberbach, 1989). Το ψυχικό τραύμα που επέρχεται πριν την ενηλικίωση μπορεί να έχει ακόμη σοβαρότερες επιπτώσεις στη συνολική διαμόρφωση του ψυχισμού του ατόμου από ότι μία εμπειρία που λαμβάνει χώρα μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης. Επίσης, έχει μεγάλες και σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου, κάποια από τα χαρακτηριστικά της οποίας μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα.

Οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο που αγγίζουν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Σε μελέτη που διεξήγαγε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) σε 21 χώρες και περιελάμβανε δείγμα 51. 945 ενηλίκων, εκτιμήθηκαν τα τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας πριν από την ηλικία των 18 ετών, τα οποία περιελάμβαναν τα ακόλουθα τραυματικά συμβάντα: α) απώλεια στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων (θάνατος γονέα,

διαζύγιο ή χωρισμός των γονέων β) 4 τύπους ανεπαρκούς προσαρμογής των γονέων ή κακοποίησης (ψυχική ασθένεια, εγκληματικότητα, κατάχρηση ουσιών, βίαιη συμπεριφορά, σωματική, σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση) και γ) δύο διαφορετικές τραυματικές εμπειρίες (ασθένεια απειλητική για τη ζωή και οικονομική δυσπραγία της οικογένειας). Το 38,4 % των συμμετεχόντων στις χώρες υψηλού εισοδήματος, (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ισραήλ, Ιαπωνία, Ολλανδία, Ισπανία και Ηνωμένες Πολιτείες,), 38,9% στις χώρες μέσου/ υψηλού εισοδήματος (Βραζιλία, Βουλγαρία, Μεξικό, Ρουμανία, Νότιος Αφρική) και 39,1% στις χώρες μέσου χαμηλού/χαμηλού εισοδήματος ανέφεραν τραυματικά συμβάντα της παιδικής ηλικίας. Ο θάνατος γονέα ήταν η πιο συχνά αναφερόμενη τραυματική εμπειρία (11.0–14.8%). Άλλες συχνά αναφερόμενες τραυματικές εμπειρίες ήταν η σωματική κακοποίηση (5.3–10.8%), η βία στην οικογένεια (4.2–7.8%), και η ψυχική νόσος γονέα (5.3–6.7%). Το 59.3–66.2% του συνολικού δείγματος ανέφεραν πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες, κατά μέσο όρο δύο ή περισσότερες (Kessler, McLaughlin & Green, 2010).

Παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που βίωσε ένα τραυματικό γεγονός δε θα αναπτύξει κάποια διαταραχή, υπάρχει ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 25% που συνεχίζει να έχει συμπτώματα για αρκετά χρόνια. Η βελτίωση των συμπτωμάτων είναι πιο δύσκολη, όταν το τραυματικό γεγονός έχει συμβεί σε μικρότερες ηλικίες.

Στην ελληνική βιβλιογραφία, εξ' όσων γνωρίζουμε, οι έρευνες που έχουν γίνει για τη συχνότητα των πρώιμων τραυματικών εμπειριών αναφέρονται μόνο στη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση ή παραμέληση. Γενικά, η εκτίμηση της πραγματικής συχνότητας αυτών των μορφών κακοποίησης στο ελληνικό πληθυσμό σε παιδιά 0- 18 ετών, δεν είναι εύκολα εφικτή για διάφορους λόγους που έχουν να κάνουν τόσο με το ελλιπές πλαίσιο αναφοράς όσο και με κοινωνικές αντιστάσεις. Στην Ελλάδα, το ποσοστό ανέρχεται σε 1- 2% σε ένα ετήσιο αριθμό γεννήσεων 100.000 περίπου, ποσοστό που αντλείται από τις καταγεγραμμένες περιπτώσεις στο παιδιατρικό νοσοκομείο «Αγία Σοφία». Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα χαμηλό, σε σχέση με αντίστοιχες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία οι οποίες δείχνουν ότι 2 στα 3 παιδιά ηλικίας 0- 5 ετών έχουν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί (Αγάθωνος, 1998). Η χαμηλή αυτή εκτίμηση οφείλεται, σύμφωνα με τους ερευνητές, στην απουσία συστήματος υποχρεωτικής αναφοράς, στην έλλειψη ποιοτικών δομών για άμεση προστασία και

θεραπευτική παρέμβαση και στην απροθυμία του ιατρικού προσωπικού να εμπλακεί σε καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας (Αγάθωνος, 1998).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 591 οικογενειών μαθητών δημοτικών σχολείων, στη περιοχή της πρωτεύουσας σχετικά με τη σωματική τιμωρία, ως μέσο διαπαιδαγώγησης, προέκυψε ότι το ποσοστό χρήσης της στην ελληνική οικογένεια αγγίζει το 65,5% . Μεγαλύτερη χρήση σωματικής τιμωρίας, σύμφωνα με την έρευνα γίνεται στα αγόρια, σε ποσοστό 71% και μικρότερη στα κορίτσια, ποσοστό 60% ενώ ανάλογα με την ηλικία τους, τα μικρότερα παιδιά, της Α΄ Δημοτικού, έχουν τριπλάσια πιθανότητα σωματικής τιμωρίας (78%) σε σχέση με τα μεγαλύτερα παιδιά της Στ΄ Δημοτικού (53%) (Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, 2007).

Ο λόγος που επιλέχθηκε στην παρούσα μελέτη η διερεύνηση του πρώιμου τραύματος, είναι η έλλειψη ερευνητικών δεδομένων στον ελληνικό πληθυσμό για διαφορετικούς τύπους τραυματικών εμπειριών και των επιπτώσεών τους στην ενήλικη ζωή. Δεν βρέθηκε δηλαδή, καμία έρευνα στην ελληνική βιβλιογραφία, που να έχει διερευνήσει την τυχόν σχέση που υπάρχει μεταξύ πρώιμου τραύματος και των ακολούθων παραγόντων κοινωνικής προσαρμογής: διαπροσωπικές σχέσεις, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, ποιότητα ζωής καθώς και ψυχολογικές δυσκολίες κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο, όπως σωματικά ενοχλήματα, δυσκολίες στον ύπνο, δυσκολίες στον τομέα των σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και καταθλιπτικά και αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα.

## **8.2 Διαγενεακό τραύμα σε έλληνες ενήλικες**

Η Ελληνική ιστορία είναι γεμάτη συλλογικά τραύματα, τραύματα που αφορούν κυρίως πολέμους, προσφυγιά, κατοχή, γεγονότα και καταστάσεις που έχουν καταγραφεί στη κοινή ιστορική μνήμη ολόκληρου του έθνους. Το τμήμα Γενεαλογίας και Προφορικής Ιστορίας του Ιδρύματος Μείζονος Ελληνισμού είναι ένα από τα τμήματα που «καταγράφει οικογενειακά δένδρα, μαρτυρίες και ιστορικές πληροφορίες και συλλέγει τεκμήρια για τη ζωή και τις ιστορικές εμπειρίες των προσφύγων από τη Μικρά Ασία, τον Πόντο, τη Θράκη και την Κωνσταντινούπολη» (Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού, 2017).

Στην ελληνική βιβλιογραφία, εξ' όσων γνωρίζουμε, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες που να αφορούν τη διερεύνηση των τυχόν επιπτώσεων που έχει

το διαγενεακό τραύμα στις επόμενες γενιές, παρόλο που η ιστορία της χώρας βρίθει συλλογικών τραυμάτων, όπως πολεμικές συρράξεις, εμφύλιοι πόλεμοι, βασανιστήρια, διωγμοί, φυσικές καταστροφές, μετανάστευση. Αντιθέτως, το ελληνικό μυθιστόρημα έχει ενδιαφερθεί αρκετά για το διαγενεακό τραύμα που ακολούθησε της μικρασιατικής καταστροφής. Ενδεικτικά αναφέρεται το έργο της Διδώ Σωτηρίου, «Οι νεκροί περιμένουν» (1959) και το έργο της κλινικής ψυχολόγου Τίμπυ (Ελευθερία) Τατα Αρσέλ, «Με το διωγμό στη ψυχή - Το τραύμα της Μικρασιατικής Καταστροφής σε τρεις γενιές» (2014).

Λόγω της απουσίας ελληνικών δημοσιευμένων ερευνητικών μελετών, καθώς και της μη ύπαρξης μίας μεθόδου που να διερευνά την ύπαρξη διαγενεακού τραύματος στην ελληνική κοινωνία, στη συγκεκριμένη έρευνα προτιμήθηκε η μελέτη περίπτωσης και συγκεκριμένα, η μέθοδος της συνέντευξης, προκειμένου να γίνει μια πρώτη προσέγγιση του θέματος.

### **8.3 Ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα**

Βασισμένοι στα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών αλλά και στο προαναφερόμενο θεωρητικό πλαίσιο για το παιδικό τραύμα διατυπώθηκαν οι εξής ερευνητικές υποθέσεις και ερευνητικά ερωτήματα:

- Συσχετίσεις του παιδικού τραύματος, συνολικού και επιμέρους, με δημογραφικούς παράγοντες. Οι γυναίκες θα αναφέρουν περισσότερες πρώιμες τραυματικές εμπειρίες σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης και οι άντρες θα αναφέρουν περισσότερες παιδικές εμπειρίες σωματικής τιμωρίας. Οι φοιτητές ψυχολογίας θα έχουν υψηλότερα ποσοστά παιδικών τραυματικών εμπειριών, συγκριτικά με τους φοιτητές άλλων πανεπιστημιακών τμημάτων.
- Συσχετίσεις του παιδικού τραύματος (συνολικού και επιμέρους) με ψυχολογικά προβλήματα τη τρέχουσα περίοδο. Τα άτομα που αναφέρουν πρώιμο τραύμα θα αναφέρουν επίσης και περισσότερα συμπτώματα όπως αποσύνδεση, άγχος, κατάθλιψη, δυσκολίες στον ύπνο, σεξουαλικά προβλήματα.
- Συσχετίσεις του παιδικού τραύματος (συνολικού και επιμέρους), με την συνολική ποιότητα ζωής και των επιμέρους διαστάσεων της. Η ποιότητα ζωής των ατόμων που αναφέρουν τραυματικές εμπειρίες πριν την ηλικία των 18 θα είναι χαμηλότερη από αυτούς που δεν αναφέρουν τραυματικές εμπειρίες.
- Συσχετίσεις του παιδικού τραύματος (συνολικού και επιμέρους) με τις διαπροσωπικές σχέσεις κατά την ενήλικη ζωή. Συγκεκριμένα θα διερευνηθεί ο τύπος προσκόλλησης

στις ερωτικές σχέσεις. Τα άτομα με ιστορικό παιδικού τραύματος θα αναφέρουν δυσκολίες στις ερωτικές σχέσεις τους με τους άλλους, αναφορικά με τους τύπους προσκόλλησης.

- Συσχετίσεις του παιδικού τραύματος (συνολικού και επιμέρους) και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Τα άτομα που αναφέρουν πρώιμο τραύμα θα αναφέρουν επίσης και περισσότερες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.
- Διερεύνηση διαγενεακού τραύματος.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **Μέθοδος**

Η προσέγγιση της παρούσας μελέτης είναι κατά βάση ποσοτική, αλλά περιλαμβάνει και μίας μικρής κλίμακας ποιοτική μελέτη και συγκεκριμένα δύο διερευνητικές μελέτες περίπτωσης, με σκοπό να αξιοποιηθεί το σύνολο των πλεονεκτημάτων που μπορεί να προσφέρει ο συγκεκριμένος συνδυασμός.

### **Κεφάλαιο πρώτο**

#### **Μελέτη περίπτωσης**

##### **1.1 Θεωρητική προσέγγιση**

Η επιλογή της μεθόδου της διερευνητικής μελέτης περίπτωσης με τη χρήση της συνέντευξης σε βάθος αποτελεί τμήμα της ποιοτικής έρευνας. Η αξία της συγκεκριμένης μελέτης συνίσταται στο ότι είναι σημαντικός ο πλούτος των πληροφοριών που αφορούν στις σκέψεις και τα συναισθήματα των ερωτηθέντων, το «πως» των προσωπικών τους βιωμάτων, κάτι που θα αναδείξει ερωτήματα τα οποία θα ανοίξουν νέους ερευνητικούς δρόμους. Στόχος είναι η περιγραφή και η αναγνώριση, που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μιας γενικευμένης θεωρίας, η οποία δεν είναι συγκεκριμένη στην αρχή της έρευνας, αλλά θα διαμορφωθεί κατά τη διάρκεια της συλλογής και της ανάλυσης των ποιοτικών στοιχείων. Η ευελιξία που προσφέρει η συγκεκριμένη μέθοδος συλλογής δεδομένων, έναντι τη ποσοτικής, δίνει τη δυνατότητα για τη συγκέντρωση πιο λεπτομερών στοιχείων για το υπό μελέτη θέμα, διευκολύνοντας έτσι την ανάπτυξη και αποσαφήνιση εννοιολογικών κατηγοριών.

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας αναδύονται πολύ συχνά σε όλους τους τύπους της κοινωνικής έρευνας. Ωστόσο, στη ποιοτική έρευνα αυτά τα ζητήματα έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα, εξαιτίας της άμεσης και συχνής επαφής του ερευνητή και των συμμετεχόντων στην έρευνα. Στην παρούσα έρευνα η εμπιστευτικότητα των ποιοτικών δεδομένων και η ανωνυμία ήταν απόλυτα εγγυημένη. Η εμπιστευτικότητα στην μελέτη περίπτωσης απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, δεδομένου ότι «δεν υπάρχει δυνατότητα κάλυψης πίσω από ανώνυμες στατιστικές αναλύσεις» (Mason, 2003). Οι συμμετέχοντες μοιράστηκαν με την ερευνήτρια δεδομένα της προσωπικής, οικογενειακής και κοινωνικής τους ζωής μέσα σε κλίμα απόλυτα εμπιστευτικό και ασφαλές. Στις ατομικές συνεντεύξεις θίχτηκαν πολύ ευαίσθητα θέματα όπου η εγκαθίδρυση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ερευνήτριας και συμμετεχόντων έπαιξε πολύ σημαντικό ρόλο, αφού τα ζητήματα της ανωνυμίας και εμπιστοσύνης δεν έχουν μόνο μια ηθική διάσταση, αλλά επηρεάζουν την ποιότητα της διαδικασίας της έρευνας.

Για την καλύτερη προστασία της ανωνυμίας και των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η ερευνήτρια επέλεξε ψευδώνυμα για κάθε έναν από τους συμμετέχοντες. Η προστασία της ανωνυμίας των συμμετεχόντων λήφθηκε πολύ σοβαρά υπόψη εκ μέρους της ερευνήτριας και κατά τη διάρκεια της έρευνας, δεδομένου ότι οποιοδήποτε λάθος ή αδυναμία στη διαδικασία της έρευνας, μπορεί να προκαλέσει το κλείσιμο του πεδίου για μελλοντικές έρευνες (Finch, 1984). Η συναίνεση των συμμετεχόντων είναι ενδεχομένως το πιο σημαντικό θέμα ηθικής στην διαδικασία της μελέτης περίπτωσης (Ιωσηφίδης, 2003). Στην παρούσα έρευνα συνήφθη συμβόλαιο συνεργασίας, το οποίο περιλάμβανε την ενημέρωση του σκοπού της έρευνας καθώς και τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων. Η συναίνεσή τους εδόθη γραπτώς και γινόταν αναφορά στις υποχρεώσεις της ερευνήτριας σε σχέση με την πρόσβαση των συμμετεχόντων στα αποτελέσματα της έρευνας. Το γεγονός αυτό αποτελεί ένα είδος στρατηγικής για επιβεβαίωση των ποιοτικών δεδομένων.

## **1.2 Περιορισμοί της μελέτης περίπτωσης**

Οι περιορισμοί που συχνά έχει μια μελέτη περίπτωσης βασισμένη σε συνεντεύξεις σε βάθος είναι οι δυσκολίες του ερευνητή να έλθει σε επαφή με τους συμμετέχοντες, δεδομένου ότι είναι δύσκολο να μιλήσει κάποιος για θέματα τόσο προσωπικά εφ' όσον δεν έχει εγκατασταθεί η σχέση εμπιστοσύνης μαζί τους (Ιωσηφίδης, 2003). Επιπρόσθετα, η έλλειψη βεβαιότητας ότι οι συμμετέχοντες λένε την

αλήθεια είναι ένας από τους περιορισμούς. Η φάση της συλλογής των δεδομένων, εξαρτάται από την εντιμότητα και την καλή θέληση των συμμετεχόντων, να είναι διαθέσιμοι να εκφράσουν σκέψεις και συναισθήματα, βιώματα και εμπειρίες. Πολύ σημαντικό στοιχείο για τη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων, θεωρείται το γεγονός ότι θα υπάρξει η ελεύθερη προσωπική επιλογή και συναίνεση των συμμετεχόντων στην ερευνητική διαδικασία.

Σκοπός της μελέτης περίπτωσης είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συλλογή πληροφοριών για τα βιώματα, τις εμπειρίες, απόψεις, στάσεις και τις αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων που σχετίζονται με το διαγενεακό τραύμα και με τις τραυματικές εμπειρίες που οι συμμετέχοντες στην έρευνα βίωσαν μέχρι τα 18 τους έτη.

### **1.3 Περιγραφή των δοκιμασιών και εργαλεία**

Οι συμμετέχουσες στην μελέτη περίπτωσης ήταν δύο (2) άγαμες γυναίκες ηλικίας 20 ετών που φοιτούσαν στο τμήμα Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου. Ο μέσος όρος επίδοσης σπουδών τους ήταν 7,1- 8,5. Κατά τη χρονική περίοδο που διεξήχθη η έρευνα και οι δύο συμμετέχουσες ήταν άγαμες και ζούσαν μαζί με τους γονείς τους. Οι γονείς της μίας συμμετέχουσας ήταν απόφοιτοι λυκείου και της άλλης απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Οι συμμετέχουσες στην μελέτη περίπτωσης κλήθηκαν σε ημιδομημένη συνέντευξη που περιλάμβανε θεματικούς άξονες με ανοικτές ερωτήσεις. Οι θεματικοί αυτοί άξονες αφορούσαν το διαγενεακό τραύμα, το παιδικό τραύμα που βίωσε ο συμμετέχων και το θεωρεί ως το πιο σημαντικό, τις ενδοοικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις. Αρχικά οι συμμετέχουσες ερωτούνταν για τα τραύματα των προγόνων και πώς τα τραύματα αυτά έχουν επηρεάσει τις ενδοοικογενειακές σχέσεις ενώ στη συνέχεια καλούνταν να μιλήσουν για το τραύμα που οι ίδιοι θεωρούσαν ότι έχει τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή τους σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος- σύντομη μορφή (Early Trauma Inventory – Self Report, short form , ETISR- SF). Επιπλέον, τους ζητήθηκε να μιλήσουν για τις παρούσες σχέσεις με τους γονείς τους καθώς και τις παρούσες διαπροσωπικές τους σχέσεις (φιλικές, ερωτικές κλπ).

Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του γενεογράμματος προκειμένου να συγκεντρωθούν πληροφορίες για τα μέλη της οικογένειας και τις σχέσεις τους, που αφορούν τουλάχιστον τρεις γενιές (Μακ Γκολντρικ & Γκέρσον, 1999). Το γενεόγραμμα



παρουσιάζει τις πληροφορίες για την οικογένεια σε μορφή γραφικής παράστασης και περιλαμβάνει τρία επίπεδα: τη χαρτογράφηση της οικογενειακής δομής (α), τη καταγραφή πληροφοριών γύρω από την οικογένεια (β) και την γραμμική απεικόνιση των οικογενειακών σχέσεων (γ). Το πρώτο επίπεδο, η χαρτογράφηση δηλαδή της οικογενειακής δομής, είναι η γραφική απεικόνιση των σχέσεων που συνδέουν τα μέλη μιας οικογένειας τόσο σε βιολογικό όσο και σε νομικό επίπεδο, και αποτελείται από συμβολοποιημένα σχήματα και γραμμές. Αφού χαρτογραφηθεί η δομή της οικογένειας, έχει με άλλα λόγια κατασκευαστεί ο βασικός σκελετός του γενεογράμματος, ακολουθεί η καταγραφή των πληροφοριών. Οι πληροφορίες αυτές αφορούν δημογραφικά στοιχεία, λειτουργικά στοιχεία που έχουν να κάνουν με αντικειμενικές πληροφορίες γύρω από ιατρικές και συναισθηματικές λειτουργίες και τύπους συμπεριφοράς διαφόρων μελών της οικογένειας καθώς και κρίσιμα οικογενειακά γεγονότα στην ιστορία της οικογένειας όπως για παράδειγμα μεταβατικές περιόδους, μεταβολές στις σχέσεις, σοβαρές ασθένειες, μεταναστεύσεις, απώλειες και επιτυχίες. Τέλος, το τρίτο επίπεδο της κατασκευής ενός γενεογράμματος αναφέρεται στη γραμμική απεικόνιση των σχέσεων των μελών της οικογένειας μεταξύ τους. Τέτοιοι χαρακτηρισμοί βασίζονται στις αναφορές των μελών της οικογένειας αλλά και σε άμεσες παρατηρήσεις (Μακ Γκολντρικ & Γκέρσον, 1999).

#### **1.4 Διαδικασία**

Οι ατομικές συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν από τον μήνα Αύγουστο έως τον μήνα Σεπτέμβριο του 2013, σε γραφείο που παραχωρήθηκε στην ερευνήτρια για αυτόν τον σκοπό. Οι συμμετέχουσες στην συνέντευξη επιλέχθηκαν μέσα από το ευρύτερο αρχικό δείγμα. Το κριτήριο επιλογής τους ήταν να έχουν αναφέρει τουλάχιστον ένα συμβάν σεξουαλικής κακοποίησης και να έχουν συμφωνήσει να συμμετέχουν στην διαδικασία της συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις είχαν μέσο όρο διάρκειας 90 λεπτών και άρχισαν με την παρουσίαση και εξήγηση του σκοπού της συνέντευξης στην επιστημονική μελέτη, την εμπιστευτικότητα και τη χρησιμότητα της. Οι συμμετέχουσες υπέγραψαν ένα κείμενο συναίνεσης. Και οι δύο συμμετέχουσες έδειξαν θετική στάση και απάντησαν πρόθυμα σε όλες τις ερωτήσεις της ερευνήτριας. Μετά το πέρας της συνέντευξης και αφού έφευγε ο συμμετέχων, η ερευνήτρια κατέγραφε σε ένα σημειωματάριο τις ερωτήσεις και τις απαντήσεις. Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος συγκέντρωσης των στοιχείων κι όχι για παράδειγμα η

ταυτόχρονη καταγραφή ή η μαγνητοφώνηση της συνέντευξης ήταν για να μην επηρεαστεί η ποιότητα της διαδικασίας.

Στο τέλος των συνεντεύξεων οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι εάν το επιθυμούν μπορούν να συμμετέχουν σε ομάδα επεξεργασίας τραύματος που θα σχηματιστεί στην Α' Πανεπιστημιακή Κλινική- Αιγινήτειο νοσοκομείο γι' αυτόν το λόγο.

### **1.5 Επεξεργασία των δεδομένων**

Όλες οι σημειώσεις των συνεντεύξεων μεταφέρθηκαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και στη συνέχεια εκτυπώθηκαν με σκοπό να βρεθούν λέξεις- κλειδιά στα κείμενα. Η ερευνήτρια, πριν ακόμα ξεκινήσει τη διαδικασία της κατηγοριοποίησης των δεδομένων, εξοικειώθηκε με τα κείμενα των συνεντεύξεων μελετώντας τα πολλές φορές, σημειώνοντας στο περιθώριο των σελίδων τις κεντρικές ιδέες, λαμβάνοντας υπόψη και τις σημειώσεις και παρατηρήσεις που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Η φάση της εξοικείωσης άρχισε ακολουθώντας την διαδικασία των περιλήψεων και κατασκευάζοντας μεγάλες παραγράφους με λέξεις-κλειδιά. Επιλέχθηκαν αποσπάσματα του υλικού των συνεντεύξεων, τα οποία προσέφεραν βαθιά ενδοσκόπηση στις διηγήσεις των συμμετεχόντων σε συνδυασμό με τα θεωρητικά σχόλια της σχετικής βιβλιογραφίας. Επιπλέον, για κάθε συμμετέχοντα σχεδιάστηκε ένα γενεόγραμμα που περιλαμβάνει στοιχεία για τη πατρική και τη μητρική οικογένεια καθώς και τα σημαντικά τραυματικά γεγονότα που συνέβησαν στην οικογένεια. Στο παράρτημα 3 παρατίθενται αναλυτικά τα δύο γενεογράμματα της Ανθής και της Μυρτούς, ενώ στο παράρτημα 4 παρατίθεται η γραμμική απεικόνιση των σχέσεων που εμφανίζονται στα γενεογράμματα.

Η στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση του ποιοτικού υλικού είναι η ανάλυση περιεχομένου και το γενεόγραμμα. Η ανάλυση περιεχομένου πρόκειται για μια διαδικασία κατηγοριοποίησης που επιτρέπει τη συστηματική διερεύνηση του κειμένου και τη μετατροπή λεκτικού ή άλλου συμβολικού περιεχομένου σε ποιοτικά δεδομένα. Το κείμενο εξετάζεται στην ολότητά του και όχι επιλεκτικά. Οι κατηγορίες που επιλέγονται ορίζονται με σαφήνεια και τα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται νοηματοδοτούνται και τίθενται σε σύγκριση με άλλα χαρακτηριστικά (Κυριαζή, 2000).

Συγκεκριμένα η ανάλυση περιεχομένου βασίστηκε στο ψυχοδυναμικό μοντέλο (Freud, 1915-1917· Pearlman & Saakvitne, 1995), και εστιάστηκε σε πέντε ενότητες:

τις τραυματογόνες συνθήκες στη πρώτη γενιά των προγόνων (παππούδες- γιαγιάδες), τις τραυματογόνες συνθήκες στη δεύτερη γενιά (γονείς), τις τραυματογόνες συνθήκες που συνέβησαν κατά την παιδική ηλικία στη τρίτη γενιά (συμμετέχων), την αυτογνωσία των αναφερθέντων τραυμάτων και τους μηχανισμούς άμυνας που ο συμμετέχων έχει αναπτύξει απέναντι στο τραύμα και η τελευταία ενότητα είναι ο τρόπος που επιλέχθηκε από τον συμμετέχοντα για την αντιμετώπιση του κυρίαρχου τραύματος.

## Κεφάλαιο δεύτερο

### Ποσοτική μελέτη

#### 2.1 Θεωρητική προσέγγιση

Η υιοθέτηση της συγκεκριμένης μεθόδου, προϋποθέτει την ύπαρξη συγκεκριμένης θεωρίας η οποία καθοδηγεί τις ερευνητικές υποθέσεις και τα ερευνητικά ερωτήματα. Οι θεωρητικές υποθέσεις δηλαδή προϋπάρχουν της έναρξης της έρευνας και είναι αυτές που προσδιορίζουν το είδος των στοιχείων που θα συγκεντρωθούν προκειμένου να επιβεβαιωθούν ή να απορριφθούν οι υποθέσεις αυτές.

Η ποσοτική μέθοδος εφαρμόζεται κυρίως στις δειγματοληπτικές εμπειρικές έρευνες και αποσκοπεί στην αποκάλυψη γενικών κανονικοτήτων ή τάσεων μέσω της εξέτασης πλήθος περιπτώσεων. Ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους επιλέγεται η ποσοτική έρευνα για τον έλεγχο μιας θεωρίας είναι ακριβώς γιατί δίνει την δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Το δείγμα που περιλαμβάνεται στην έρευνα δεν εξετάζεται στην ολότητα του αλλά μόνο σε σχέση με εκείνες τις παραμέτρους, η συσχέτιση των οποίων ερευνάται. Οι παράμετροι αυτοί παίρνουν τη μορφή των μεταβλητών και η συσχέτιση τους τη μορφή υποθέσεων. Στην ποσοτική έρευνα τα δεδομένα θα πρέπει να τυποποιηθούν για να μπορούν να μετρηθούν έτσι ώστε οι μεταβλητές να πάρουν αριθμητική τιμή και με τη βοήθεια στατιστικών μεθόδων να ελεγχθούν οι συσχετίσεις τους.

Οι ποσοτικές έρευνες ακολουθούν αυστηρά προκαθορισμένο σχεδιασμό και οι περισσότερες κρίσιμες αποφάσεις έχουν ληφθεί από τον ερευνητή πριν από την επιτόπια έρευνα (Τσιώλης, 2011).

Η μέθοδος που κυρίως χρησιμοποιείται για τη συλλογή των δεδομένων είναι τα τυποποιημένα ερωτηματολόγια ή οι τυποποιημένες συνεντεύξεις. Η διαδικασία που ακολουθείται στην ποσοτική μελέτη είναι η διατύπωση υποθέσεων μέσω της επιλογής της κατάλληλης θεωρίας, ο σχεδιασμός της έρευνας, η εφαρμογή του σχεδίου της έρευνας και συλλογή των στοιχείων, η ανάλυση των στοιχείων με τις κατάλληλες στατιστικές μεθόδους, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης και τέλος η επιβεβαίωση ή η απόρριψη της θεωρίας.

## 2.2 Δείγμα

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 324, εκ των οποίων οι 58 (18%) ήταν άντρες και οι 266 (82%) γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 20 έτη (T.A = 4,32, minimum = 19 και maximum = 55).

Τα άτομα ήταν νεαροί ενήλικες φοιτητές, προερχόμενοι από τη Φιλοσοφική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών (56,5 %) και από το Πάντειο Πανεπιστήμιο (43,5 %). Συγκεκριμένα, οι 163 (50,3 %) παρακολουθούσαν σπουδές Φιλολογίας, οι 136 (42%) σπουδές Ψυχολογίας, οι 20 (6,2%) Θεατρικές σπουδές, ενώ ένας το τμήμα Επικοινωνίας και Μέσων Πολιτισμού. Το 60% του δείγματος είχε μέση επίδοση σπουδών 7,1 – 8,5, το 21% μέση επίδοση 5 -7, ενώ το υπόλοιπο 14% , 8,6 – 10. Η πλειοψηφία των φοιτητών ήταν πρωτοετείς (70%) και δευτεροετείς (20%). Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα οι περισσότεροι 318 (95%) ήταν άγαμοι, οι 5 (1,5%) παντρεμένοι, ενώ ένας/μία ήταν χωρισμένος/-ή. Από τους παντρεμένους (και τον χωρισμένο) οι 5 έχουν παιδιά. Το 70,4 % του δείγματος συγκατοικούσε με τους γονείς του, το 26% έμενε μόνο του και το 3% συγκατοικούσε με τον/ την σύντροφο του.

Σε ό,τι αφορά το μορφωτικό επίπεδο των γονιών του δείγματος, το 32% των πατέρων έχει τελειώσει ανώτερες σπουδές, ενώ το αντίστοιχο των μητέρων ήταν 30%. Το 26% των πατέρων είχε ολοκληρώσει την βασική εκπαίδευση (λύκειο- εξατάξιο γυμνάσιο), το 10% TEI, το 8% Δημοτικό, το 7% Γυμνάσιο, το 6 % IEK και το 3% Μεταπτυχιακές σπουδές. Αναφορικά με τις μητέρες, το 35,5% είχε τελειώσει τις βασικές σπουδές, το 10% TEI, το 6% Δημοτικό, το 5% Γυμνάσιο, το 4% Μεταπτυχιακές σπουδές και το 3% IEK.

## 2.3 Μέσα συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των ποσοτικών δεδομένων της μελέτης υλοποιήθηκε με τη χρήση των εξής ερωτηματολογίων:

- Το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων
- Το ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος- σύντομη μορφή (Early Trauma Inventory – Self Report, short form , ETISR- SF)
- Ο Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού (The Self-Harm Inventory)
- Η κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων (The Revised Experiences in Close Relationships Scale)

- Η κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα (Trauma Symptom Check-list-40, TSC-40)
- Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF)

Τα άνωθεν ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας παρατίθενται αναλυτικά στο Παράρτημα 1.

#### Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε με σκοπό να συλλεχθούν στοιχεία που αφορούν το ατομικό, κοινωνικοδημογραφικό και μορφωτικό προφίλ του δείγματος, προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι δημογραφικές μεταβλητές σχετίζονται με το πρώιμο τραύμα, τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, τις διαπροσωπικές σχέσεις και συγκεκριμένα με το τύπο προσκόλλησης που αναπτύσσουν στις ερωτικές τους σχέσεις και τη ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, συμπεριλήφθησαν ερωτήσεις που αφορούσαν το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, την διαμονή, το μορφωτικό επίπεδο, τη σχολή, το έτος φοίτησης και τον μέσο όρο επίδοσης στις σπουδές. Επιπρόσθετα, υπήρχαν ερωτήσεις που σχετίζονταν με το μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο των γονέων του δείγματος καθώς και το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα.

#### Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος- Σύντομη μορφή (Early Trauma Inventory- Self Report- Short Form, ETISR- SF)

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε το 2007 από τους Bremner J. D., Bolus R. και Mayer E. A. Η μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα έχει γίνει από τους: Αντωνοπούλου Ζ, Κοκκώση Μ. Συνοδινού Κ. και Τυπάλδου Μ. το 2011. Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η διερεύνηση τραυματικών εμπειριών που προέρχονται από σωματική τιμωρία, συναισθηματική, σεξουαλική κακοποίηση ή γενικών τραυματικών γεγονότων ποικίλης αιτιολογίας του ατόμου, που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής του ηλικίας (πριν από την ηλικία των 18 ετών) και που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη ζωή του ως ενήλικα. Σύμφωνα με τους συγγραφείς του ερωτηματολογίου, η σωματική κακοποίηση ορίζεται ως « η σωματική επαφή, ο περιορισμός ή ο εγκλεισμός που έχουν πρόθεση να βλάψουν ή να τραυματίσουν». Η

συναισθηματική κακοποίηση ορίζεται ως «η λεκτική επικοινωνία εκ μέρους του θύτη που έχει ως στόχο να γελοιοποιήσει ή να ταπεινώσει το θύμα». Η σεξουαλική κακοποίηση, τέλος ορίζεται ως « η μη επιθυμητή σεξουαλική επαφή, η οποία εκτελείται με σκοπό μόνο την ικανοποίηση του θύτη ή έχει ως σκοπό την κυριαρχία του έναντι του θύματος ή τον εξευτελισμό του. Γενικά, «τα τραυματικά γεγονότα περιλαμβάνουν ένα εύρος αγχωτικών και τραυματικών γεγονότων που μπορούν συνήθως να ακολουθούν τυχαία γεγονότα».

Το ETI-SR- short form, περιλαμβάνει συνολικά 21 ερωτήσεις- λήμματα, που χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες πρώτων τραυματικών γεγονότων ή εμπειριών: *τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας* (11 ερωτήσεις), *τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία* (5 ερωτήσεις), *τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση* (5 ερωτήσεις) και τέλος *τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση* (6 ερωτήσεις). Στο τέλος του ερωτηματολογίου ζητείται από το άτομο να επιλέξει, υπογραμμίζοντας, το τραυματικό συμβάν που θεωρεί ότι είχε τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή του και στη συνέχεια βασιζόμενος μόνο σε αυτό να απαντήσει σε δύο ερωτήσεις («εάν είχε νιώσει τότε συναισθήματα έντονου φόβου, τρόμου ή είχε αισθανθεί τελείως αβοήθητος/η» και «εάν είχε τότε αισθανθεί σαν να βρίσκεται έξω από το σώμα του ή σαν να ήταν σε όνειρο»). Στην ελληνική προσαρμογή, μετά από κάθε ερώτηση- συμβάν που έχει απαντηθεί θετικά υπάρχει και μια κλίμακα τριών βαθμίδων που διερευνά την συχνότητα της συγκεκριμένης τραυματικής εμπειρίας (Μία ή δύο φορές, Μερικές φορές, Συχνά).

Το ETI-SR- short form είναι αυτοσυμπληρούμενο και η χορήγηση του διαρκεί 30 λεπτά ή και λιγότερο, ενώ υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί τόσο για κλινικούς όσο και για ερευνητικούς σκοπούς. Η βαθμολογία σε κάθε παράγοντα προκύπτει από το επιμέρους άθροισμα των θετικών απαντήσεων (NAI), ενώ υπάρχει και μια συνολική βαθμολογία που προκύπτει από το άθροισμα των θετικών απαντήσεων όλων των παραγόντων.

#### Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού (The Self- Harm Inventory- SHI)

Ο κατάλογος συμπεριφορών αυτοτραυματισμού (SHI) κατασκευάστηκε από τους Sansone R. A., Wiederman M. W., και Sansone L. A. το 1998, ενώ την ελληνική μετάφραση έκαναν οι Κοκκώση Μ., Πρέκκα Ε., Συνοδινού Κ. και Τυπάλδου Μ. το 2011. Σκοπός του συγκεκριμένου εργαλείου είναι η ανίχνευση ιστορικού

αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Το ψυχομετρικό αυτό εργαλείο είναι αυτοσυμπληρούμενο και η συμπλήρωση του διαρκεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά. Περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις, η απάντηση των οποίων είναι ναι / όχι, ενώ υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις οι οποίες ζητούν επιπρόσθετα πόσες φορές έχει τελεστεί η συγκεκριμένη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Κάθε θετική απάντηση θεωρείται παθολογική συμπεριφορά. Στο τέλος υπάρχει μια γενική ερώτηση που διερευνά την ύπαρξη κάποιας αυτοκτονικής συμπεριφοράς η οποία δεν υπάρχει στον κατάλογο. Η βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα όλων των θετικών απαντήσεων και κυμαίνεται από 0 - 22. Η συχνότητα που έχουν συμβεί κάποιες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές καθώς και η επιπρόσθετη αυτοαναφερόμενη συμπεριφορά δεν υπολογίζονται στη βαθμολόγηση. Υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει ιστορικό συμμετοχής σε ένα ευρύτερο φάσμα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

#### Κλίμακα δεσμού ενηλίκων (The Revised Experiences in Close Relationships Scale, G-ECR-R)

Η κλίμακα δεσμού ενηλίκων κατασκευάστηκε από τους Fraley R. C., Waller N. G. και Brennan K. A (2000) και σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους Tsagarakis M., Kafetsios K. και Stalikas A. το 2007. Η συγκεκριμένη κλίμακα διερευνά το πώς αισθάνεται ο ενήλικας μέσα στις ερωτικές του σχέσεις και είναι αυτοσυμπληρούμενη. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης της είναι τα 10 λεπτά. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων κυμαίνονται σε μια κλίμακα 7 διαβαθμίσεων, από το 1 έως το 7 (Likert) π.χ. 1= Διαφωνώ απόλυτα, 2= Διαφωνώ αρκετά, 3= Διαφωνώ λίγο, 4= Ουδέτερα, 5= Συμφωνώ λίγο, 6= Συμφωνώ αρκετά, 7= Συμφωνώ απόλυτα. Η κωδικοποίηση των απαντήσεων γίνεται σε δυο διαστάσεις προσκόλλησης: α) το άγχος που αφορά το άγχος που βιώνει το άτομο από τις στενές του σχέσεις/ δεσμούς και την υπέρ- επαγρύπνηση έναντι μιας πιθανής απόρριψης και β) την αποφυγή που έχει να κάνει με το πόσο άβολα αισθάνεται το άτομο από την εγγύτητα με τους άλλους και την επιθυμία του να μην θέλει να πλησιάσει αρκετά τους άλλους. Η κλίμακα αποτελείται από 36 ερωτήσεις, 18 η κάθε διάσταση. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας είναι  $\alpha = 0.91$  και για τους δυο υποκλίμακες (Tsagarakis, Kafetsios & Stalikas, 2007).



### Κλίμακα Συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το Τραύμα (Trauma Symptom Checklist- 40, TSC- 40)

Το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο κατασκευάστηκε από τους Briere & Runtz το 1992 (Briere & Runtz, 1989, 1992) ενώ η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα έγινε από τους Αντωνοπούλου Ζ, Κοκκώση Μ. και Τυπάλδου Μ. το 2011. Η κλίμακα μετράει ορισμένες πλευρές μετατραυματικού στρες καθώς και άλλα συμπτώματα κατά τη τρέχουσα περίοδο που αναφέρουν άτομα που έχουν βιώσει στο παρελθόν τους ψυχικό τραύμα. Η TSC- 40 περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων κυμαίνονται σε μια κλίμακα 4 διαβαθμίσεων (Likert), π.χ. 0= Ποτέ, 1= Μερικές φορές, 3= Αρκετές φορές, 4= Συχνά. Η κλίμακα αυτή δίνεται σε συνδυασμό με το Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος (ETISR- SF) και έχει ως στόχο την αξιολόγηση γενικών προβλημάτων που σχετίζονται με το τραύμα, τα οποία διακρίνονται σε έξι υποκλίμακες: **Αποσύνδεση** – 6 ερωτήσεις, π.χ. Πόσο συχνά είχατε τους τελευταίους δύο μήνες «στιγμαϊές παρεμβολές αναμνήσεων», **Άγχος**– 9 ερωτήσεις, π.χ. Πόσο συχνά είχατε τους τελευταίους δύο μήνες «πονοκεφάλους», **Κατάθλιψη** – 9 ερωτήσεις, π.χ. Πόσο συχνά είχατε τους τελευταίους δύο μήνες «αϋπνίες», **Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης**– 7 ερωτήσεις π.χ. Πόσο συχνά είχατε τους τελευταίους δύο μήνες «Σεξουαλικά προβλήματα», **Δυσκολίες στον ύπνο** – 6 ερωτήσεις π.χ. Πόσο συχνά είχατε τους τελευταίους δύο μήνες « ανήσυχο ύπνο» και τέλος **Σεξουαλικά προβλήματα** – 8 ερωτήσεις π.χ. Πόσο συχνά είχατε τους τελευταίους δύο μήνες « σεξουαλική υπερδραστηριότητα». Ο κάθε παράγοντας βαθμολογείται χωριστά και προκύπτει από το άθροισμα των σχετικών ερωτήσεων, ενώ υπάρχει και ένα συνολικό σκορ που προκύπτει από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων. Σύμφωνα με τους συγγραφείς η κλίμακα χρησιμοποιείται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η κλίμακα έχει ικανοποιητική αξιοπιστία Cronbach's  $\alpha$  από .66- .77 για τις υποκλίμακες και από .89 - .91 για τη συνολική κλίμακα (Briere, 1996).

### Ερωτηματολόγιο για την κατάσταση της υγείας

Το ερωτηματολόγιο είναι αυτοσυμπληρούμενο και περιλαμβάνει δύο γενικές ερωτήσεις που αναφέρονται στην αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας. Στην πρώτη ερώτηση το άτομο καλείται να αξιολογήσει την κατάσταση της υγείας του, επιλέγοντας ανάμεσα από τους χαρακτηρισμούς «πολύ κακή», «κακή», «ούτε καλή ούτε κακή»,

«καλή» και «πολύ καλή». Στη δεύτερη ερώτηση, το άτομο καλείται να απαντήσει εάν αντιμετωπίζει το τελευταίο διάστημα κάποιο πρόβλημα υγείας. Η ερώτηση αυτή απαντάται με Ναι ή Όχι. Στην περίπτωση που το άτομο απαντήσει καταφατικά θα πρέπει να σημειώσει μέσα από μία σειρά προβλημάτων, όπως καρδιολογικά προβλήματα, υπέρταση, χρόνια ψυχικά προβλήματα και άλλα, ποιο ή ποια από αυτά αντιμετωπίζει. Υπάρχει επίσης και μία ανοικτή ερώτηση, στην οποία το άτομο πρέπει να απαντήσει ποιο από τα προβλήματα υγείας που ενδεχομένως αντιμετωπίζει θεωρεί ότι έχει το πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή του και να τις περιγράψει.

### Η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL- BREF)

Το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους Κοκκώση Μ. και συν. το 2003. Το WHOQOL- BREF αποτελεί τη σύντομη μορφή του WHOQOL- 100 το οποίο περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις ομαδοποιημένες σε τέσσερις βασικές ενότητες: Σωματική Υγεία (1), Ψυχολογική Υγεία (2), Κοινωνικές Σχέσεις (3) και Περιβάλλον (4). Εκτός από τις 24 αυτές ερωτήσεις συμπεριλαμβάνει επίσης και μια γενική ερώτηση «Ποιότητα Ζωής γενικά και Υγεία» που αξιολογεί το επίπεδο ποιότητας ζωής του ατόμου στο σύνολο του καθώς και την γενική κατάσταση της υγείας του. Η στάθμιση του ερωτηματολογίου και η προσαρμογή του στον ελληνικό πληθυσμό ανέδειξε τέσσερις επιμέρους θεματικές ενότητες: Διατροφή, Ικανοποίηση από την εργασία, Κοινωνική Ζωή, Οικογενειακή Ζωή (Τζινιέρη –Κοκκώση και συν. 2003, Ginnieri – Coccossis *et al*, 2012). Οι κλίμακες έχουν 5 διαβαθμίσεις (Likert), π.χ. 1 = Ποτέ, 2 = Σπάνια, 3 = Μερικές Φορές, 4 = Συχνά, 5 = Συνεχώς (Τζινιέρη –Κοκκώση και συν., 2003). Υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει καλύτερη ποιότητα ζωής

Η ελληνική εκδοχή, περιλαμβάνει πέραν των 26 ερωτήσεων του πρωτοτύπου και 4 επιπλέον, οι οποίες προέκυψαν από την προσαρμογή του ερωτηματολογίου με ομάδες εστιασμένης συζήτησης, στα ελληνικά πολιτισμικά δεδομένα, σύμφωνα με τις οδηγίες του ΠΟΥ. Η στατιστική μέθοδος της παραγοντικής ανάλυσης επιβεβαίωσε τις τέσσερις θεματικές ενότητες της αγγλικής εκδοχής και ανέδειξε την αναγκαιότητα ένταξης τεσσάρων νέων ερωτήσεων, κατάλληλων για την ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου.

Συγκεκριμένα, έγινε η προσθήκη δύο ερωτήσεων, οι οποίες αναφέρονται στη διατροφή και στην εργασιακή ικανοποίηση και εντάσσονται στην ενότητα Σωματική Υγεία, και δύο ερωτήσεων, οι οποίες αναφέρονται στην κοινωνική και στην οικογενειακή ζωή και ενσωματώνονται στην θεματική ενότητα Κοινωνικές σχέσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου, παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's  $\alpha$  0,67–0,81). Ο έλεγχος αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου έδειξε ότι οι τιμές για όλες τις θεματικές ενότητες κυμαίνονται από 0,80 ως 0,87.

#### **2.4 Συλλογή δεδομένων**

Η συλλογή των ερευνητικών δοκιμασιών πραγματοποιήθηκε από τον μήνα Μάιο μέχρι τον Ιούνιο του 2012, στα αμφιθέατρα των δυο σχολών, Φιλοσοφική Σχολή και Πάντειο Πανεπιστήμιο, κατά την διάρκεια των διαλειμμάτων των ακαδημαϊκών μαθημάτων. Τα αμφιθέατρα επιλέχθηκαν τυχαία και η χορήγηση πραγματοποιήθηκε ύστερα από συνεννόηση με τον εκάστοτε διδάσκοντα. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, αφού ενημερώθηκαν από την ερευνήτρια για τον σκοπό της έρευνας έδωσαν τη έντυπη συγκατάθεση τους και προχώρησαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σημειώνοντας έναν κωδικό. Επιπλέον, οι φοιτητές ενημερώθηκαν ότι μετά από δεκαπέντε ημέρες η ερευνήτρια θα ξαναεπισκεπτόταν τα συγκεκριμένα αμφιθέατρα για να επαναχορηγήσει δύο από τα ερωτηματολόγια (Ερωτηματολόγιο πρώιμου τραύματος, TSC-40) και τους ζητήθηκε να συμμετέχουν, προκειμένου να διερευνηθεί η αξιοπιστία των συγκεκριμένων εργαλείων. Από το σύνολο των φοιτητών ξανασυμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια οι 45.

Η συνολική χορήγηση και συμπλήρωση των δοκιμασιών διήρκησε μισή ώρα και δεν παρουσιάστηκαν προβλήματα καθ' όλη τη διάρκεια. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα δεν συνάντησαν δυσκολίες στη συμπλήρωση. Τα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική μορφή μέσω του προγράμματος στατιστικής επεξεργασίας Statistical Package for the Social Sciences, 14 (SPSS- 14).

#### **2.5 Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων**

Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσες τιμές  $\pm$  τυπικές αποκλίσεις, ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες.

Λόγω του μεγέθους δείγματος και της εν γένει κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το παραμετρικό κριτήριο Student's t-test για μεταβλητές με ίσες ή άνισες διασπορές, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Levene's test για τον έλεγχο των πιθανών διαφορών μεταξύ δίτιμων ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά κριτήρια Pearson's  $\chi^2$  ή Fisher's exact. Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,05$ . Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- $\alpha$ .

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες ποιότητας ζωής και δεσμού ενηλίκων από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

## **Αποτελέσματα**

### **Κεφάλαιο πρώτο**

#### **Μελέτη περίπτωσης**

Η στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση του ποιοτικού υλικού, όπως αναφέρθηκε αναλυτικότερα στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, είναι η ανάλυση περιεχομένου και το γενεόγραμμα. Στόχος της μελέτης των δύο περιπτώσεων είναι η διερεύνηση του διαγενεακού τραύματος. Η ανάλυση των συνεντεύξεων έγινε με βάση το ψυχοδυναμικό μοντέλο και τις θεωρίες του σχετικά με το ψυχικό τραύμα και τον τρόπο μετάδοσης τους δια μέσω των γενεών, θεωρίες οι οποίες αναφέρθηκαν διεξοδικά στο εισαγωγικό μέρος της διατριβής (Assoun, 2004. Freud 1893..Pearlman & Courtois, 2005. Van der Kolk et al., 2005). Η ανάλυση εστιάστηκε σε πέντε ενότητες: τις τραυματογόνες συνθήκες στη πρώτη γενιά των προγόνων (γιαγιάδες- παππούδες), τις τραυματογόνες συνθήκες στη δεύτερη γενιά (γονείς), τις τραυματογόνες συνθήκες που συνέβησαν κατά τη παιδική ηλικία στη τρίτη γενιά (συμμετέχων), την αυτογνωσία των αναφερθέντων τραυμάτων και τους μηχανισμούς άμυνας που έχει αναπτύξει ο συμμετέχων απέναντι στο τραύμα. Η τελευταία ενότητα αφορά τον τρόπο που επέλεξε ο συμμετέχων προκειμένου να αντιμετωπίσει το κυρίαρχο τραύμα.

Οι δύο συνεντεύξεις στις οποίες πραγματοποιήθηκε η ανάλυση περιεχομένου και τα γενεογράμματα παρουσιάζονται αναλυτικά στο παράρτημα. Στη συνέχεια της μελέτης θα αναφερθούν οι αναλύσεις περιεχομένου για τις συνεντεύξεις δύο γυναικών, της Ανθής και της Μυρτώς. Τα ονόματα που χρησιμοποιούνται είναι ψευδώνυμα.

#### **1.1 Ανάλυση Περιεχομένου Συνέντευξης: Ανθή, ετών 20**

##### **1. Πρώτη γενιά.**

Τραυματογόνες συνθήκες στη γενιά των προγόνων της Α.:

- Πόλεμος 1940 (πατρικοί και μητρικοί γονείς βίωσαν πόλεμο)
- Φτώχεια (μητρικοί γονείς βίωσαν μεγάλο βαθμού φτώχεια)

##### **2. Δεύτερη γενιά**

Τραυματογόνες συνθήκες στη γενιά των γονέων της Α.:

##### **A) Μητέρα της Α.**

- **Φτώχεια:** «Ήταν πολλά παιδιά, δεν είχανε χρήματα, πήγαιναν στους γείτονες και έκαναν θελήματα για ένα κομμάτι ψωμί. Όταν αργότερα ήρθαν στην Αθήνα οι μεγαλύτερες αδελφές συντηρούσαν τα αγόρια».
- **Οικογενειακά μυστικά:** Κρυφή υιοθεσία δύο αδελφών θηλυκού γένους. Η μητέρα δεν γνώριζε την ύπαρξη των δύο μεγαλύτερων αδελφών της, πληροφορία που την αποκτά όταν έγινε ενήλικη. Πιθανολογείται ότι δόθηκαν για υιοθεσία όταν ήταν βρέφη, η μία στην Αμερική και η άλλη στην Αυστραλία. Δεν απέκτησε ποτέ επικοινωνία με αυτές τις αδελφές.
- **Ασθένεια :** Μαστεκτομή και αφαίρεση μήτρας σε ηλικία 30 ετών.

## **B) Πατέρας της Α.:**

(Οι πληροφορίες για τον πατέρα είναι λίγες)

- Κακή σχέση των αδελφών λόγω περιουσιακών θεμάτων
- Θάνατος των γονιών σχεδόν ταυτόχρονα όταν εκείνος ήταν 40 ετών.

### **3. Τρίτη γενιά**

Τραυματογόνες συνθήκες στο ατομικό επίπεδο της Ανθής:

Το «παιδικό ψυχικό τραύμα» της Ανθής, σύμφωνα με τις απαντήσεις της στο σχετικό ερωτηματολόγιο, κατατάσσεται στις εξής θεματικές κατηγορίες:

#### **3.1 Τραύμα Ποικίλης Αιτιολογίας λόγω των κάτωθι τραυματογόνων παραγόντων:**

- Ήταν μάρτυρας απορριπτικής και λεκτικά βίαιης συμπεριφοράς του πατέρα προς τη μητέρα («δεν είσαι γυναίκα»)
- Ασθένεια της μητέρας της, (μαστεκτομή και αφαίρεση μήτρας), όταν η Α. ήταν 5 ετών.

#### **3.2 Συναισθηματική Κακοποίηση: Μη κατανόηση και ματαίωση παιδικών αναγκών της Α. από το οικογενειακό περιβάλλον.**

- Η μητέρα περιγράφεται ως παθητικά επιθετική, μυστικοπαθής και βιώνεται από την Α. ως απορριπτική και κλειστή. Δεν αναφέρεται στην πατρική της οικογένεια και στα «μυστικά», ούτε στην ασθένεια της, ακόμα δε και στην ηλικία της.
- Ο πατέρας περιγράφεται ως λεκτικά βίαιος και με απαξιωτική συμπεριφορά προς τη μητέρα.
- Αρνητική σχέση γονέων («δεν υπάρχει αγάπη στη σχέση των γονέων»). Η Α. φοβόταν ότι οι γονείς θα χωρίσουν, έχει την τάση να προστατεύει τη μητέρα, είναι δέκτης παραπόνων και έχει αναλάβει το ρόλο του διαμεσολαβητή ανάμεσα στους γονείς.
- Στο Δημοτικό σχολείο δεν είχε φίλους – ένιωθε περιθωριοποιημένη.

#### **3.3 Σεξουαλική κακοποίηση /παρενόχληση:**

Σεξουαλική παρενόχληση από άγνωστο άτομο σε Μέσο Μαζικής Μεταφοράς στα 15 χρόνια της.

#### 4. Αυτογνωσία των αναφερθέντων τραυμάτων και Μηχανισμοί Άμυνας:

- Η Α. ενώ επέλεξε να σημειώσει στο ερωτηματολόγιο το συμβάν της σεξουαλικής παρενόχλησης ως το πιο σημαντικό τραυματικό γεγονός στη ζωή της, στη συνέντευξη όμως δεν φάνηκε να δίνει ιδιαίτερη σημασία σε αυτό.
- Αντίθετα, αναφέρει, ότι, το πιο σημαντικό τραύμα στη ζωή της είναι οι συγκρούσεις των γονέων και η έλλειψη αγάπης («δεν υπάρχει αγάπη στη σχέση των γονιών μου»).
- Φαίνεται να έχει κάποιο βαθμό επίγνωσης, ότι, οι τωρινές δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις συνδέονται με την αρνητική σχέση των γονέων της, αλλά και την ασθένεια της μητέρας της.
- Φαίνεται να λειτουργούν μηχανισμοί άμυνας άρνησης και αντιδραστικού σχηματισμού, σύμφωνα πάντα με την ψυχοδυναμική θεώρηση (Green, 1985· Lyons-Ruth et al. 2003· Kernberg, 1975).

#### 5. Αντιμετώπιση κυρίαρχου τραύματος

- Η Α. έχει επισκεφτεί ψυχολόγο

#### 6. Συνοπτικό Συμπέρασμα

Η ύπαρξη τραυματογόνων παραγόντων διαπιστώνεται και στις τρεις (3) γενιές, ως εξής:

1. Πρόγονοι : Πόλεμος, βία – φτώχεια, στέρηση
2. Γενιά Γονέων: Φτώχεια, στέρηση, οικογενειακά μυστικά (κρυφή υιοθεσία αδελφών μητέρας και μη επανασύνδεση), ασθένεια μητέρας
3. Ανθή:
  - Μητέρα κλειστή και συναισθηματικά απόμακρη
  - Πατέρας λεκτικά βίαιος, απορριπτικός προς τη μητέρα
  - Γονείς με συγκρουσιακές (σαδομαζοχιστικές κατά μια έννοια) σχέσεις
  - Κοινωνική απομόνωση στο σχολείο

### 1.2 Ανάλυση Περιεχομένου Συνέντευξης: Μυρτώ, ετών 21

#### 1. Πρώτη Γενιά

Τραυματογόνες συνθήκες στη γενιά των προγόνων της Μ.:

- Πόλεμος, φτώχεια (πατρικοί και μητρικοί γονείς βίωσαν πόλεμο και φτώχεια)
- Ο μητρικός παππούς περιγράφεται ως στερητικός χαρακτήρας
- Καταδίωξη και κράτηση πατρικής γιαγιάς σε στρατόπεδο συγκέντρωσης στη Γερμανία.

- Θανάτωση σε στρατόπεδο συγκέντρωσης αδελφών πατρικής γιαγιάς εκτός από μία αδελφή.

### 3. Δεύτερη Γενιά

Τραυματογόνες συνθήκες στη γενιά των γονέων της Μ.:

A) Μητέρα της Μ.:

- **Παραμέληση** από τους γονείς, η φροντίδα των γονέων είχε στραφεί στον αδελφό της, λόγω το ότι ήταν άτομο με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ, διανοητική δυσλειτουργία).
- **Κοινωνική απόρριψη και στιγματισμός**, λόγω διανοητικής ασθένειας του αδελφού της.
- Η ίδια ένιωθε **τύψεις** για την κατάσταση του αδελφού της, σαν να ήταν υπαίτια του προβλήματος .
- Αναφέρθηκε **σωματική τιμωρία** και πίεση από τους γονείς της κατά την παιδική ηλικία σχετικά με την απόδοσή της στο σχολείο.

B) Πατέρας της Μ.:

- Πριν τη γέννησή του προηγήθηκε **ο θάνατος αδελφού** .
- **Παραμέληση** από τους γονείς του
- Υπήρξε **σωματική τιμωρία** και πίεση από τους γονείς του σχετικά με τις επιδόσεις του στο σχολείο.

### 3. Τρίτη Γενιά

Τραυματογόνες συνθήκες στο ατομικό επίπεδο της Μυρτώς:

Το «παιδικό ψυχικό τραύμα» της Μυρτώς (Μ.), σύμφωνα με τις απαντήσεις της στο σχετικό ερωτηματολόγιο, κατατάσσεται στις εξής θεματικές κατηγορίες.

#### 3.1 Τραύμα Ποικίλης Αιτιολογίας λόγω των κάτωθι τραυματικών παραγόντων:

- **Διαζύγιο των γονέων της Μ.** σε ηλικία 8 ετών (περιορισμός της επικοινωνίας με τον πατέρα και αισθήματα εγκατάλειψης. Κρατήθηκε μυστική η εξωσυζυγική σχέση του πατέρα και η γέννηση ετεροθαλούς αδελφής-10 ετών σήμερα).
- **Διανοητική δυσλειτουργία του αδελφού της μητέρας της Μ. και στίγμα.** Ο αδελφός είχε τοποθετηθεί σε ειδικό οικοτροφείο στην Αγγλία, καθώς θεωρήθηκε ότι αποτελούσε εμπόδιο στην αποκατάσταση της μητέρας της Μ.
- Γέννηση παιδιού με ειδικές ανάγκες από την κόρη της αδελφής του πατέρα της Μ.
- **Ξαφνικός θάνατος του αδελφού (ΑΜΕΑ) της μητέρας της Μ.** στην Αγγλία, όταν η Μ. ήταν 5 ετών και κατάθλιψη της μητέρας.



- **Αντιφατικά συναισθήματα της Μ. λόγω της εβραϊκής καταγωγής των γονέων της** (αμφιταλαντεύεται αν θα πρέπει να βρει σύντροφο εβραϊκής καταγωγής)

### **3.2 Συναισθηματική κακοποίηση: Μη κατανόηση και ματαίωση παιδικών αναγκών της Μ.**

- Η μητέρα περιγράφεται ως αγχώδης και ιδιαίτερα ανήσυχη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στην Μ. σχετικά με το ενδεχόμενο κληρονομικότητας της διανοητικής ασθένειας του αδελφού της.
- Υπεραπασχόληση της μητέρας με τον αδελφό της και αισθήματα ενοχής μετά το θάνατο του, με αποτέλεσμα να επιδεικνύει μειωμένη προσοχή και φροντίδα προς την Μ.
- Εξιδανίκευση από τη μητέρα του μητρικού πατέρα δηλ. του παππού της Μ. («αν δεν ήταν ο παππούς!»)
- Ο πατέρας της Μ. εγκατέλειψε την οικογένεια όταν η ίδια ήταν 8 χρονών, χωρίς να εξηγηθεί ο λόγος.
- Επικριτική και εχθρική συμπεριφορά της μητέρας προς τον πατέρα της Μ. Επιρρίπτει σε εκείνον τα αίτια του διαζυγίου, ενώ η ίδια δεν αναλαμβάνει μέρος της ευθύνης.
- Αρνητικό κλίμα στη συζυγική σχέση πριν το διαζύγιο: Σχέση ανταγωνιστική με συγκρούσεις: (γάμος γονέων της Μ. λόγω εβραϊκής καταγωγής-υπήρξε συμβιβασμός), «διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές τάξεις, η μητέρα ένιωθε ανώτερη και ο πατέρας δεν άντεχε να έχει μια γυναίκα κυριαρχική.» «Ήταν πολύ διαφορετικοί, δεν ταιριάζανε», «Από τα πρώτα χρόνια που παντρευτήκανε υπήρχαν προβλήματα.

### **3.3 Σεξουαλική κακοποίηση/παρενόχληση:**

Σεξουαλική παρενόχληση από άγνωστο πρόσωπο σε Μέσο Μαζικής Μεταφοράς στα 19 χρόνια της.

## **4. Αυτογνωσία των αναφερθέντων τραυμάτων -Μηχανισμοί Άμυνας**

- Η Μ. φαίνεται να μην δίνει ιδιαίτερη σημασία στο αναφερθέν συμβάν σεξουαλικής παρενόχλησης από άγνωστο άτομο και έχει αμφιβολία για την ύπαρξη αρνητικών επιπτώσεων («απλά με έχει επηρεάσει και είμαι πιο προσεκτική όταν μπαίνω στα μέσα μαζικής μεταφοράς». «Δεν νομίζω ότι με έχει επηρεάσει. Τότε που συνέβη είχα λίγο αγχωθεί, φοβηθεί, μετά το ξέχασα.»)
- Η Μ. αναφέρει στη συνέντευξη ότι το πιο σημαντικό τραύμα στη ζωή της είναι το διαζύγιο και η κακή σχέση των γονέων της.
- Δεν φαίνεται να αξιολογεί και να συνδέει το παιδικό βίωμα το οποίο σχετίζεται με την αρνητική σχέση των γονέων της και το διαζύγιο, την υπεραπασχόληση της μητέρας με

τον ΑΜΕΑ αδελφό, την απόκρυψη της νέας οικογένειας του πατέρα και την ύπαρξη ετεροθαλούς αδελφής, με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει τώρα στις διαπροσωπικές της σχέσεις.

- Η Μ. καταφεύγει σε αντιφάσεις και άρνηση των δυσκολιών σχετικά με τη σχέση των γονέων («Καλή και τότε και τώρα»)
- Φαίνεται να υπερισχύει ο μηχανισμός άμυνας της εκλογίκευσης και άρνησης.
- Έχει υιοθετήσει τη στάση των γονέων της να πιέζει τον εαυτό της για να έχει καλή απόδοση στο σχολείο

#### **5. Αντιμετώπιση κυρίαρχου τραύματος.**

- Η Μ. έχει επισκεφτεί ψυχολόγο

#### **6. Συνοπτικό Συμπέρασμα**

Η ύπαρξη τραυματογόνων συνθηκών διαπιστώνεται και στις τρεις (3) γενιές ως εξής:

- **Πρόγονοι:** Πόλεμος, στρατόπεδο συγκέντρωσης και θάνατοι προγόνων λόγω εβραϊκής καταγωγής, -βία, φτώχεια, στέρηση.
- **Γενιά Γονέων:** Σωματική τιμωρία και κακοποίηση – παραμέληση, θάνατος παιδιού και γέννηση παιδιού με διανοητική δυσλειτουργία
- **Μυρτώ:**
  - α) Μητέρα υπεραπασχολημένη με τον ΑΜΕΑ αδελφό, αγχώδης, κυριαρχική, επικριτική κυρίως προς τον πατέρα.
  - β) Πατέρας απών – απέκρυψε την νέα οικογένεια από τη Μυρτώ.
  - γ) Γονείς με έντονα συγκρουσιακές σχέσεις - διαζύγιο – απόκρυψη η ύπαρξη ετεροθαλούς αδελφής και αποκάλυψη στα 18 της χρόνια από τη μητέρα.
  - δ) Αμφιθυμία για την εβραϊκή καταγωγή της

## Κεφάλαιο δεύτερο

### Ποσοτική Μελέτη

#### 2.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

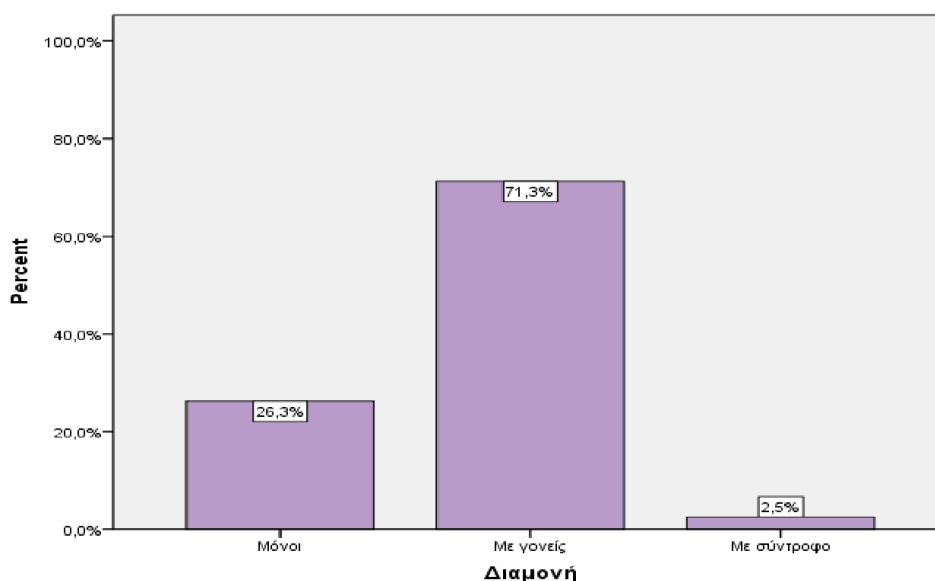
Το δείγμα αποτελείται από 324 φοιτητές με μέση ηλικία τα 20,4 έτη (SD=4,3 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (N=324)

		N	%
Φύλο	Άντρες	58	17,9
	Γυναίκες	266	82,1
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		20,4 (4,3)	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	318	98,1
	Έγγαμοι	5	1,5
	Διαζευγμένοι	1	0,3
Παιδιά	Ναι	5	1,5
	Όχι	319	98,5
Διαμονή	Μόνοι	84	26,3
	Με γονείς	228	71,3
	Με σύντροφο	8	2,5
Επίπεδο εκπαίδευσης	Λύκειο	311	96,0
	ΤΕΙ	3	0,9
	ΑΕΙ	5	1,5
	Μεταπτυχιακές σπουδές	5	1,5

Το 82,1% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 98,1% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι και το 98,5% δεν είχε παιδιά. Το 71,3% των συμμετεχόντων έμενε με τους γονείς του, το 26,3% μόνοι τους και το υπόλοιπο 2,5% με τον/την σύντροφό τους. Επίσης, το 96,0% ήταν απόφοιτοι λυκείου.

Η διαμονή των συμμετεχόντων δίνεται στο παρακάτω γράφημα.



Γράφημα 1. Διαμoνή συμμετεχόντων

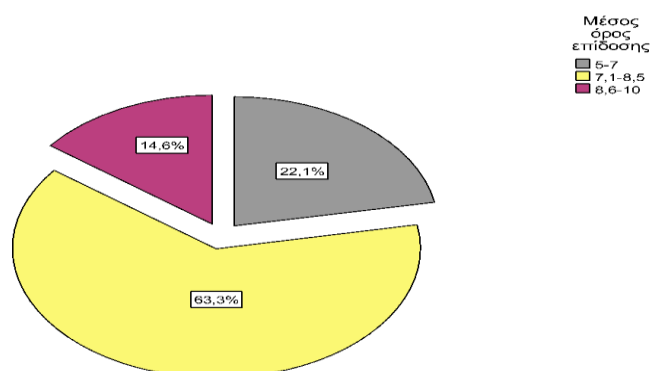
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στις σπουδές των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 2.** Κατανομές του δείγματος ως προς το τμήμα σπουδών, το έτος φοίτησης και τον μέσο όρο επίδοσης

		N	%
Τμήμα σπουδών	Επικοινωνίας μέσων και πολιτισμού	1	0,3
	Θεατρικών σπουδών	20	6,2
	Φιλολογίας	163	50,5
	Ψυχολογίας	139	43,0
Έτος φοίτησης	1ο	226	71,7
	2ο	65	20,6
	3ο	10	3,2
	4ο	4	1,3
	Πάνω από 4ο	10	3,2
Μέσος όρος επίδοσης	5-7	68	22,1
	7,1-8,5	195	63,3
	8,6-10	45	14,6

Το 50,5% των συμμετεχόντων σπούδαζαν στο τμήμα φιλολογίας και το 43,0% στο τμήμα ψυχολογίας. Ακόμα, το 71,7% ήταν στο 1<sup>ο</sup> έτος των σπουδών τους και το 20,6% στο 2<sup>ο</sup>. Η πλειοψηφία των φοιτητών είχε μέσο όρο επίδοσης 7,1-8,5 με το ποσοστό να φτάνει το 63,3%.

Ο μέσος όρος επίδοσης των συμμετεχόντων δίνεται στο παρακάτω γράφημα.



Γράφημα 2 Μέσος όρος επίδοσης του δείγματος (N= 324)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών των συμμετεχόντων.

Πίνακας 3. Κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου των γονιών του δείγματος

		N	%
Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα	Δημοτικό	25	8,4
	Γυμνάσιο	22	7,4
	Λύκειο	85	28,5
	IEK	19	6,4
	TEI	31	10,4
	ΑΕΙ	105	35,2
	Μεταπτυχιακές σπουδές	8	2,7
	Διδακτορικό	3	1,0
Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας	Δημοτικό	18	6,0
	Γυμνάσιο	15	5,0
	Λύκειο	115	38,3
	IEK	11	3,7
	TEI	32	10,7
	ΑΕΙ	97	32,3
	Μεταπτυχιακές σπουδές	12	4,0

Το 35,2% των συμμετεχόντων είχαν πατέρα πτυχιούχο ΑΕΙ και το 28,5% απόφοιτο λυκείου. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις μητέρες ήταν 32,3% και 38,3% αντίστοιχα.

### Βαθμολογίες και εσωτερική συνάφεια στα ερωτηματολόγια-κλίμακες

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος, του καταλόγου

συμπεριφορών αυτοτραυματισμού και της κλίμακας συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα.

**Πίνακας 4.** Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, του Κατάλογου Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού και της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με Τραυματικές Εμπειρίες

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD	Cronbach's Alpha
Ερωτηματολόγιο πρώιμου τραύματος (ETI-SR-SF)					,768
Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	0,00	11,00	2,33	1,80	
Τραύμα σωματικής τιμωρίας	0,00	5,00	2,07	1,34	
Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης	0,00	5,00	1,96	1,65	
Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης	0,00	6,00	0,57	1,05	
Συνολικό Τραύμα	0,00	27,00	6,97	4,08	
Κατάλογος συμπεριφορών αυτοτραυματισμού	0,00	18,00	2,19	2,41	,71
Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα (TSC-40)					,911
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	0,00	15,00	4,26	3,08	
Άγχος	0,00	20,00	6,15	4,08	
Κατάθλιψη	0,00	21,00	6,02	4,08	
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	0,00	14,00	3,77	2,85	
Διαταραχές ύπνου	0,00	18,00	5,67	3,41	
Σεξουαλικά προβλήματα	0,00	18,00	3,29	3,46	
Συνολική βαθμολογία	0,00	81,00	25,89	15,09	

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας» ήταν 2,33 μονάδες (SD=1,80 μονάδες), στη διάσταση «Τραύμα σωματικής τιμωρίας» ήταν 2,07 μονάδες (SD=1,34 μονάδες), στη διάσταση «Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης» ήταν 1,96 μονάδες (SD=1,65 μονάδες) και στη διάσταση «Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης» ήταν 0,57 μονάδες (SD=1,05 μονάδες). Στη συνολική βαθμολογία τραύματος, οι συμμετέχοντες είχαν βαθμολογία 6,97 μονάδες (SD=4,08 μονάδες). Ακόμα, η μέση βαθμολογία στον κατάλογο συμπεριφορών αυτοτραυματισμού ήταν 2,19 μονάδες (SD=2,41 μονάδες) και στην κλίμακα TSC-40 ήταν 25,89 μονάδες (SD=15,09 μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας δεσμού ενηλίκων.

**Πίνακας 5.** Βαθμολογίες του δείγματος στη Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD	Cronbach's Alpha
Αποφυγή	1,00	6,78	3,11	1,03	,681
Άγχος	1,00	6,33	3,46	1,07	

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα «Αποφυγή» ήταν 3,11 μονάδες (SD=1,03 μονάδες) και στην κλίμακα «Άγχος» ήταν 3,46 μονάδες (SD=1,07 μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής.

**Πίνακας 6.** Βαθμολογίες του δείγματος στον συνολικό δείκτη της Ποιότητας Ζωής καθώς και τις επιμέρους διαστάσεις της

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD	Cronbach's Alpha
Συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας	8,00	20,00	15,57	2,50	,860
Σωματική υγεία	8,89	19,11	15,14	1,88	
Ψυχολογική υγεία	6,00	19,33	14,00	2,47	
Κοινωνικές σχέσεις	4,00	20,00	14,37	2,68	
Περιβάλλον	5,50	19,50	13,35	2,07	

Η μέση βαθμολογία στη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας ήταν 15,57 μονάδες (SD=2,50 μονάδες). Επίσης, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Σωματική υγεία» ήταν 15,14 μονάδες (SD=1,88 μονάδες), στη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» ήταν 14,00 μονάδες (SD=2,47 μονάδες), στη διάσταση «Κοινωνικές σχέσεις» ήταν 14,37 μονάδες (SD=2,68 μονάδες) και στη διάσταση «Περιβάλλον» ήταν 13,35 μονάδες (SD=2,07 μονάδες).

Παρατηρείται σε όλα τα τμήματα του ερωτηματολογίου υψηλός βαθμός εσωτερικής συνέπειας, κάτι που οδηγεί σε ικανοποίηση όσον αφορά στην αξιοπιστία των ερωτηματολογίων.

## **2.2 Διερεύνηση της εγκυρότητας μέσω εξέτασης και επανεξέτασης**

Η διερεύνηση της εγκυρότητας μέσω εξέτασης και επανεξέτασης (test-retest reliability), πραγματοποιήθηκε με τη χρήση 45 ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν τυχαία σε δεύτερο χρόνο σε κάποιους από τους αρχικά συμμετέχοντες και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων χωριστά σε κάθε τμήμα των δύο ερωτηματολογίων: Ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος- Σύντομη μορφή (ETI-SR-SF) και Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα (TSC-40). Χρησιμοποιήθηκε McNemar test.

Παρατηρείται μη σημαντική διαφορά, άρα μπορούμε να πούμε ότι οι κατανομές στις ερωτήσεις προ και μετά δεν διέφεραν σημαντικά, ενισχύοντας έτσι την επαναληψιμότητα τους και επομένως την εγκυρότητα τους (Πίνακας 7).



**Πίνακας 7.** Διερεύνηση εγκυρότητας του Ερωτηματολογίου του Πρώιμου Τραύματος μέσω εξέτασης και επανεξέτασης (N= 45)

Μεταβλητή	p-value*
ΤραύμαI_1α	0,289
ΤραύμαI_2α	0,999
ΤραύμαI_3α	0,375
ΤραύμαI_4α	0,625
ΤραύμαI_5α	0,999
ΤραύμαI_6α	0,999
ΤραύμαI_7α	0,999
ΤραύμαI_8α	
ΤραύμαI_9α	0,999
ΤραύμαI_10α	0,999
ΤραύμαI_11α	
ΤραύμαII_1α	0,999
ΤραύμαII_2α	0,125
ΤραύμαII_3α	0,999
ΤραύμαII_4α	0,289
ΤραύμαII_5α	0,219
ΤραύμαIII_1α	0,18
ΤραύμαIII_2α	0,999
ΤραύμαIII_3α	0,999
ΤραύμαIII_4α	0,453
ΤραύμαIII_5α	0,999
ΤραύμαIV_1α	0,500
ΤραύμαIV_2α	0,999
ΤραύμαIV_3α	
ΤραύμαIV_4α	
ΤραύμαIV_5α	
ΤραύμαIV_6α	

\* McNemar test

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 8, δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των ερωτήσεων αρχικά και στον επαναληπτικό έλεγχο στις περισσότερες ερωτήσεις, κάτι που μας υποστηρίζει κατά κύριο λόγο την εγκυρότητα μέσω εξέτασης και επανεξέτασης.

**Πίνακας 8.** Διερεύνηση εγκυρότητας της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα (TSC-40) μέσω εξέτασης και επανεξέτασης (N=45)

Pair	Z	P-value
EP4_1_retest TSC - EP4_1 TSC40	-1,387	,166
EP4_2_retest TSC - EP4_2 TSC40	-,511	,609
EP4_3_retest TSC - EP4_3 TSC40	-,686	,493
EP4_4_retest TSC - EP4_4 TSC40	-2,021	,043
EP4_5_retest TSC - EP4_5 TSC40	-1,406	,160
EP4_6_retest TSC - EP4_6 TSC40	-1,674	,094
EP4_7_retest TSC - EP4_7 TSC40	-1,469	,142
EP4_8_retest TSC - EP4_8 TSC40	-1,225	,221
EP4_9_retest TSC - EP4_9 TSC40	-1,520	,128
EP4_10_retest TSC - EP4_10 TSC40	-2,500	,012
EP4_11_retest TSC - EP4_11 TSC40	-3<0,001	,003
EP4_12_retest TSC - EP4_12 TSC40	-2,577	,010
EP4_13_retest TSC - EP4_13 TSC40	-2,309	,021
EP4_14_retest TSC - EP4_14 TSC40	-1,774	,076
EP4_15_retest TSC - EP4_15 TSC40	-2,355	,019
EP4_16_retest TSC - EP4_16 TSC40	-1<0,001	,317
EP4_17_retest TSC - EP4_17 TSC40	-,363	,716
EP4_19_retest TSC - EP4_19 TSC40	-1,232	,218
EP4_20_retest TSC - EP4_20 TSC40	-,258	,796
EP4_21_retest TSC - EP4_21 TSC40	-2,066	,039
EP4_22_retest TSC - EP4_22 TSC40	-2,419	,016
EP4_23_retest TSC - EP4_23 TSC40	-,378	,705
EP4_24_retest TSC - EP4_24 TSC40	-2,556	,011
EP4_25_retest TSC - EP4_25 TSC40	-,775	,439
EP4_26_retest TSC - EP4_26 TSC40	-,816	,414
EP4_27_retest TSC - EP4_27 TSC40	<0,001	1<0,001
EP4_28_retest TSC - EP4_28 TSC40	-2,884	,004
EP4_29_retest TSC - EP4_29 TSC40	-1,134	,257
EP4_30_retest TSC - EP4_30 TSC40	-1,342	,180
EP4_31_retest TSC - EP4_31 TSC40	-1,427	,154
EP4_32_retest TSC - EP4_32 TSC40	-1,265	,206
EP4_33_retest TSC - EP4_33 TSC40	-1,890	,059
EP4_34_retest TSC - EP4_34 TSC40	-1,615	,106
EP4_35_retest TSC - EP4_35 TSC40	-3,126	,002
EP4_36_retest TSC - EP4_36 TSC40	-1<0,001	,317
EP4_37_retest TSC - EP4_37 TSC40	-1,886	,059
EP4_38_retest TSC - EP4_38 TSC40	-,351	,725
EP4_39_retest TSC - EP4_39 TSC40	-1<0,001	,317
EP4_40_retest TSC - EP4_40 TSC40	-2<0,001	,046

### 2.3 Συχνότητα αναφερόμενων τραυματικών εμπειριών

Ο πίνακας 9 παρουσιάζει τα ποσοστά των ατόμων του δείγματος που αναφέρουν μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες για κάθε ένα από τους τέσσερις τύπους ξεχωριστά όπως προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο του πρώιμου τραύματος (ETI-

SR-SF). Όπως φαίνεται στον πίνακα μία πολύ μικρή μειονότητα, μόλις 4%, δεν ανέφερε καμία τραυματική εμπειρία. Το μικρότερο ποσοστό βρέθηκε στις εμπειρίες σεξουαλικής παρενόχλησης ή κακοποίησης (33,3%), το οποίο ωστόσο δηλώνει εξαιρετικά μεγάλη και κοινωνικά σημαντική έκταση του φαινομένου.

**Πίνακας 9.** Κατανομή συχνότητας των παιδικών τραυματικών εμπειριών που αναφέρουν οι φοιτητές (N= 324)

	N	%
Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	279	86,1
Τραύμα σωματικής τιμωρίας	274	84,6
Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης	244	75,3
Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης	108	33,3
Τραύμα συνολικό	311	96

#### 2.4 Συσχετίσεις ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος με δημογραφικούς παράγοντες

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ του τραύματος, συνολικού και επιμέρους, και των ακόλουθων δημογραφικών μεταβλητών: τμήμα φοίτησης, φύλο και έτος φοίτησης. Τα στατιστικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι Pearson's chi-square και Fisher's exact.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ τμήματος και ειδών τραύματος, ανιχνεύθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τραύματος ποικίλης αιτιολογίας και τμήματος. Όπως προκύπτει από τον πίνακα 10, παρόλο που όσοι ανέφεραν τραύμα ποικίλης αιτιολογίας είχαν περίπου την ίδια σχετική συχνότητα στο τμήμα ψυχολογίας (93,5%) και σε άλλο τμήμα (80,9%), εντούτοις από εκείνους που δεν είχαν τραύμα, η πλειοψηφία ανήκε σε άλλο πλην ψυχολογίας τμήμα (19,1%,  $p=0,001$ ).

Η πλειοψηφία αυτών που ανέφερε τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης ανήκε σε άλλο, πλην ψυχολογίας τμήμα, (38,6%) σε αντίθεση με τη σχεδόν ίση κατανομή εκείνων που δεν ανέφεραν τέτοιο τραύμα (άλλο πλην ψυχολογίας τμήμα: 61,4%, τμήμα ψυχολογίας: 73,4%,  $p=0,024$ )

Το ποσοστό των ατόμων του δείγματος που δεν ανέφερε τραύμα συνολικό ανήκε σε άλλο πλην ψυχολογίας τμήμα (4,4%) σε αντίθεση με τη σχεδόν ίση κατανομή

εκείνων που ανέφεραν τέτοιο τραύμα (άλλο πλην ψυχολογίας τμήμα: 56,1%, τμήμα ψυχολογίας: 43,9%,  $p=0,012$ ).

**Πίνακας 10.** Συσχετίσεις ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος με το τμήμα φοίτησης

		ΤΜΗΜΑ				p
		Ψυχολογίας		Άλλο		
		N	%	N	%	
Τραύμα Ποικίλης Αιτιολογίας	Όχι	9	6,5%	35	19,1%	<b>0,001</b>
	Ναι	130	93,5%	148	80,9%	
	Σύνολο	139	100,0%	183	100,0%	
Τραύμα Σωματικής Τιμωρίας	Όχι	17	12,4%	29	15,8%	0,386
	Ναι	120	87,6%	154	84,2%	
	Σύνολο	137	100,0%	183	100,0%	
Τραύμα Συναισθηματικής Κακοποίησης	Όχι	34	24,6%	44	24,0%	0,902
	Ναι	104	75,4%	139	76,0%	
	Σύνολο	138	100,0%	183	100,0%	
Τραύμα Σεξουαλικής Κακοποίησης	Όχι	102	73,4%	113	61,4%	<b>0,024</b>
	Ναι	37	26,6%	71	38,6%	
	Σύνολο	139	100,0%	184	100,0%	
Τραύμα Συνολικό	Όχι	0	0,0%	8	4,4%	<b>0,012</b>
	Ναι	136	100,0%	174	95,6%	
	Σύνολο	136	100,0%	182	100,0%	

Ο πίνακας 11 δείχνει τις συσχετίσεις του ερωτηματολογίου του πρώιμου τραύματος με το φύλο. Συγκεκριμένα, το 98,3% των ανδρών δηλώνουν τραύμα σωματικής τιμωρίας, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών (82,5%) που συμμετείχαν στη μελέτη ( $p=0,002$ ). Δεν προέκυψαν λοιπές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των άλλων τύπων τραύματος με το φύλο.

**Πίνακας 11.** Συσχετίσεις ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος με το φύλο

		Φύλο				p
		Ανδρας		Γυναίκα		
		N	%	N	%	
Τραύμα Ποικίλης Αιτιολογίας	Όχι	6	10,3%	38	14,3%	0,422
	Ναι	52	89,7%	227	85,7%	
	Σύνολο	58	100,0%	265	100,0%	
Τραύμα Σωματικής Τιμωρίας	Όχι	1	1,7%	46	17,5%	<b>0,002</b>
	Ναι	57	98,3%	217	82,5%	
	Σύνολο	58	100,0%	263	100,0%	
Τραύμα Συναισθηματικής Κακοποίησης	Όχι	10	17,2%	68	25,8%	0,170
	Ναι	48	82,8%	196	74,2%	
	Σύνολο	58	100,0%	264	100,0%	
Τραύμα Σεξουαλικής Κακοποίησης	Όχι	41	70,7%	175	65,8%	0,473
	Ναι	17	29,3%	91	34,2%	
	Σύνολο	58	100,0%	266	100,0%	
Τραύμα Συνολικό	Όχι	0	0,0%	8	3,1%	0,359
	Ναι	58	100,0%	253	96,9%	
	Σύνολο	58	100,0%	261	100,0%	

Ο πίνακας 12 παρουσιάζει τις συσχετίσεις ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο του πρώιμου τραύματος και του έτους φοίτησης. Όπως φαίνεται από την επισκόπηση του πίνακα δεν ανιχνεύθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του πρώιμου τραύματος και του έτους φοίτησης.

**Πίνακας 12.** Συσχετίσεις επιμέρους τύπων και συνολικού τραύματος με έτος φοίτησης

		Έτος φοίτησης						p
		1ο έτος		>1 έτος		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Τραύμα Ποικίλης Αιτιολογίας	Όχι	32	72,7%	12	27,3%	44	100,0%	0,865
	Ναι	193	71,5%	77	28,5%	270	100,0%	
Τραύμα Σωματικής Τιμωρίας	Όχι	34	73,9%	12	26,1%	46	100,0%	0,730
	Ναι	190	71,4%	76	28,6%	266	100,0%	
Τραύμα Συναισθηματικής Κακοποίησης	Όχι	55	70,5%	23	29,5%	78	100,0%	0,812
	Ναι	169	71,9%	66	28,1%	235	100,0%	
Τραύμα Σεξουαλικής Κακοποίησης	Όχι	154	73,7%	55	26,3%	209	100,0%	0,283
	Ναι	72	67,9%	34	32,1%	106	100,0%	
Τραύμα Συνολικό	Όχι	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%	0,111
	Ναι	214	70,9%	88	29,1%	302	100,0%	

## 2.5 Συσχετίσεις Ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος- σύντομη μορφή με τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι πίνακες που αναφέρονται στις συσχετίσεις του ερωτηματολογίου του τραύματος με τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια είναι η Ποιότητα Ζωής, η Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τραυματικές εμπειρίες, ο Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού και η κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων. Για τη στατιστική τους επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Student's t-test.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 13, οι φοιτητές που αναφέρουν πρώιμο τραύμα ποικίλης αιτιολογίας, έχουν χαμηλότερες τιμές σε όλες τις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής (Σωματική Υγεία, Ψυχολογική Υγεία, Κοινωνικές Σχέσεις και Περιβάλλον) συγκριτικά με αυτούς που δεν αναφέρουν αυτόν τον τύπο τραύματος, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Αντίστοιχα, οι φοιτητές που αναφέρουν τραύμα ποικίλης αιτιολογίας έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της TSC-40: αποσύνδεση, άγχος, κατάθλιψη, σεξουαλικά προβλήματα, δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης αλλά και στο συνολικό σκορ. Αναφορικά με την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων, οι φοιτητές που αναφέρουν τραύμα ποικίλης αιτιολογίας έχουν υψηλότερη βαθμολογία στο τύπο

προσκόλλησης, άγχος. Όπως προαναφέρθηκε στο τμήμα της εργασίας που παρουσιάζονται τα ψυχομετρικά εργαλεία, το άγχος που διερευνά η συγκεκριμένη κλίμακα αφορά το άγχος που βιώνει το άτομο από τις στενές του σχέσεις/ δεσμούς και την υπέρ- επαγρύπνηση έναντι μιας πιθανής απόρριψης του. Τέλος, οι φοιτητές που αναφέρουν τραύμα ποικίλης αιτιολογίας αναφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό περισσότερες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, συγκριτικά πάντα με αυτούς που δεν αναφέρουν τραύμα ποικίλης αιτιολογίας.

**Πίνακας 13.** Συσχετίσεις Τραύματος Ποικίλης Αιτιολογίας, με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού

	Τραύμα Ποικίλης Αιτιολογίας				p
	Όχι (n=44)	Ναι (n=279)			
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής</b>					
Σωματική Υγεία	15,89	1,44	15,02	1,92	<b>0,004</b>
Ψυχολογική Υγεία	14,68	2,20	13,89	2,50	<b>0,047</b>
Κοινωνικές Σχέσεις	15,59	2,13	14,18	2,72	<b>0,001</b>
Περιβάλλον	13,97	1,99	13,25	2,07	<b>0,034</b>
<b>Κλίμακα Συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα</b>					
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	2,50	1,78	4,53	3,16	<b>&lt;0,001</b>
Άγχος	4,32	3,14	6,45	4,14	<b>0,001</b>
Κατάθλιψη	4,12	2,68	6,29	4,18	<b>&lt;0,001</b>
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	2,24	1,74	3,99	2,92	<b>&lt;0,001</b>
Διαταραχές ύπνου	4,74	3,06	5,81	3,45	0,057
Σεξουαλικά προβλήματα	1,63	2,12	3,54	3,56	<b>&lt;0,001</b>
Συνολική βαθμολογία	16,40	9,21	27,32	15,32	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων</b>					
Τύπος προσκόλλησης που συνδέεται με την αποφυγή	2,98	1,01	3,13	1,04	0,371
Τύπος προσκόλλησης που συνδέεται με το άγχος	3,18	,81	3,51	1,10	<b>0,027</b>
<b>Κατάλογος συμπεριφορών αυτοτραυματισμού</b>					
	1,09	1,31	2,37	2,50	<b>&lt;0,001</b>

Ο πίνακας 14 που ακολουθεί αναφέρει τις συσχετίσεις του τραύματος σωματικής τιμωρίας με το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής (ΠΖ), τη Κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα (TSC-40), την κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων (G- ECR-R) και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού (SHI). Χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής (Σωματική Υγεία, επίπεδο Ανεξαρτησίας, Ψυχολογική Υγεία και Πνευματικότητα, Κοινωνικές Σχέσεις και Περιβάλλον) εμφανίζουν οι φοιτητές που αναφέρουν πρώιμο τραύμα σωματικής τιμωρίας συγκριτικά με αυτούς που δεν αναφέρουν, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Αντίστοιχα, οι φοιτητές που αναφέρουν πρώιμο τραύμα σωματικής τιμωρίας έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της TSC-40: αποσύνδεση, άγχος, κατάθλιψη, σεξουαλικά προβλήματα, δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης αλλά και στο συνολικό σκορ. Παρόμοιες συσχετίσεις εμφανίζονται και μεταξύ της υποκλίμακας άγχους της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοκαταστροφικών Συμπεριφορών.



**Πίνακας 14.** Συσχετίσεις Τραύματος Σωματικής Τιμωρίας με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού

	Τραύμα Σωματικής Τιμωρίας				p
	Όχι (n=47)		Ναι (n=274)		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής</b>					
Σωματική Υγεία	16,16	1,63	14,97	1,87	<0,001
Ψυχολογική Υγεία	15,49	2,00	13,76	2,45	<0,001
Κοινωνικές σχέσεις	16,04	2,14	14,08	2,67	<0,001
Περιβάλλον	14,00	2,31	13,22	2,02	<b>0,018</b>
<b>Κλίμακα Συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα</b>					
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	2,55	2,35	4,57	3,10	<0,001
Άγχος	4,89	3,47	6,37	4,15	<b>0,022</b>
Κατάθλιψη	4,24	3,19	6,34	4,15	<b>0,001</b>
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	2,26	1,94	4,05	2,91	<0,001
Διαταραχές ύπνου	5,02	3,66	5,82	3,37	0,141
Σεξουαλικά προβλήματα	1,81	2,42	3,57	3,57	<0,001
Συνολική βαθμολογία	17,44	11,72	27,43	15,13	<0,001
<b>Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων</b>					
Αποφυγή	2,88	,92	3,15	1,05	0,122
Άγχος	3,12	,97	3,53	1,08	<b>0,021</b>
Κατάλογος συμπεριφορών αυτοτραυματισμού	1,11	1,52	2,39	2,50	<0,001

Όπως φαίνεται στον πίνακα 15 που ακολουθεί, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ πρώιμων τραυματικών εμπειριών συναισθηματικής κακοποίησης και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ποιότητα ζωής, αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, διαπροσωπικών σχέσεων και τρεχουσών ψυχολογικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές που αναφέρουν τέτοιου είδους τραύμα έχουν μικρότερη βαθμολογία και στις πέντε διαστάσεις της ποιότητας ζωής, συγκριτικά πάντα με τους φοιτητές που δεν αναφέρουν τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης. Επιπλέον, οι φοιτητές με τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της TSC- 40: αποσύνδεση, άγχος, κατάθλιψη, σεξουαλικά προβλήματα, δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης αλλά και στο συνολικό σκορ. Αναφορικά με την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του πρώιμου συναισθηματικού τραύματος και με τους δύο τύπους προσκόλλησης, αποφυγή και

άγχος. Ακόμη, οι φοιτητές που αναφέρουν πρώιμο τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης, έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού.

**Πίνακας 15.** Συσχετίσεις Τραύματος Συναισθηματικής Κακοποίησης με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού

	Τραύμα Συναισθηματικής Κακοποίησης				p
	Όχι (n=78)		Ναι (n=244)		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής</b>					
Σωματική Υγεία	15,78	1,59	14,94	1,93	<b>0,001</b>
Ψυχολογική Υγεία	15,27	2,00	13,60	2,46	<b>&lt;0,001</b>
Κοινωνικές Σχέσεις	15,59	2,57	13,97	2,61	<b>&lt;0,001</b>
Περιβάλλον	13,97	1,78	13,14	2,12	<b>0,002</b>
<b>Κλίμακα Συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα</b>					
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	3,10	2,47	4,63	3,17	<b>&lt;0,001</b>
Άγχος	4,96	3,59	6,55	4,17	<b>0,003</b>
Κατάθλιψη	4,32	3,09	6,56	4,22	<b>&lt;0,001</b>
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	2,53	2,05	4,17	2,97	<b>&lt;0,001</b>
Διαταραχές ύπνου	5,23	3,40	5,83	3,42	0,178
Σεξουαλικά προβλήματα	1,91	2,22	3,73	3,67	<b>&lt;0,001</b>
Συνολική βαθμολογία	19,00	11,44	28,20	15,51	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων</b>					
Αποφυγή	2,78	,85	3,21	1,07	<b>0,002</b>
Άγχος	3,07	,93	3,59	1,09	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού</b>					
	1,38	1,60	2,46	2,58	<b>&lt;0,001</b>

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 16, χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής: Σωματική Υγεία, Ψυχολογική Υγεία και Περιβάλλον, εμφανίζουν οι φοιτητές που αναφέρουν πρώιμο τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης, συγκριτικά με αυτούς που δεν αναφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, ενώ σημαντικά υψηλότερες τιμές εμφανίζουν στις υποκλίμακες της TSC- 40: αποσύνδεση, άγχος, κατάθλιψη, σεξουαλικά προβλήματα, δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης, διαταραχές ύπνου αλλά

και στο συνολικό σκορ, στον αγχώδη τύπο προσκόλλησης της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και στο Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού.

**Πίνακας 16.** Συσχετίσεις Τραύματος Σεξουαλικής Κακοποίησης με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού

	Τραύμα Σεξουαλικής Κακοποίησης				P
	Όχι (n=216)		Ναι (n=108)		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής</b>					
Σωματική Υγεία	15,38	1,84	14,67	1,88	<b>0,001</b>
Ψυχολογική Υγεία	14,30	2,39	13,40	2,52	<b>0,002</b>
Κοινωνικές Σχέσεις	14,54	2,63	14,03	2,77	0,106
Περιβάλλον	13,70	1,95	12,65	2,13	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κλίμακα Συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα</b>					
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	3,90	2,94	4,98	3,24	<b>0,003</b>
Άγχος	5,37	3,80	7,69	4,18	<b>&lt;0,001</b>
Κατάθλιψη	5,40	3,81	7,25	4,32	<b>&lt;0,001</b>
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	3,42	2,71	4,46	3,00	<b>0,002</b>
Διαταραχές Ύπνου	5,40	3,28	6,23	3,61	<b>0,038</b>
Σεξουαλικά προβλήματα	2,83	3,11	4,17	3,93	<b>0,003</b>
Συνολική βαθμολογία	23,31	13,89	31,05	16,10	<b>&lt;0,001</b>
<b>Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων</b>					
Αποφυγή	3,07	1,04	3,20	1,01	0,336
Άγχος	3,37	1,08	3,65	1,03	<b>0,033</b>
<b>Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού</b>					
	1,77	1,88	3,03	3,06	<b>&lt;0,001</b>

Σύμφωνα με τον πίνακα 17 που παρουσιάζεται στη συνέχεια, οι φοιτητές που αναφέρουν πρώιμο συνολικό τραύμα έχουν χαμηλότερες τιμές, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, στις διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής: Ψυχολογική Υγεία και Κοινωνικές Σχέσεις. Οι φοιτητές αυτοί εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερες τιμές στην υποκλίμακα της TSC- 40 «αποσύνδεση» και στον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού.

**Πίνακας 17.** Συσχετίσεις Συνολικού Τραύματος με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής , τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού

	Τραύμα Συνολικό				p
	Όχι (n=8)		Ναι (n=311)		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής</b>					
Σωματική Υγεία	15,72	1,79	15,13	1,89	0,380
Ψυχολογική Υγεία	16,25	1,12	13,95	2,47	<b>0,009</b>
Κοινωνικές Σχέσεις	16,80	1,81	14,29	2,68	<b>0,009</b>
Περιβάλλον	14,75	1,96	13,30	2,07	0,052
<b>Κλίμακα Συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα</b>					
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	2,13	1,81	4,33	3,10	<b>0,046</b>
Άγχος	4,88	4,12	6,20	4,09	0,367
Κατάθλιψη	3,63	3,07	6,09	4,11	0,093
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	1,88	1,46	3,82	2,87	0,057
Διαταραχές Ύπνου	5,88	5,54	5,69	3,37	0,879
Σεξουαλικά προβλήματα	1,13	2,10	3,34	3,48	0,074
Συνολική βαθμολογία	15,88	11,66	26,20	15,14	0,057
<b>Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων</b>					
Αποφυγή	2,69	1,06	3,13	1,04	0,239
Άγχος	2,94	,99	3,49	1,07	0,160
<b>Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού</b>	,38	,74	2,25	2,44	<b>&lt;0,001</b>

## 2.6 Συσχετίσεις Ερωτηματολογίου Πρώιμου τραύματος- σύντομη μορφή με τον συνολικό δείκτη Ποιότητας Ζωής

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η κατανομή της ερώτησης του Ερωτηματολογίου Ποιότητα Ζωής «Πως βαθμολογείται γενικά τη ποιότητα ζωής σας?» σε σχέση με το συνολικό πρώιμο τραύμα και των τύπων του (τραύμα ποικίλης αιτιολογίας, τραύμα σωματικής τιμωρίας, τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης και τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης) όπως προκύπτουν από το Ερωτηματολόγιο Πρώιμου τραύματος- σύντομη μορφή.

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 18, υπάρχει σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ τύπων παιδικών τραυματικών εμπειριών και του συνολικού δείκτη ποιότητας

ζωής. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές που αναφέρουν παιδικό τραύμα έχουν χαμηλότερες τιμές στο συνολικό δείκτη της ποιότητας ζωής.

**Πίνακας 18.** Κατανομές Ποιότητας Ζωής σε σχέση με το Πρώιμο Τραύμα

		Συνολικός Δείκτης Ποιότητας Ζωής		p
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Τραύμα Ποικίλης Αιτιολογίας	Όχι	4,11	,72	,181
	Ναι	3,94	,80	
Τραύμα Σωματικής Τιμωρίας	Όχι	4,36	,67	<,001
	Ναι	3,90	,79	
Τραύμα Συναισθηματικής Κακοποίησης	Όχι	4,25	,76	<,001
	Ναι	3,88	,78	
Τραύμα Σεξουαλικής Κακοποίησης	Όχι	4,05	,77	,009
	Ναι	3,80	,79	
Τραύμα Συνολικό	Όχι	4,50	,76	,054
	Ναι	3,95	,79	

## 2.7 Συσχετίσεις του ερωτηματολογίου Ποιότητα Ζωής, της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και του Καταλόγου Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού με δημογραφικές μεταβλητές

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι πίνακες με τις συσχετίσεις των ψυχομετρικών εργαλείων, πλην αυτού που αφορά το πρώιμο τραύμα, με το τμήμα φοίτησης, το φύλο και το έτος φοίτησης. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο Student's t-test.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 19, υπάρχουν σημαντικά μεγαλύτερες μέσες τιμές στη μεταβλητή Περιβάλλον της Ποιότητας Ζωής και της μεταβλητής Σεξουαλικά Προβλήματα της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το τραύμα, στο τμήμα ψυχολογίας ( $13,70 \pm 2,01$ ,  $3,83 \pm 3,75$ ) σε σχέση με άλλο τμήμα ( $13,09 \pm 2,08$ ,  $2,87 \pm 3,17$ , αντίστοιχα). Επίσης παρατηρήθηκε σημαντικά μειωμένη μέση τιμή στη μεταβλητή άγχος της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το τραύμα, στο τμήμα ψυχολογίας ( $5,38 \pm 3,73$ ) σε σχέση με άλλο τμήμα ( $6,76 \pm 4,24$  αντίστοιχα).

**Πίνακας 19.** Συσχετίσεις τμήματος φοίτησης με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού

	Τμήμα				P
	Ψυχολογίας (n=139)		Άλλο (n=184)		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής</b>					
Σωματική Υγεία	15,34	2,00	14,99	1,78	,103
Ψυχολογική Υγεία	14,03	2,64	13,96	2,34	,814
Κοινωνικές Σχέσεις	14,34	2,94	14,40	2,48	,864
Περιβάλλον	13,70	2,01	13,09	2,08	<b>,009</b>
<b>Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το τραύμα</b>					
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	4,22	3,05	4,30	3,10	,816
Άγχος	5,38	3,73	6,76	4,24	<b>,003</b>
Κατάθλιψη	5,87	4,40	6,14	3,83	,560
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	3,91	3,03	3,67	2,71	,459
Διαταραχές ύπνου	5,34	3,52	5,94	3,32	,118
Σεξουαλικά προβλήματα	3,83	3,75	2,87	3,17	<b>,018</b>
Συνολικό σκορ	25,83	15,75	26,02	14,60	,913
<b>Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων</b>					
Αποφυγή	3,06	1,03	3,15	1,05	,448
Άγχος	3,52	1,13	3,42	1,02	,400
<b>Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού</b>					
	2,38	2,29	2,05	2,50	,227

Στον πίνακα 20 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των ψυχομετρικών εργαλείων, πλην του ερωτηματολογίου του τραύματος, με το έτος φοίτησης Όπως φαίνεται στον πίνακα, η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών που βρίσκονται στο 1<sup>ο</sup> έτος και των φοιτητών που βρίσκονται σε μεγαλύτερο έτος εντοπίζεται στη μεταβλητή Σεξουαλικά προβλήματα της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το τραύμα. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε σημαντικά μειωμένη μέση τιμή στη μεταβλητή στο 1<sup>ο</sup> έτος φοίτησης(3,02±3,46) σε σχέση με μεγαλύτερο έτος (3,88±3,40 αντίστοιχα).

**Πίνακας 20.** Συσχετίσεις έτους φοίτησης με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού

	Έτος φοίτησης				p
	1ο έτος (n=226)		>1 έτος (n=89)		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής</b>					
Σωματική Υγεία	15,22	1,80	14,95	2,08	0,266
Ψυχολογική Υγεία	14,02	2,46	13,87	2,49	0,647
Κοινωνικές Σχέσεις	14,53	2,43	14,01	3,21	0,173
Περιβάλλον	13,39	2,02	13,30	2,19	0,746
<b>Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το τραύμα</b>					
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	4,28	3,18	4,16	2,88	0,756
Άγχος	6,12	4,21	6,02	3,59	0,836
Κατάθλιψη	5,98	3,96	5,97	4,33	0,982
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	3,75	2,95	3,75	2,63	0,990
Διαταραχές ύπνου	5,85	3,50	5,25	3,06	0,156
Σεξουαλικά προβλήματα	3,02	3,46	3,88	3,40	<b>0,049</b>
Συνολικό σκορ	25,62	15,40	26,07	14,20	0,814
<b>Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων</b>					
Αποφυγή	3,06	1,03	3,21	1,02	0,258
Άγχος	3,42	1,07	3,54	1,04	0,365
<b>Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού</b>	2,03	2,43	2,54	2,34	0,095

Αναφορικά με την σχέση που υπάρχει μεταξύ του φύλου και των μεταβλητών που προκύπτουν από τα ψυχομετρικά εργαλεία, παρατηρούνται σημαντικά μεγαλύτερες μέσες τιμές στις μεταβλητές Άγχος και Κατάθλιψη της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το τραύμα, στις γυναίκες ( $6,38 \pm 4,16$ ,  $6,25 \pm 4,15$ ) σε σχέση με τους άνδρες ( $5,07 \pm 3,47$ ,  $4,91 \pm 3,56$ ) (Πίνακας 21).

**Πίνακας 21.** Συσχετίσεις του φύλου με το ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής, τη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα, την κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων και τον Κατάλογο Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού

	Φύλο				p
	Άνδρας (n=58)		Γυναίκα (n=266)		
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
<b>Ερωτηματολόγιο Ποιότητα Ζωής</b>					
Σωματική Υγεία	15,26	2,04	15,11	1,85	,608
Ψυχολογική Υγεία	14,18	2,79	13,96	2,40	,545
Κοινωνικές Σχέσεις	14,24	2,87	14,40	2,65	,689
Περιβάλλον	13,46	1,96	13,32	2,10	,649
<b>Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το τραύμα</b>					
Αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα	4,16	2,88	4,28	3,12	,792
Άγχος	5,07	3,47	6,38	4,16	<b>,029</b>
Κατάθλιψη	4,91	3,56	6,25	4,15	<b>,015</b>
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης	3,42	2,55	3,84	2,91	,342
Διαταραχές ύπνου	5,26	2,99	5,77	3,50	,306
Σεξουαλικά προβλήματα	3,56	2,62	3,23	3,61	,446
Συνολικό σκορ	22,98	12,17	26,46	15,55	,136
<b>Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων</b>					
Αποφυγή	3,17	,85	3,10	1,07	,634
Άγχος	3,52	1,01	3,45	1,08	,704
Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού	2,13	2,38	2,21	2,42	,821

## 2.8 Συσχετίσεις του Καταλόγου Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού με τη Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων

Ο πίνακας που έπεται δείχνει τις συσχετίσεις του Καταλόγου Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού με τη Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων. Σε όλες τις περιπτώσεις βρέθηκε θετική συσχέτιση (θετικό πρόσημο στο Spearman correlation coefficient), κάτι που υποδεικνύει πως αυξανόμενη της κλίμακας αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, αυξανόταν το σκορ σε κάθε απάντηση (αποφυγή ή άγχος), ή αντίστροφα (δεν μπορούμε να καθορίσουμε από στατιστικής άποψης ποια μεταβλητή είναι το αίτιο και ποια το αποτέλεσμα) (Πίνακας 22).



**Πίνακας 22.** Συσχέτιση Κλίμακας Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς με τους παράγοντες της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων (αποφυγή- άγχος)

Spearman's rho	Κλίμακα Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού	
EP3_Αποφυγή	Correlation Coefficient	,211
	P-value	<0,001
	N	295
EP3_Άγχος	Correlation Coefficient	,322
	P-value	<0,001
	N	303

## 2.9 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με «Αποφυγή» ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών και τις βαθμολογίες στις κλίμακες τραύματος και αυτοτραυματικών συμπεριφορών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 23.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με «Αποφυγή» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στις Κλίμακες Τραύματος και Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών

	$\beta^*$	SE**	P
Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης	0,12	0,04	0,002
Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	0,10	0,04	0,008

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα εξάρτησης

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης» και «Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τον **τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με «Αποφυγή»**. Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης», υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα αυτά του είδους, τόσο αυξάνεται η βαθμολογία στον τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με την αποφυγή, υποδηλώνοντας περισσότερη αποφυγή.

- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας», υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα αυτά του είδους, τόσο αυξάνεται η βαθμολογία στον τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με την αποφυγή, υποδηλώνοντας περισσότερη αποφυγή.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τον **τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με «Άγχος»**, ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών και τις βαθμολογίες στις κλίμακες τραύματος και αυτοτραυματικών συμπεριφορών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 24.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με «Άγχος» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στις Κλίμακες Τραύματος και Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών

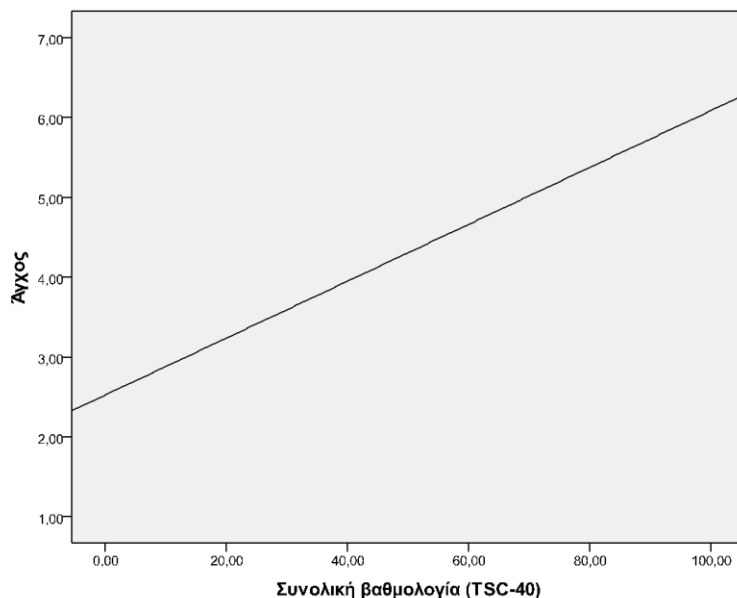
		β*	SE**	P
Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης		0,14	0,04	<0,001
Συνολική βαθμολογία (TSC-40)		0,03	0,00	<0,001
Μέσος όρος επίδοσης	8,6-10	0,00 <sup>+</sup>		
	5-7	0,30	0,19	0,113
	7,1-8,5	0,51	0,16	0,001

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα εξάρτησης <sup>+</sup>υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Οι βαθμολογίες στη διάσταση «Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης» και στην κλίμακα TSC-40 καθώς και ο μέσος όρος επίδοσης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τον τύπο προσκόλλησης που συνδέεται με «Άγχος». Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης», υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα αυτά του είδους, τόσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος», υποδηλώνοντας περισσότερο άγχος.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στην κλίμακα TSC-40, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα, τόσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος», υποδηλώνοντας περισσότερο άγχος.
- Οι φοιτητές με μέσο όρο επίδοσης 7,1-8,5 είχαν κατά 0,51 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερο άγχος, σε σύγκριση με τους φοιτητές που είχαν μέσο όρο επίδοσης 8,6-10.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση του **τύπου προσκόλλησης που συνδέεται με «Άγχος»** με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα TSC-40



*Γράφημα 3* Συσχέτιση του τύπου προσκόλλησης που συνδέεται με «Άγχος», με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το τραύμα

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών και τις βαθμολογίες στις κλίμακες τραύματος, δεσμού ενηλίκων και αυτοτραυματικών συμπεριφορών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 25.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών

	$\beta^*$	SE**	P
Συνολική βαθμολογία (TSC-40)	-0,05	0,01	<0,001
Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης	-0,37	0,15	0,015
Τραύμα σωματικής τιμωρίας	-0,24	0,11	0,029

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα εξάρτησης

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης» και «Τραύμα σωματικής τιμωρίας» καθώς και η συνολική βαθμολογία τραύματος TSC-40 βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της υγείας. Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης», υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα αυτά του είδους, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη ποιότητα ζωής.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Τραύμα σωματικής τιμωρίας», υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα αυτά του είδους, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη ποιότητα ζωής.
- Όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα τραύματος TSC-40, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη ποιότητα ζωής.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική υγεία», ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών και τις βαθμολογίες στις κλίμακες τραύματος, δεσμού ενηλίκων και αυτοτραυματικών συμπεριφορών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 26.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική υγεία» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών

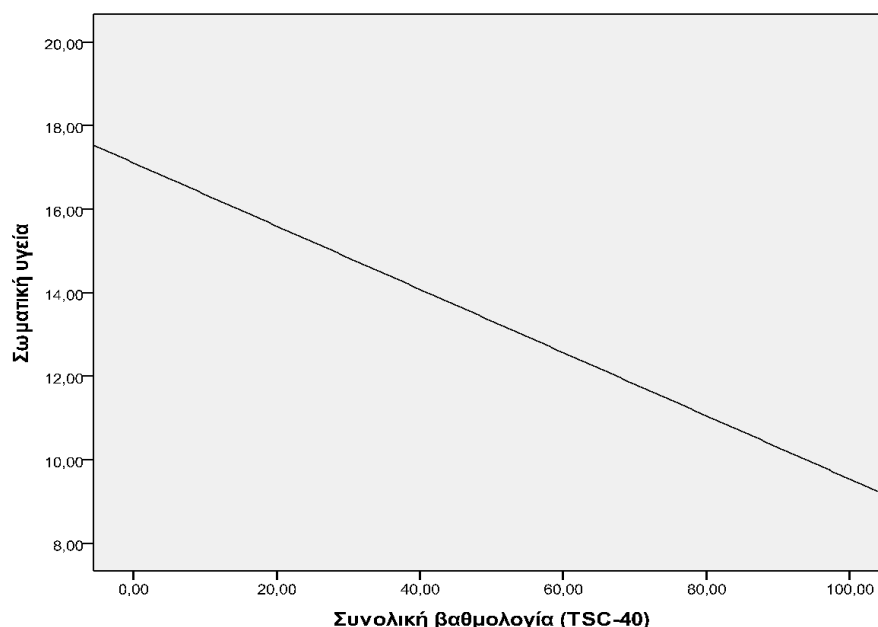
	$\beta^*$	SE**	P
Συνολική βαθμολογία (TSC-40)	-0,07	0,01	<0,001
Αποφυγή	-0,30	0,09	0,001

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα εξάρτησης

Η βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή» και η συνολική βαθμολογία τραύματος TSC-40 βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη σωματική υγεία. Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή», υποδηλώνοντας μεγαλύτερη αποφυγή, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη σωματική υγεία.
- Όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα τραύματος TSC-40, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη σωματική υγεία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της διάστασης σωματικής υγείας με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα TSC-40.



Γράφημα 4 Συσχέτιση της διάστασης «Σωματικής υγείας» του ερωτηματολογίου Ποιότητα Ζωής με τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχολογική υγεία, ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών και τις βαθμολογίες στις κλίμακες τραύματος, δεσμού ενηλίκων και αυτοτραυματικών συμπεριφορών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 27.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ψυχολογική υγεία» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών

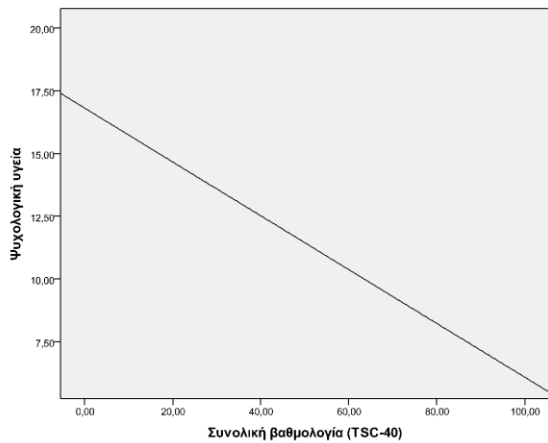
	$\beta^*$	SE**	P
Συνολική βαθμολογία (TSC-40)	-0,09	0,01	<0,001
Αποφυγή	-0,40	0,11	<0,001
Άγχος	-0,24	0,12	0,042

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα εξάρτησης

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Αποφυγή», «Άγχος» και η συνολική βαθμολογία τραύματος TSC-40 βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη ψυχολογική υγεία. Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή», υποδηλώνοντας μεγαλύτερη αποφυγή, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη ψυχολογική υγεία.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος», υποδηλώνοντας μεγαλύτερο άγχος, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη ψυχολογική υγεία.
- Όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα τραύματος TSC-40, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερη ψυχολογική υγεία.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της διάστασης ψυχολογικής υγείας με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα TSC-40.



*Γράφημα 5* Συσχέτιση της διάστασης «Ψυχολογική Υγεία» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής με τη συνολική βαθμολογία της Κλίμακας Συμπτωμάτων σχετιζόμενων με το Τραύμα.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τις κοινωνικές σχέσεις, ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών και τις βαθμολογίες στις κλίμακες τραύματος, δεσμού ενηλίκων και αυτοτραυματικών συμπεριφορών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 28.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνικές Σχέσεις» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών

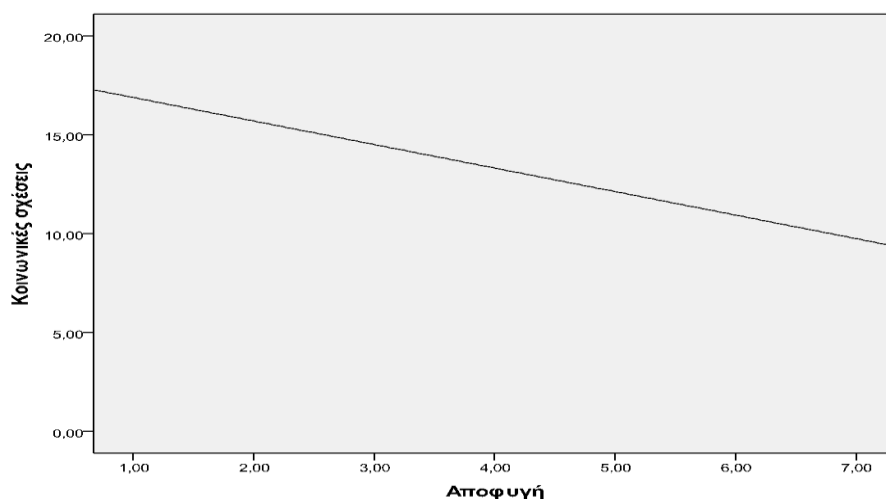
	$\beta^*$	SE**	P
Άγχος	-0,61	0,14	<0,001
Αποφυγή	-0,75	0,13	<0,001
Συνολική βαθμολογία (TSC-40)	-0,04	0,01	<0,001
Τραύμα σωματικής τιμωρίας	-0,20	0,10	0,048

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα εξάρτησης

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Τραύμα σωματικής τιμωρίας», «Αποφυγή», «Άγχος» καθώς και η συνολική βαθμολογία τραύματος TSC-40 βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τις κοινωνικές σχέσεις. Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή», υποδηλώνοντας μεγαλύτερη αποφυγή, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερες κοινωνικές σχέσεις.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Άγχος», υποδηλώνοντας μεγαλύτερο άγχος, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερες κοινωνικές σχέσεις.
- Όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα τραύματος TSC-40, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερες κοινωνικές σχέσεις.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Τραύμα σωματικής τιμωρίας», υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα αυτά του είδους, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερες κοινωνικές σχέσεις.

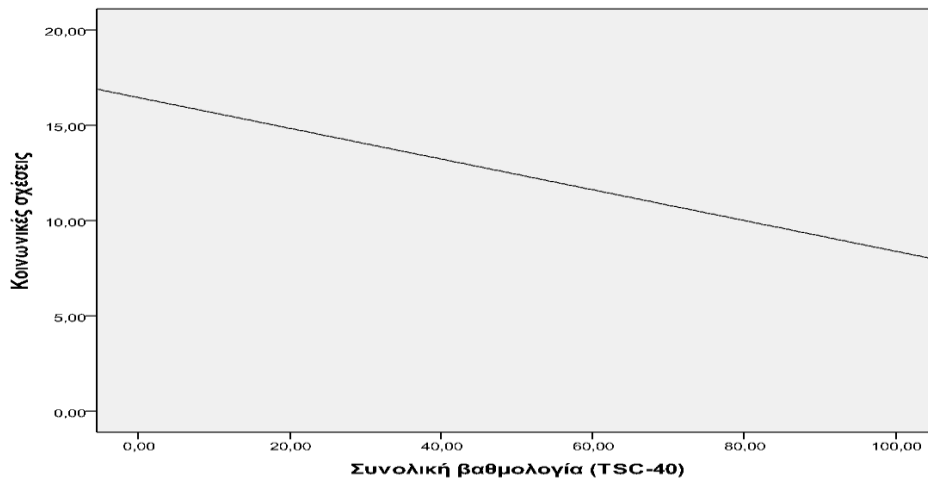
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της διάστασης κοινωνικών σχέσεων με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή».



*Γράφημα 6* Συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνικές σχέσεις» του ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή» της Κλίμακας Δεσμού Ενηλικίων

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της διάστασης κοινωνικών σχέσεων με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα TSC-40.





Γράφημα 7 Συσχέτιση της διάστασης «Κοινωνικές Σχέσεις» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής με τη συνολική βαθμολογία στη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το Τραύμα.

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή το περιβάλλον, ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών και τις βαθμολογίες στις κλίμακες τραύματος, δεσμού ενηλίκων και αυτοτραυματικών συμπεριφορών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 29.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Περιβάλλον» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και τις βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο του Πρώιμου Τραύματος, της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων και της Κλίμακας Αυτοτραυματικών Συμπεριφορών

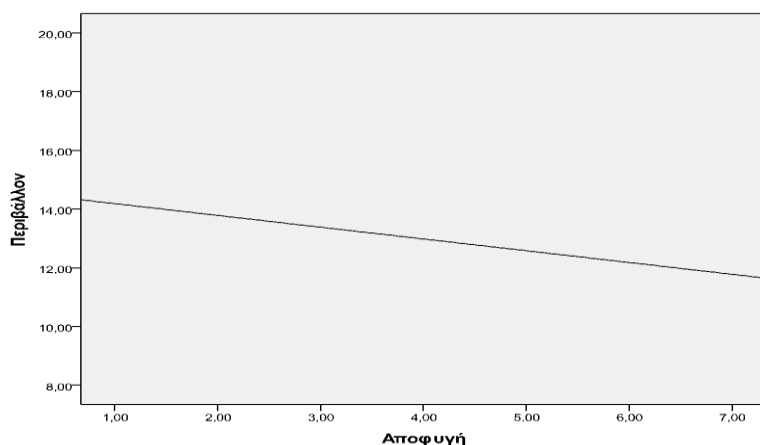
	β*	SE**	P
Συνολική βαθμολογία (TSC-40)	-0,04	0,01	<0,001
Αποφυγή	-0,25	0,11	0,021
Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης	-0,36	0,12	0,003

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα εξάρτησης

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης», «Αποφυγή» καθώς και η συνολική βαθμολογία τραύματος TSC-40 βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με το περιβάλλον. Συγκεκριμένα:

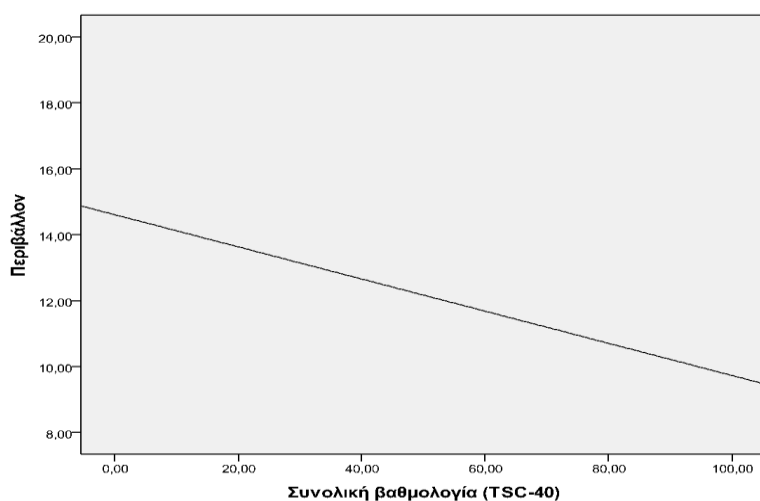
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή», υποδηλώνοντας μεγαλύτερη αποφυγή, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερο περιβάλλον.
- Όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης», υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα αυτά του είδους, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερο περιβάλλον.
- Όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα τραύματος TSC-40, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα, τόσο μειώνεται η βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερο περιβάλλον.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της διάστασης περιβάλλοντος με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή».



*Γράφημα 8* Συσχέτιση της διάστασης «Περιβάλλον» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή» της Κλίμακας Δεσμού Ενηλίκων

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της διάστασης περιβάλλοντος με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα TSC-40.



*Γράφημα 9* Συσχέτιση της διάστασης «Περιβάλλον» του ερωτηματολογίου της Ποιότητας Ζωής με τη συνολική βαθμολογία στη Κλίμακα Συμπτωμάτων Σχετιζόμενων με το τραύμα.

## Συζήτηση

Πριν τη συζήτηση των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης και των δεδομένων της ποσοτικής μελέτης, αλλά και των δεδομένων της μελέτης των δύο περιπτώσεων, κρίθηκε χρήσιμο να γίνει μία σύντομη αναφορά στους βασικούς όρους και σκοπούς της παρούσας μελέτης, οι οποίοι έχουν αναλυθεί εκτενέστερα στα ανάλογα κεφάλαια του εισαγωγικού μέρους.

Ο όρος παιδικό ψυχικό τραύμα αναφέρεται στο ψυχολογικό αποτέλεσμα ενός συμβάντος που έλαβε χώρα πριν την ηλικία των 18 ετών και περιλαμβάνει μία πληθώρα τραυματικών εμπειριών που μπορεί να βιώσει το άτομο, όπως είναι για παράδειγμα η σωματική/σεξουαλική κακοποίηση, η συναισθηματική/ψυχολογική κακοποίηση, οι φυσικές καταστροφές, οι σοβαρές αρρώστιες και οι απώλειες σημαντικών, για το άτομο, ανθρώπων.

Οι παιδικές τραυματικές εμπειρίες αποτελούν διεθνώς ένα αρκετά συχνό φαινόμενο το οποίο φαίνεται ότι επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου. Οι έρευνες που έχουν γίνει δείχνουν ότι τα άτομα που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες σε πρώιμη ηλικία παρουσιάζουν βαθιές αλλαγές στη ταυτότητα τους και του τρόπου που συσχετίζονται με τους άλλους (Dorahy et al., 2009· Taylor et al., 2006· Van der Kolk et al., 2005), ενώ αυξάνεται και η ευαλωτότητα τους σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Herman, 1992b). Επιπρόσθετα, υπάρχουν σημαντικά ερευνητικά δεδομένα την τελευταία δεκαετία, τα οποία συνδέουν τις παιδικές τραυματικές εμπειρίες με την εκδήλωση ψυχιατικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή όπως: αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης, αποσυνδεδετικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας με προεξάρχουσα την οριακή διαταραχή, διαταραχές λήψης τροφής, σχιζοφρένειας και γενικότερα ψυχωσικού τύπου διαταραχές (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber, & Juruena, 2013· Felitti & Anda 2010· Kessler et al, 2010).

Στην ελληνική βιβλιογραφία εντοπίστηκε μία μόνο έρευνα που διερεύνησε επιπτώσεις παιδικών τραυματικών εμπειριών στην ενήλικη ζωή (Velikis, Anagnostopoulou, Mastorakou, Triliva, Gouva, 2009). Συγκεκριμένα, η μελέτη αυτή είχε ως αντικείμενο την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ παιδικής κακοποίησης-

παραμέλησης και της αλεξιθυμίας - προβλημάτων υγείας σε δείγμα φοιτητικού πληθυσμού και έδειξε ότι οι φοιτητές που είχαν βιώσει έναν ή περισσότερους τύπους παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης, τείνουν να έχουν περισσότερα προβλήματα στο να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν τα συναισθηματά τους, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και προβλημάτων υγείας. Οι υπόλοιπες ευρεθείσες ελληνικές έρευνες αναφέρονται κυρίως σε τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής τιμωρίας και δεν μελετούν την επίπτωση του φαινομένου σε ενήλικο πληθυσμό (Fereti & Stavrianaki, 1997· Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011· Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007).

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των διαφόρων μορφών παιδικού τραύματος σε νεαρούς ενήλικους και η συσχέτιση αυτών με παράγοντες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κατά την ενήλικη ζωή. Οι παράγοντες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής που επιλέχθηκαν για διερεύνηση είναι οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, η συνολική ποιότητα ζωής και οι διαστάσεις της (ψυχολογική υγεία, σωματική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον), η ύπαρξη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τραυματικές εμπειρίες (αποσυνδετικού τύπου συμπτώματα, άγχος, κατάθλιψη, δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης, διαταραχές ύπνου, σεξουαλικά προβλήματα) και τέλος οι τύποι προσκόλλησης που αναπτύσσουν τα άτομα στις ερωτικές τους σχέσεις.

Στην μελέτη αυτή επιχειρείται για πρώτη φορά ίσως στην ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία, η διερεύνηση του διαγενεακού τραύματος, ενός τραυματικού γεγονότος δηλαδή που μεταδίδεται ή μεταβιβάζεται από την μία γενιά στην άλλη, επηρεάζοντας πτυχές της ζωής των απογόνων. Οι μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την διαγενεακή μεταβίβαση του τραύματος και την επίδραση του στη συμπεριφορά αφορούν κυρίως την αντικοινωνική συμπεριφορά και την διαταραχή διαγωγής. Οι εν λόγω μελέτες έχουν καταλήξει σε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ δύο γενεών (Capaldi et al., 2003· Conger et al., 2003· Thornberry et al., 2003). Συγκεκριμένα, οι προαναφερθείσες μελέτες υποδεικνύουν ότι αντικοινωνικές συμπεριφορές των γονέων συσχετίζονται με ένα πλήθος προβλημάτων συμπεριφοράς στους απογόνους τους, όπως αρνητική συναισθηματικότητα, υψηλό επίπεδο δραστηριότητας, κακή ανασταλτική ικανότητα ελέγχου και εξωτερικά παρατηρήσιμα προβλήματα. Αν και, πιο περιορισμένα, υπάρχουν

ερευνητικά στοιχεία από παρόμοιες μελέτες που αφορούν τρεις γενιές και που υποστηρίζουν ένα διαγενεακό συνεχές στην εσωτερικευμένη συμπεριφορά.

## Κεφάλαιο πρώτο

### Μελέτη περίπτωσης

Στη συνέχεια θα συζητηθούν τα συμπεράσματα της ανάλυσης περιεχομένου των δύο περιπτώσεων της ποιοτικής μελέτης. Εξαιτίας της φύσης του υπο μελέτη φαινομένου (μεταβίβαση του τραύματος σε τρεις γενιές) και των περιορισμών που η ίδια η μέθοδος της ποιοτικής μελέτης θέτει, τα συμπεράσματα που ακολουθούν πρέπει να θεωρηθούν και να αντιμετωπιστούν ως μία πρώτη διερευνητική προσέγγιση του θέματος βασιζόμενα πάντα στις θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί από την ψυχοδυναμική σχολή (Assoun, 2004·Freud, 1915-1917· Freud 1983· Green, 1985 · Pearlman & Courtois, 2005· Pearlman & Saakvitne, 1995). Σε καμία περίπτωση, με βάση τα συγκεκριμένα ερευνητικά δεδομένα, δεν δύναται να προβεί κανείς σε ασφαλείς γενικεύσεις ή να υποστηρίξει ότι η έκθεση των προγόνων σε τραυματικά γεγονότα «μεταβιβάζεται» και αποτελεί την πρωταρχική και μοναδική *αιτία* για την εκδήλωση παθολογικών εκδηλώσεων και προβλημάτων στη ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου.

**A. Πρώτη περίπτωση: Οικογενειακό Ιστορικό Ανθής:** Στη γενιά των προγόνων της Ανθής, τόσο οι μητρικοί όσο και οι πατρικοί γονείς, (παππούς και γιαγιά), έχουν βιώσει αντίξοες εμπειρίες **λόγω πολέμου**. Οι αρνητικές εμπειρίες περιλαμβάνουν βία, φτώχεια και στερήσεις.

Στη γενιά των γονέων της Ανθής, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι συνεχίζεται μια μετάδοση τραυματογόνων διαστάσεων. Συγκεκριμένα, η οικογένεια της μητέρας της Ανθής, βίωσε στερήσεις λόγω φτώχειας. Η συνθήκη αυτή, πιθανόν να ανάγκασε την οικογένεια να στείλει στο εξωτερικό για υιοθεσία τις δύο (2) μικρότερες αδελφές της μητέρας της Ανθής και την ίδια να αναλάβει από νωρίς την οικονομική στήριξη των μικρότερων αδελφών της. Η ύπαρξη και η υιοθεσία των δυο αδελφών κρατήθηκε κρυφή με αποτέλεσμα αυτό το μυστικό να αποκαλυφθεί στην μητέρα της Ανθής πολύ αργότερα στην ενήλικη ζωή.

Το οικογενειακό μυστικό ενδεχομένως δημιούργησε συναισθήματα ενοχής και θυμού στη μητέρα της Ανθής, η οποία ήταν το παιδί το οποίο, θα λέγαμε σχηματικά, ότι «γλίτωσε» την υιοθεσία. Στηριζόμενος στις θεωρίες της ψυχοδυναμικής προσέγγισης (Freud, 1915-1917), θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι η ασυνείδητη τάση να στρέφεται εναντίον του εαυτού της μπορεί ίσως να θεωρηθεί ότι συνδέεται με την ενοχή και το θυμό, αισθήματα τα οποία πιθανότατα να εκδηλώνονται μέσω των παθητικό-

επιθετικών συμπεριφορών της, καθώς και μέσω του ψυχοσωματικού διαύλου, δηλαδή με την εκδήλωση της νόσου του καρκίνου και στη συνέχεια, τη μαστεκτομή και την αφαίρεση μήτρας. Συνοπτικά, θα μπορούσε να υποτεθεί, ότι, στη μητέρα της Ανθής, διαφαίνεται η ύπαρξη του στοιχείου της σωματοποίησης και της μη δυνατότητας έκφρασης και επεξεργασίας των αρνητικών συναισθημάτων και του επιθετικού στοιχείου. Η μητέρα περιγράφεται από την Ανθή να κακοποιείται λεκτικά από τον σύζυγο και ως μητέρα να είναι συναισθηματικά απόμακρη.

Όσον αφορά τον πατέρα, δεν υπάρχουν πληροφορίες από την Ανθή αναφορικά με την παιδική του ηλικία. Στη ενήλικη ζωή, οι ταυτόχρονοι σχεδόν θάνατοι των γονέων του όταν εκείνος ήταν 40 ετών -αρχικά της μητέρας και σε ένα μήνα του πατέρα -, ενδέχεται να δημιούργησαν οδυνηρά συναισθήματα απώλειας, αλλά και θυμού προς τη μητέρα που σχηματικά θα λέγαμε ότι «τράβηξε» τον πατέρα του στο θάνατο. Ανατρέχοντας στην ψυχοδυναμική θεωρία και συγκεκριμένα στην θεωρία της μετάθεσης ως μηχανισμού άμυνας (Kernberg, 1975) , θα μπορούσε ο θυμός του πατέρα να ερμηνευθεί ως μία αλλαγή της κατεύθυνσης του συναισθήματος στο πρόσωπο της συζύγου του, προς την οποία γίνεται βίος λεκτικά. Ο πατέρας φαίνεται επίσης ανήμπορος να επεξεργαστεί τα αρνητικά συναισθήματα του.

Όσον αφορά την ίδια την Ανθή, σύμφωνα με τα στοιχεία τα οποία έδωσε στη συνέντευξη, πιθανολογείται, ότι, υπήρξε η ψυχοτραυματογόνος διάσταση κατά την παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, από πολύ μικρή βιώνει μητρική συναισθηματική αποστέρηση, καθώς χαρακτηρίζει την μητέρα της ως «απόμακρη», και επίσης, επισημαίνει ότι η μητέρα απέκρυπτε την μαστεκτομή αλλά και τα οικογενειακά μυστικά, δηλ. την υιοθεσία και ύπαρξη των δύο αδελφών της, επαναλαμβάνοντας με αυτόν τον τρόπο αυτό που είχε γίνει στην πατρική της οικογένεια. Επιπλέον η Ανθή, υπήρξε μάρτυρας βίαιων συγκρούσεων των γονέων της και φαίνεται ότι υπό μια ψυχοδυναμική έννοια «χρησιμοποιήθηκε» από τους γονείς της, καθώς απέδιδαν την αιτία των συγκρούσεων τους στην δική της συμπεριφορά. Συνεπώς, η λεκτική βία και οι συγκρούσεις στη σχέση των γονέων, φαίνεται να καταλαμβάνουν μεγάλη έκταση στην καθημερινή ζωή της οικογένειας, και ως επακόλουθο μπορεί να δημιουργούνται ενοχές στην Ανθή, θεωρώντας ότι λόγω της δικής ύπαρξης οι γονείς διαπληκτίζονται.



**Β. Ψυχοδυναμική Αξιολόγηση της Ανθή:** Η απουσίες της μητέρας της Ανθής λόγω των γυναικολογικών επεμβάσεων στις οποίες υποβλήθηκε εξαιτίας του καρκίνου, ενδεχομένως να βιώθηκαν από την Ανθή, σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία, ως εγκατάλειψη και απόρριψη, αλλά και ως πιθανή τιμωρία για το θυμό της απέναντι στη μητέρα την οποία ένιωθε ως απόμακρη και απέναντι στους γονείς οι οποίοι είχαν συγκρούσεις και δεν αντιλαμβάνονταν τις παιδικές της ανάγκες για ασφάλεια. Η ασθένεια της μητέρας, πιθανώς να είχε επιφέρει έντονα συναισθήματα ενοχής. Ο κίνδυνος της απώλειας της μητέρας, είναι μία τραυματογόνος συνθήκη, που πιθανολογείται να ωθεί την Ανθή να αναλάβει ένα ρόλο προστατευτικό προς τη μητέρα της, κάτι που δεν αντιστοιχεί στην ηλικία και στις ανάγκες της. Η συναισθηματική απουσία της μητέρας, όχι μόνο λόγω της ασθένειας, αλλά και της προσωπικότητας και των οικογενειακών μυστικών για τα παιδικά της χρόνια, μπορεί να οδήγησε την Ανθή σε συναισθήματα και σκέψεις εγκατάλειψης, στοιχεία τα οποία φαίνεται να καθρεφτίζονται στο τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους στην ενήλικη ζωή της.

Η Ανθή φαίνεται να έχει σε κάποιο βαθμό επίγνωση, ότι οι δυσκολίες της σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσει, συνδέονται με την αρνητική σχέση των γονέων, αλλά και την στάση της μητέρας η οποία ήταν συναισθηματικά απόμακρη. Στις διαπροσωπικές σχέσεις, η Ανθή, φαίνεται να ταυτίζεται με την αποστασιοποιημένη μητέρα, λειτουργώντας στερητικά χωρίς να εκφράζει και να επικοινωνεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα της, με αποτέλεσμα να μην δημιουργεί στενές συναισθηματικές σχέσεις. Το αίσθημα της απομόνωσης κατά την παιδική σχολική ηλικία, στο οποίο η Ανθή αναφέρεται, θα μπορούσε να συνδεθεί με την μητρική συναισθηματική αποστέρηση που φαίνεται να έχει βιώσει η Ανθή.

Οι ψυχοδυναμικοί μηχανισμοί άμυνας (Freud, 1893), που παρατηρούνται στην Ανθή, είναι η άρνηση και ο αντιδραστικός σχηματισμός, άμυνες που την προστατεύουν από πιθανά συναισθήματα θυμού για τα σημαντικά γονεϊκά πρόσωπα που παρέχουν φροντίδα.

**Γ. Συμπέρασμα:** Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του παιδικού τραύματος, η οποία περιλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο παιδικού πρώιμου τραύματος, η Ανθή παρουσιάζει τραύμα «συναισθηματικής κακοποίησης» στο πλαίσιο της σχέσης με τους γονείς. Έχει βιώσει τις συγκρούσεις ανάμεσα στο γονεϊκό ζεύγος, την συναισθηματική παραμέληση, την εγκατάλειψη και απόρριψη λόγω της συναισθηματικής ψυχρότητας της μητέρας

απέναντι στην Ανθή και του τρόπου που διαχειρίστηκε την ασθένεια της και τα προσωπικά της μυστικά. Η Ανθή, όπως και οι γονείς της, δεν μπορεί να εκφράσει και να επικοινωνήσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα της, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται στην εικόνα που έχει για τον εαυτό της καθώς και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Η ύπαρξη τραυματογόνων παραγόντων διαπιστώνεται και στις τρεις (3) γενιές:

1. Πρόγονοι : Πόλεμος, βία – φτώχεια, στέρηση
2. Γενιά Γονέων: Φτώχεια, στέρηση, οικογενειακά μυστικά, ασθένεια μητέρας, συγκρούσεις γονεϊκού ζεύγους
3. Ανθή:
  - α) Μητέρα κλειστή και συναισθηματικά απόμακρη
  - β) Πατέρας λεκτικά βίαιος, απορριπτικός προς τη μητέρα
  - γ) Γονείς με συγκρουσιακές (σαδομαζοχιστικές ) σχέσεις
  - δ) Κοινωνική απομόνωση, (και στο σχολείο)

Συνοπτικά, η Ανθή φαίνεται, να έχει βιώσει κατά κύριο λόγο μητρική συναισθηματική αποστέρηση, αλλά και απόρριψη από τον πατέρα λόγω της κακής σχέσης των γονιών μεταξύ τους.

**Το δηλωθέν τραύμα στο ερωτηματολόγιο παιδικού τραύματος:** Πριν την συνέντευξη της Α. ως προς τις εμπειρίες της παιδικής της ηλικίας , η αναφορά στο παιδικό τραύμα στο σχετικό ερωτηματολόγιο ήταν:

α) σοβαρή ασθένεια γονέα β) σωματική τιμωρία και γ) σεξουαλική παρενόχληση. Συνεπώς, διαφαίνεται η σταδιακή αποκάλυψη του παιδικού τραύματος της Α. μέσω της μεθόδου της συνέντευξης.

Τέλος, ως προς το κίνητρο συμμετοχής της σε θεραπευτική ομάδα, με στόχο την επεξεργασία του παιδικού ψυχικού τραύματος, η Ανθή δήλωσε ότι είναι θετική.

**Δεύτερη περίπτωση: Οικογενειακό Ιστορικό Μυρτώς:** Στη γενιά των προγόνων της Μυρτώς, οι οποίοι ήταν Εβραίοι τόσο από την πλευρά της μητέρας όσο και του πατέρα, οι οικογένειες αυτές βίωσαν **πόλεμο** και **φτώχεια**. Η πατρική γιαγιά κρατήθηκε σε στρατόπεδο συγκέντρωσης και έχασε τρία αδέρφια κατά τη διάρκεια του πολέμου, δηλαδή η γενιά αυτή βίωσε βία, πόλεμο, θανάτους και στερήσεις.

Στη γενεά των γονέων της Μυρτώς, οι γονείς της Μ., όταν ήταν οι ίδιοι παιδιά, βίωσαν συχνές **σωματικού τύπου τιμωρίες** από τους γονείς τους, οι οποίοι συμπεριφέρονταν με μεγάλη αυστηρότητα, και βία προς τα παιδιά τους.

Όσον αφορά τη μητέρα της Μ., ο αδελφός της, άτομο με ειδικές ανάγκες, πιθανολογείται να αποτέλεσε πηγή άγχους για τη μητέρα της Μυρτώ ως αναφορά την κληρονομικότητα της διαταραχής και της αναπηρίας. Η μητέρα περιγράφεται, ότι, ένιωθε τύψεις για την κατάσταση του αδελφού της, σαν να είχε προκληθεί από την ίδια, ενώ φαίνεται ότι βίωνε κοινωνική απόρριψη και στιγματισμό, λόγω της ασθένειας του αδελφού.

Όσον αφορά τον πατέρα της Μ., ο θάνατος του μικρότερου αδελφού του στη παιδική ηλικία, μπορεί να συνδέεται με γονεϊκή συμπεριφορά **παραμέλησης των άλλων παιδιών της οικογένειας**. Ο θάνατος του μικρού αδελφού φαίνεται να είχε επίπτωση στο πώς μεγάλωσε ο πατέρας της Μυρτώ (καταθλιπτικό περιβάλλον, γονείς απορροφημένοι στην απώλεια του παιδιού).

Συνοπτικά, η μητέρα της Μ. περιγράφεται ως κυριαρχική, προστατευτική, αγχώδης, καταπιεστική, και παρουσιάζει συμπεριφορές που ωθούν τον πατέρα της Μ. να εγκαταλείψει τη οικογένεια του και να φύγει από το σπίτι για να «γλιτώσει». Πολύ νωρίς εκείνος αναπτύσσει εξωσυζυγική σχέση και λίγο αργότερα μια δεύτερη κόρη.

Όσον αφορά την ίδια τη Μυρτώ, διαφαίνεται ότι υπήρξαν ψυχοτραυματικές συνθήκες κατά την βρεφική και παιδική ηλικία. Η μητέρα αγχώδης, από την αρχή της εγκυμοσύνης της (λόγω των ανησυχιών της για την κληρονομικότητα της ασθένειας του αδελφού της), είναι υπεραπασχολημένη με τις δυσκολίες του αδελφού και διακατέχεται από αισθήματα ενοχής πριν και μετά το θάνατο του, με αποτέλεσμα να επιδεικνύει μειωμένη προσοχή στην Μυρτώ. **Η συναισθηματική παραμέληση** συνεχίζεται, όταν στα οκτώ της χρόνια, οι γονείς της Μυρτώ χωρίζουν και αρχίζουν τη διαδικασία διαζυγίου για λόγους που δεν της εξηγήθηκαν τότε. **Το ψυχικό τραύμα ενδεχομένως να μπορεί να συνδεθεί με τον χωρισμό των γονέων, την απομάκρυνση του πατέρα ο οποίος αποκτά νέα οικογένεια και τη γέννηση παιδιού, δηλαδή της ετεροθαλούς αδελφής της Μυρτώ**, με την οποία σήμερα διατηρεί καλή σχέση. Η νέα οικογενειακή κατάσταση του πατέρα παρέμενε κρυφή μέχρι την ηλικία των 18 ετών της Μυρτώ. Σε αυτή την ηλικία η μητέρα χωρίς τη συμφωνία του πατέρα, αποκαλύπτει στη Μυρτώ την προηγηθείσα εξωσυζυγική σχέση του πατέρα της, τον κατηγορεί για την απόκτηση νέας οικογένειας και γενικότερα τον απαξιώνει.

**Ε. Ψυχοδυναμική Αξιολόγηση της Μυρτώ:** Η Μυρτώ, δεν φαίνεται να αξιολογεί και να συνδέει τα παιδικά της τραυματικά βιώματα που αφορούν την αρνητική σχέση των γονέων της, καθώς και την συναισθηματική παραμέληση από τη μητέρα της και την απουσία του πατέρα της μετά το διαζύγιο των γονέων της. Επίσης, δεν φαίνεται να κάνει συνδέσεις όλων αυτών με τις σημερινές δυσκολίες που αντιμετωπίζει στις διαπροσωπικές της σχέσεις.

Η Μυρτώ φαίνεται να χρησιμοποιεί διάφορους μηχανισμούς άμυνας όπως η **εκλογίκευση** και η **άρνηση**, μέσω των οποίων απαλύνεται ο πόνος των ψυχικών τραυμάτων της.

Η Μυρτώ σε επίπεδο συμπεριφοράς, πιθανότατα να ταυτίζεται με την καταπιεστική μητέρα, έχοντας υψηλές απαιτήσεις από τον εαυτό της, κυρίως στον εκπαιδευτικό τομέα όπου προσπαθεί να έχει άριστη απόδοση στο σχολείο.

Επιπλέον, δεν δείχνει να έχει αυτογνωσία ως προς την αμφιθυμία και την εσωτερική σύγκρουση που βιώνει σχετικά με το στοιχείο της Εβραϊκής καταγωγής της, από το οποίο προέρχεται ένα συναίσθημα απειλής και αφανισμού.

Η υπόθεση του διαγενεακού τραύματος περιλαμβάνει την βίαιη και καταδιωκτική εμπειρία των προγόνων της Μυρτώ, οι οποίοι βίωσαν την βία των στρατοπέδων συγκέντρωσης και οι οποίοι στη συνέχεια πιθανολογείται να εκδήλωσαν προς τα παιδιά τους, (δηλ. τους γονείς της Μυρτώ), βίαιη συμπεριφορά και σωματική τιμωρία. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί, σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία, ως ταύτιση με τον επιτιθέμενο. Επίσης, πιθανότατα να εκδήλωσαν και παθητικο-επιθετική συμπεριφορά με τη μορφή παραμέλησης των παιδιών, που πιθανόν οδήγησε στον θάνατο του μικρότερου αδελφού και τη γέννηση παιδιού με διανοητική ασθένεια, ατυχείς εξελίξεις που συντείνουν στην ιδέα της κακής μεταχείρισης των παιδιών.

Το στοιχείο της βίας μπορεί να θεωρηθεί ότι μεταβιβάζεται στη Μυρτώ με τη μορφή των γονεϊκών καβγάδων, του βίαιου αποχωρισμού από τον πατέρα, την παθητικο-επιθετική παραμέληση από τη μητέρα, αλλά και την επικριτική και κυριαρχική συμπεριφορά της. Το θέμα του αισθήματος του αφανισμού που εκφράζεται μέσα από την αρρώστια και το θάνατο παιδιού, μπορεί να θεωρηθεί ως παιδικό ψυχικό τραύμα στο επίπεδο της ψυχικής ζωής της Μυρτώ.

Το παιδικό τραύμα της Μυρτώ μπορεί να θεωρηθεί ότι συνδέεται με τα τραύματα των προγόνων της. «Το άγχος αφανισμού», φαίνεται να αποτυπώνεται και σε

ένα άλλο τομέα, με τα ερωτήματα και τις ανησυχίες της Μυρτώ, σχετικά με την Εβραϊκή καταγωγή του μελλοντικού συντρόφου ή το θρήσκευμα του μελλοντικού παιδιού της.

Το μεταβιβαζόμενο διαγενεακό τραύμα «αφανισμού» μπορεί να αντανakλά την καταστροφή που υπέστησαν οι πρόγονοι κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου.

**ΣΤ: Συμπέρασμα:** Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του παιδικού τραύματος, η οποία περιλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο παιδικού (πρώιμου) τραύματος των Bremmer J.D., Bolus R., και Mayer E.A., η Μυρτώ παρουσιάζει τραύμα «**συναισθηματικής κακοποίησης**» από τον πατέρα και τη μητέρα της. Έχει βιώσει το διαζύγιο των γονέων της, την συναισθηματική παραμέληση από τη μητέρα και την εγκατάλειψη και απόρριψη από τον πατέρα. Αντίστοιχα τραύματα φαίνεται να έχουν υπάρξει στη μητέρα της Μυρτώ η οποία είχε το φόβο του στιγματισμού της αναπηρίας λόγω της κατάστασης του αδελφού της. Η Μυρτώ πιθανόν να βιώνει **άγχος αφανισμού** το οποίο από μια πλευρά μπορεί να θεωρηθεί ότι αντανakλά την γονεϊκή συναισθηματική κακοποίηση που υπέστη, αλλά και ένα τραύμα συνδεδεμένο με την καταστροφική ιστορία της εβραϊκής κοινότητας.

**Z. Η ύπαρξη τραυματογόνων συνθηκών διαπιστώνεται και στις τρεις (3) γενιές:**

1. **Πρόγονοι:** Πόλεμος, στρατόπεδο συγκέντρωσης και θάνατοι προγόνων λόγω εβραϊκής καταγωγής - βία - φτώχεια - στέρηση
2. **Γενιά Γονέων:** Σωματική τιμωρία-κακοποίηση - παραμέληση, θάνατος παιδιού και παιδί με διανοητική ασθένεια
3. **Μυρτώ:**
  - α) Μητέρα υπεραπασχολημένη με τον ΑΜΕΑ αδελφό, αγχώδης, επικριτική κυρίως προς τον πατέρα, κυριαρχική.
  - β) Πατέρας απών – απέκρυψε την νέα οικογένεια από τη Μιράντα
  - γ) Γονείς με έντονα συγκρουσιακές σχέσεις - διαζύγιο – κρατήθηκε μυστικό η απόκτηση νέας οικογένειας του πατέρα και η γέννηση ετεροθαλούς αδελφής. Τραυματική αποκάλυψη στην Μ όταν ήταν 18 ετών, από τη μητέρα.
  - δ) Αμφιθυμία για την εβραϊκή καταγωγή της

Συνοπτικά, η Μυρτώ πιθανολογείται κατά κύριο λόγο να έχει βιώσει μια σχέση παραμέλησης από τη μητέρα της και απόρριψη και εγκατάλειψη από τον πατέρα της

λόγω του διαζυγίου και της μετέπειτα απουσίας του. Η κακή σχέση μεταξύ των γονέων, η απορριπτική στάση της μητέρας απέναντι στον πατέρα, και τα οικογενειακά μυστικά σχετικά με τη νέα οικογένεια του πατέρα αποτέλεσαν τραυματογόνες καταστάσεις για την Μυρτώ.

**Η. Το δηλωθέν τραύμα στο ερωτηματολόγιο παιδικού τραύματος:** Πριν την συνέντευξη της Μ. ως προς τις εμπειρίες της παιδικής της ηλικίας, η αναφορά στο παιδικό τραύμα στο σχετικό ερωτηματολόγιο ήταν:

α) ασθένειες στην οικογένεια γ) διαζύγιο των γονέων δ) επαναλαμβανόμενες συγκρούσεις μεταξύ των γονέων της ε) συναισθηματική κακοποίηση και στ) σεξουαλική παρενόχληση.

Τέλος, ως προς το κίνητρο συμμετοχής της σε θεραπευτική ομάδα, με στόχο την επεξεργασία ψυχικών τραυμάτων, η Μυρτώ δήλωσε ότι είναι θετική.

## Κεφάλαιο δεύτερο

### Ποσοτική μελέτη

#### 2.1 Συχνότητα αναφερόμενων τύπων πρώιμου τραύματος

Στη παρούσα μελέτη τα ποσοστά των συμμετεχόντων που αναφέρουν τουλάχιστον μία τραυματική εμπειρία πριν την ηλικία των 18 είναι 96 % (97% για τις γυναίκες και 100% για τους άντρες). Το εύρημα αυτό υποστηρίζει την άποψη ότι η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα είναι συχνή στη σύγχρονη κοινωνία. Τα ποσοστά αυτά είναι κατά πολύ υψηλότερα από αντίστοιχες έρευνες που έχουν γίνει διεθνώς και αφορούν φοιτητές. Συγκεκριμένα, εκτεταμένη έρευνα σε δείγμα 937 φοιτητών έδειξε ότι το 67% ανέφερε τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός (Bernat, Ronfeldt, Calhoun & Artias, 1998). Ακολούθως, σε μελέτη σε δείγμα 440 φοιτητών στις Ηνωμένες Πολιτείες τα ποσοστά ανέρχονταν στο 84% (Vrana & Lauterbach., 1994). Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε φυσιολογικό, μη φοιτητικό πληθυσμό, βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα. Θυμίζουμε τη διαπολιτισμική έρευνα που διεξήχθη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε δείγμα 51. 945 ενηλίκων με σκοπό τη διερεύνηση των τραυματικών γεγονότων που έχουν λάβει χώρα πριν την ηλικία των 18, της οποίας τα ποσοστά κυμαίνονται από 59.3% έως 66.2% (Kessler et al., 2010).

Τα αυξημένα ποσοστά που σημειώθηκαν στην παρούσα μελέτη ενδεχομένως να οφείλονται σε διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια ή στις διαδικασίες αξιολόγησης. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια διαφορετική στάση της ελληνικής κοινωνίας απέναντι τόσο στη παιδική κακοποίηση και παραμέληση, όσο και στα ψυχολογικά- ψυχιατρικά προβλήματα. Η θέσπιση νόμων για την αντιμετώπιση των φαινομένων παιδικής βίας, η σχετική ενημέρωση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι εκστρατείες από διάφορες οργανώσεις για τη μείωση του στίγματος που συνοδεύουν ψυχιατρικές διαταραχές (πχ κατάθλιψη), ενδεχομένως να έχουν συμβάλει στην αύξηση αναφοράς ποσοστών τραυματικών εμπειριών λόγω των συγκεκριμένων μορφών κακοποίησης και παραμέλησης.

Οι παιδικές τραυματικές εμπειρίες που αναφέρονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στην έρευνα είναι αυτές που προέρχονται από σωματική τιμωρία (84.6%) και από ποικίλες αιτιολογίες (86%). Το εύρημα σχετικά με την σωματική τιμωρία, επιβεβαιώνει τις μέχρι τώρα έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, οι οποίες δείχνουν

ότι η σωματική τιμωρία αποτελεί μια πολύ συχνή μέθοδο πειθαρχίας (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007). Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αποσαφηνιστεί η διαφορά των όρων «σωματική κακοποίηση» και «σωματική τιμωρία». Η σωματική κακοποίηση αναφέρεται στη σκόπιμη χρήση σωματικής δύναμης καθώς και στις σκόπιμες παραλείψεις, εκ μέρους του γονέα ή αυτού που έχει αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα τη πρόκληση πόνου, τραυματισμού, μόνιμης βλάβης ή ακόμα και θανάτου του παιδιού. Η «σωματική τιμωρία» αναφέρεται σε «ηπιότερες» μορφές βίας, οι οποίες στοχεύουν στη ανατροφή και τη πειθαρχηση του παιδιού, θεωρείται εν ολίγοις, μια επιτρεπτή μορφή βίας που ασκείται μέσα στα πλαίσια του γονεϊκού ρόλου (Νικολαΐδης & Σταυριανάκη, 2009). Χαρακτηριστικό στη σχέση των δύο φαινομένων είναι ότι τις περισσότερες φορές η σωματική τιμωρία δεν καταλήγει σε κακοποίηση, ενώ τις περισσότερες φορές η κακοποίηση αρχίζει ως συνήθης σωματική τιμωρία (Καλλονάκη, 2000).

Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έχουν αρχίσει να μελετούν το φαινόμενο της σωματικής κακοποίησης που ασκείται από τα αδέλφια. Η σωματική κακοποίηση που ασκείται από τα αδέλφια είναι η συχνότερη μορφή ενδοοικογενειακής βίας. Εξαιτίας της συχνότητας με την οποία συμβαίνει τείνει να θεωρείται «φυσιολογική», όμως μπορεί να είναι πολύ σοβαρή και σε πολλές περιπτώσεις ενδέχεται να έχει τις ίδιες επιπτώσεις με τη γονεϊκή σωματική κακοποίηση (Kendall-Tackett, 2001). Ωστόσο, η συγκεκριμένη μορφή σωματικής κακοποίησης και οι ενδεχόμενες επιπτώσεις στην μετέπειτα ζωή του ατόμου, αποτελούν ένα νέο πεδίο ερευνητικής εργασίας που χρήζει επιπλέον διερεύνησης προκειμένου να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Ιδιαίτερα ανησυχητικό ζήτημα παρουσιάζουν τα υψηλά, για τη συγκεκριμένη μορφή κακοποίησης, ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης που αναφέρει το δείγμα της έρευνας (33,3%). Σε μία μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες την δεκαετία του '90, στην οποία διερευνήθηκε η επικράτηση του πρώιμου τραύματος λόγω σεξουαλικής κακοποίησης σε δείγμα 81,241 εφήβων διαφόρων εθνικοτήτων βρέθηκε ότι το 10% ανέφερε τουλάχιστον ένα επεισόδιο σεξουαλικής κακοποίησης (Saewyc et al., 2003). Το ποσοστό της παρούσας μελέτης είναι περισσότερο συμβατό με μία μελέτη σε δείγμα ελλήνων φοιτητών 18-20 ετών σχετικά με τη διερεύνηση της συχνότητας σεξουαλικής κακοποίησης, η οποία έδειξε ότι η συχνότητα του φαινομένου αγγίζει το 24% (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).



Η διαφορές που παρατηρούνται στα αναφερόμενα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη παιδική ηλικία, ενδεχομένως να οφείλονται σε εννοιολογικές διαφορές του φαινομένου αυτού. Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση έχει οριστεί με ποικίλους τρόπους, οι οποίοι περιλαμβάνουν την εμφανή σεξουαλική κακοποίηση (overt), η οποία ορίζεται ως η απευθείας σωματική κακοποίηση ή επαφή και την συγκαλυμμένη (covert), σεξουαλική κακοποίηση (η οποία ορίζεται ως η μη σωματική κακοποίηση και η μη επαφή) (Brick, 2005). Τα αυξημένα ποσοστά ίσως να οφείλονται στο γεγονός ότι στη παρούσα μελέτη συμπεριλήφθησαν και οι δύο κατηγορίες σεξουαλικής κακοποίησης. Ένας επιπλέον παράγοντας που ενδεχομένως να έχει επηρεάσει τα αυξημένα αυτά ποσοστά είναι η «απενεχοποίηση» του θύματος της σεξουαλικής κακοποίησης στην ελληνική κοινωνία. Μέχρι πρόσφατα, και δυστυχώς ισχύει ακόμα και σήμερα σε μερίδα του ελληνικού πληθυσμού, το θύμα σεξουαλικής κακοποίησης θεωρούνταν συνυπεύθυνο, στη καλύτερη των περιπτώσεων ή στη χειρότερη ότι το ίδιο με τη συμπεριφορά του προκάλεσε τον δράστη ο οποίος δεν έχει καμία ευθύνη. Η αστυφιλία, η άνοδος του φεμινιστικού κινήματος, οι διακηρύξεις για τα δικαιώματα του παιδιού και οι δικαστικές ποινές που πλέον προβλέπονται για τους δράστες σεξουαλικών κακοποιήσεων, έδωσαν την ελευθερία στα θύματα να μιλάνε για αυτό που τους συνέβη πιο εύκολα, χωρίς να φοβούνται ότι θα στιγματιστούν κοινωνικά. Σημαντικό ρόλο βέβαια έπαιξε και το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και έτσι τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα, μπορούσαν να εκφραστούν πιο ελεύθερα.

## **2.2 Συσχετίσεις ερωτηματολογίου παιδικού τραύματος με δημογραφικούς παράγοντες**

**A) Συσχετίσεις παιδικού τραύματος με το τμήμα φοίτησης:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τραύματος ποικίλης αιτιολογίας και συνολικού τραύματος και τμήματος φοίτησης. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι φοιτητές που ανέφεραν τραύμα ποικίλης αιτιολογίας και συνολικό τραύμα, είναι περισσότερο πιθανόν να παρακολουθούν σπουδές ψυχολογίας, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες σχολές. Δεν ήταν δυνατόν να εντοπιστεί κάποια αντίστοιχη έρευνα που να έχει διερευνήσει τη σχέση μεταξύ παιδικών τραυματικών εμπειριών και τμήματος φοίτησης. Η συσχέτιση αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας, όπως είναι για παράδειγμα η απώλεια, η σοβαρή ασθένεια του γονέα, η εμπλοκή σε σοβαρό ατύχημα, η μαρτυρία

βίαης συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους, δύναται να μετατραπούν σε ψυχικά τραύματα τα οποία πιέζουν συνεχώς και αναδρομικά το άτομο προς επίλυση τους. Οι σπουδές ψυχολογίας ενδεχομένως να θεωρούνται, σε συνειδητό ή σε ασυνείδητο επίπεδο, ένα μέσο που θα επιτρέψει στο τραυματισμένο άτομο να επεξεργαστεί το ψυχικό του τραύμα και να το εντάξει στη προσωπική του ιστορία.

**Β) Συσχετίσεις παιδικού τραύματος με το φύλο:** Η μόνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ τύπων τραύματος και φύλο εντοπίζεται στο τραύμα σωματικής κακοποίησης. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων ερευνών που δείχνουν ότι οι άντρες εμφανίζουν σταθερά υψηλότερα ποσοστά έκθεσης σε σωματική κακοποίηση (Bernat et al, 1998. Breslau, 2001. Norris et al., 2002. Tolin & Foa, 2006). Το εύρημα αυτό είναι συμβατό και με ελληνικά ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία μεγαλύτερη χρήση σωματικής τιμωρίας, γίνεται στα αγόρια, σε ποσοστό 71% και μικρότερη στα κορίτσια, ποσοστό 60% (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007). Τα αυξημένα ποσοστά σωματικής τιμωρίας στα αγόρια ενδεχομένως να οφείλονται στη γενικότερη πεποίθηση της κοινωνίας ότι το κύριο μέσο διαπαιδαγώγησης των αγοριών είναι η σωματική τιμωρία.

### **2.3 Συσχετίσεις παιδικού τραύματος με ψυχοπαθολογικά προβλήματα κατά τη τρέχουσα περίοδο**

Σύμφωνα με την δεύτερη ερευνητική υπόθεση αναμένεται ότι οι διάφορες μορφές και ο συνολικός δείκτης του πρώιμου τραύματος θα συσχετίζονται θετικά με ψυχοπαθολογικά προβλήματα κατά την τρέχουσα χρονική περίοδο, όπως αυτά εκτιμώνται από την Κλίμακα TSC- 40. Σύμφωνα με τα ευρήματα και οι τέσσερις τύποι παιδικών τραυματικών εμπειριών που μελετήθηκαν στη παρούσα εργασία (τραύμα ποικίλης αιτιολογίας, τραύμα σωματικής κακοποίησης, τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης και τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης) συσχετίζονται θετικά με τους ακόλουθους ψυχολογικούς δείκτες: άγχος, κατάθλιψη, αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα, σεξουαλικά προβλήματα και δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης. Το ψυχικό παιδικό τραύμα λόγω σεξουαλικής κακοποίησης συνδέεται επίσης και με διαταραχές ύπνου.

Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με ανάλογες έρευνες που έχουν γίνει ως τώρα. Συγκεκριμένα, έρευνα που έγινε το 2009 από τους O'Dougherty –Wright και Del

Castillo σε δείγμα 301 φοιτητών, έδειξε, ότι η συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση που συνέβησαν κατά τη παιδική ηλικία, συνδέονται με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και μια, μεγάλης κλίμακας έρευνα (N=1931), που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία η οποία βρήκε ότι το παιδικό ψυχικό τραύμα, πολύ περισσότερο από τα γεγονότα ζωής που λαμβάνουν χώρα κατά τη παιδική ηλικία, συνδέονται με αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές στην ενήλικη ζωή (Hovens et al., 2010).

Το **άγχος** συνδέεται στενά με την ύπαρξη ψυχικού τραύματος. Άτομα που έχουν υποστεί παιδικό τραύμα έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές άγχους αλλά και άλλα προβλήματα, όπως το σύνδρομο χρόνιου πόνου και νοσήματα της καρδιάς (Heim, 2009). Το άγχος είναι μία σύνθετη και πολυεπίπεδη κατάσταση, που έχει αντίκτυπο στη ψυχική και σωματική λειτουργία του ανθρώπου. Οι διαβαθμίσεις του είναι πολλές και κυμαίνονται από την απλή ανησυχία, μέχρι παθολογικές καταστάσεις όπως η αγχώδης διαταραχή. Το άγχος μπορεί να λειτουργήσει τόσο ως κινητήρια δύναμη όσο και ως τροχοπέδη για το άτομο (Glass & Jerome, 1972). Το ίδιο συμβάν μπορεί να κατακερματίσει ψυχικά ένα άτομο, ενώ ένα άλλο να το κινητοποιήσει. Ο βαθμός στον οποίο ένας συγκεκριμένος βαθμός άγχους θεωρείται φυσιολογικός βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το ίδιο το άτομο, τα βιώματά του, το κοινωνικό και πολιτισμικό του πλαίσιο και τη θέση που καταλαμβάνει μέσα σε αυτό. Σε περιπτώσεις όμως έντονου και χρόνιου άγχους, το άτομο υπολειτουργεί και μπορεί να εκδηλώσει αγχώδη διαταραχή. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι το πρώιμο τραύμα δεν μπορεί να αποτελέσει απόλυτο προγνωστικό δείκτη για την ανάδυση συμπτωμάτων άγχους κατά την ενήλικη ζωή. Σε μία σχετικά πρόσφατη μεγάλης κλίμακας μελέτη, ο Friedman και οι συνεργάτες τους (2002), εξέτασαν τη σχέση τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία με την εμφάνιση διαταραχών πανικού σε ένα δείγμα 200 ενηλίκων, στο οποίο συμπεριλαμβάνονταν ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη, χρόνια σχιζοφρένεια, διαταραχή πανικού και άλλες αγχώδεις διαταραχές. Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης, οι συγγραφείς κατέληξαν στο ότι οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες είναι δυνατόν να επηρεάζουν τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής, αλλά δεν μπορεί κανείς να τις θεωρήσει ως μοναδικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνισή της.

Το παιδικό ψυχικό τραύμα αναγνωρίζεται ως ένας από τους παράγοντες- κλειδιά για την **ανάπτυξη κατάθλιψης** τόσο κατά τη διάρκεια τη παιδικής ηλικίας (Calam et

al., 1998) όσο και κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής (Bifulco & Moran, 1998. Gladstone et al., 2004). Αν και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), είναι η διαταραχή που συνδέεται πιο συχνά με έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, ένας αριθμός ερευνών έχουν δείξει ότι η μείζονα κατάθλιψη είναι τόσο ή και ακόμα πιο επικρατέστερη, ανάμεσα στους επιζώντες τραύματος (Carey et al., 2003. Gold, 2004. McQuaid et al., 2001). Ο De Marco (2000), βρήκε ότι το τραύμα που συμβαίνει κατά τη παιδική ηλικία αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την έναρξη μείζονος κατάθλιψης. Σε μια ανάλογη έρευνα που διεξήχθη σε 17. 000 ενήλικες, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες οι οποίοι ανέφεραν τέσσερις ή περισσότερους τύπους αντίξοων εμπειριών στη παιδική ηλικία ήταν 460% πιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη από εκείνους που δεν ανέφεραν καμία (Anda et al., 2006).

Το εύρημα της παρούσας έρευνας για τη συσχέτιση μεταξύ παιδικού τραύματος και **αποσυνδεδετικού τύπου συμπτώματα**, βρίσκεται σε συμφωνία με έρευνες που έχουν γίνει τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους, οι οποίες έχουν επανειλημμένα δείξει ότι υπάρχει μια υψηλή επικράτηση ιστορικών τραύματος, ειδικά της κακοποίησης στη παιδική ηλικία, στους ασθενείς με διασχιστικά συμπτώματα, ειδικά σε εκείνους οι οποίοι πληρούν τα κριτήρια για τη διαταραχή διασχιστικής ταυτότητας (Arargun, Kara, Özer, Selvi, Kiran, & Kiran, 2003· Chu, Frey, Ganzel & Mathews, 1999· Coons, 1994· Van den Bosch, Verheul, Langeland & Van Den Brink, 2003). Σε μία πιο πρόσφατη μελέτη, στην οποία διερευνήθηκε η παρουσία αποσυνδεδετικού τύπου συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα τραυματικών εμπειριών, βρέθηκε ότι οι τραυματικές εμπειρίες που συνδέονταν με την εκδήλωση αποσυνδεδετικού τύπου συμπτωμάτων ήταν λόγω σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης, καθώς και ότι όσο πιο πρώιμες ήταν τόσο πιο μακροχρόνιες ήταν και οι επιδράσεις τους (Gaon, Kaplan, Dwolatzky, Perry & Witztum, 2013).

Το εύρημα της παρούσας εργασίας για την επίδραση του παιδικού ψυχικού τραύματος στη **σεξουαλική ζωή** του ενήλικα, βρίσκεται σε συμφωνία με μια εκτεταμένη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 1032 φοιτητών του Πανεπιστημίου British Columbia. Στη συγκεκριμένη μελέτη διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα σε πρώιμες τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής, σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης και διαφόρων μεταβλητών της σεξουαλικότητας στην ενήλικη ζωή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική **θετική**

*συσχέτιση* στις γυναίκες, μεταξύ πρώιμης σεξουαλικής κακοποίησης και σεξουαλικής ορμής, σεξουαλικών εμπειριών και φαντασιώσεων, φιλελεύθερων απόψεων για τις σεξουαλικές σχέσεις, συχνότητας σεξουαλικών επαφών και αυνανισμού, καθώς και πιθανότητας εκδήλωσης αποκλίνουσας σεξουαλικής συμπεριφοράς, και *αρνητική συσχέτιση* με τη διατήρηση της παρθενίας. Αντίθετα στους άνδρες, η πρώιμη συναισθηματική κακοποίηση σχετίζεται θετικά με σεξουαλικά προβλήματα, όπως χαμηλή εικόνα του σώματος και έλλειψη σεξουαλικής ικανοποίησης, ανεξάρτητα από τις άλλες μορφές κακοποίησης (Meston, Heiman, & Trapnell, 1999).

Πρέπει να σημειωθεί ότι ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι στη συγκεκριμένη έρευνα, εκτός από την αναμενόμενη συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ παιδικού τραύματος λόγω σεξουαλικής κακοποίησης και σεξουαλικών προβλημάτων κατά την ενήλικη ζωή, βρέθηκαν επίσης και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις και με άλλους τύπους παιδικών τραυμάτων, όπως για παράδειγμα η σωματική και συναισθηματική κακοποίηση. Από τη μία πλευρά, το εύρημα αυτό πρέπει να αποτελέσει αφορμή για τη περαιτέρω διερεύνηση των προαναφερθέντων σχέσεων και από την άλλη πλευρά, μας οδηγεί στην υπόθεση ότι αν και ορισμένοι τύποι κακοποίησης, όπως για παράδειγμα η συναισθηματική κακοποίηση, θεωρούνται «λιγότερο» έντονες εμπειρίες συγκριτικά με τη σεξουαλική κακοποίηση, εντούτοις φαίνεται να συμβάλλουν το ίδιο στην μετέπειτα ανάδυση σεξουαλικών προβλημάτων και εν γένει ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.

#### **2.4 Συσχετίσεις παιδικού τραύματος με την συνολική ποιότητα ζωής και των διαστάσεων της**

Ο συνολικός δείκτης ποιότητας ζωής στη παρούσα εργασία βρέθηκε ότι σχετίζεται αρνητικά με τις παιδικές τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης. Επιπλέον βρέθηκε ότι και οι τέσσερις τύποι παιδικών τραυματικών εμπειριών, τραύμα ποικίλης αιτιολογίας, τραύμα σωματικής κακοποίησης, τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης και τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης, συσχετίζονται αρνητικά και με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής: σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον.

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει αναφορικά με τη σχέση πρώιμων τραυματικών εμπειριών και ποιότητας ζωής κατά την ενήλικη ζωή, αφορούν ψυχιατρικούς πληθυσμούς, κυρίως ασθενείς με ψυχωσικές και αγχώδεις διαταραχές. Οι

έρευνες αυτές έχουν δείξει ότι τα άτομα με διάγνωση διαταραχής του ψυχωσικού φάσματος, αναφέρουν πολύ υψηλά ποσοστά έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα πριν από την έναρξη της διαταραχής (Lysaker & LaRocco, 2009. Resnick, Bond & Mueser, 2003). Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχουν εντοπίσει μία στενή σχέση μεταξύ ψυχικού τραύματος και ποιότητας ζωής (Goodwin & Stein, 2004. Lang, Rodgers, Laffaye, Satz, Dresselhaus & Stein, 2003. Lysaker & LaRocco, 2009. Ritsner, Gibel & Ratner, 2006). Σε μια άλλη έρευνα που συμπεριέλαβε δύο ομάδες ψυχιατρικών ασθενών, μία με γενικευμένη διαταραχή άγχους και μία με διαταραχή μετατραυματικού στρες, βρέθηκε, ότι όσοι ανέφεραν ιστορικό ψυχικού τραύματος είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Warshaw, Fierman, Pratt, Hunt, Yonkers, Massion, Keller, 1993).

Σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς με διαταραχή γενικευμένου κοινωνικού άγχους, διαπιστώθηκε η σχέση μεταξύ πρώιμου τραύματος και χαμηλής ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, οι συγγραφείς προτείνουν ότι η συναισθηματική κακοποίηση εμφανίζει υψηλότερη αρνητική συνάφεια με δείκτες της ποιότητας ζωής, όπως είναι η σωματική υγεία, η διάθεση, οι καθημερινές δραστηριότητες και η γενική ικανοποίηση από την ζωή (Simon, Herlands, Marks, Mancini, Letamendi, Li, Stein, 2009).

Αδιαμφισβήτητα, η ποιότητα ζωής υπό την έννοια της υποκειμενικής αντίληψης που το ίδιο το άτομο έχει για αυτήν και που αφορά «την αντίληψη του για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο του συστήματος αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς του στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του» (ΠΟΥ, 1980), αποτελεί ένας από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Όπως φάνηκε στη παρούσα μελέτη, το παιδικό ψυχικό τραύμα ποικίλης αιτιολογίας (πχ απώλεια γονέα, φυσικές καταστροφές) και αυτό που αφορά σε σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση, επηρεάζουν αρνητικά όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής κατά την ενήλικη ζωή. Ένα άτομο δηλαδή που έχει βιώσει κάποιο τύπο τραυματικής εμπειρίας κατά την παιδική του ηλικία, ακόμη κι αν δεν αναπτύξει «θορυβώδη» ψυχιατρικά συμπτώματα τα οποία τις περισσότερες φορές θα τον οδηγήσουν στην αναζήτηση ψυχιατρικής- ψυχολογικής βοήθειας, θα έχει σημαντικά προβλήματα σε βασικούς τομείς της ζωής του (σωματική υγεία και ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον) χωρίς να κατανοεί ότι οι δυσκολίες αυτές ενδεχομένως να έχουν τις ρίζες τους σε παρελθούσες τραυματικές

εμπειρίες. Το παιδικό ψυχικό τραύμα δηλαδή συνεχίζει όχι μόνο να είναι παρόν στην ενήλικη ζωή αλλά και να επηρεάζει το εν γένει σύνολο της ζωής του ατόμου.

Τα ευρήματα αυτά συνεπάγονται ότι θα ήταν χρήσιμο να οδηγήσουν σε εφαρμογές πρόληψης ευρείας κλίμακας, σε παρεμβάσεις στη κοινότητα, οι οποίες να έχουν ως στόχο την αντιμετώπιση του παιδικού ψυχικού τραύματος (σχολές γονέων, ολοκληρωμένες θεραπευτικές πρακτικές και αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών στη ποιότητα ζωής, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για θέματα παιδικής κακοποίησης).

## **2.5 Συσχέτιση παιδικού τραύματος με τις διαπροσωπικές σχέσεις κατά την ενήλικη ζωή**

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τεσσάρων τύπων παιδικού τραύματος και του τύπου προσκόλλησης στις διαπροσωπικές ενήλικες σχέσεις που χαρακτηρίζεται από «άγχος». Ο τύπος αυτός αναφέρεται στο άγχος που αναπτύσσει το ενήλικο άτομο απέναντι στις ερωτικές σχέσεις και την υπερεγρήγορη απέναντι σε πιθανή απόρριψη (Tsagarakis et al., 2007). Ο μόνος τύπος πρώιμης τραυματικής εμπειρίας που συσχετίστηκε με τον δεύτερο τύπο προσκόλλησης «αποφυγή», είναι της σεξουαλικής κακοποίησης. Υπενθυμίζουμε ότι ο όρος αποφυγή, στη παρούσα περίπτωση, αναφέρεται στη δυσφορία που νιώθει το άτομο στο ενδεχόμενο να αναπτύξει στενές σχέσεις και στην απροθυμία του να δημιουργήσει τέτοιου είδους σχέσεις με ένα άλλο άτομο.

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος ο τύπος προσκόλλησης που αναπτύσσει το παιδί με τους φροντιστές τους, επηρεάζει βαθιά την αυτοεκτίμηση του και τις σχέσεις του με άλλα άτομα (Feeney & Noller, 1990), ενώ αργότερα επηρεάζει την επιλογή συντρόφου και τη σταθερότητα στις ερωτικές σχέσεις (Kirkpatrick & Davis, 1994). Έχει υποστηριχθεί ερευνητικά ότι οι δυσκολίες προσκόλλησης στις σχέσεις βρίσκονται στην καρδιά του χρόνιου και διάχυτου τραύματος (pervasive) που έχει λάβει χώρα κυρίως στη παιδική ηλικία (Pearlman & Courtois, 2005· Pearlman & Saakvitne, 1995).

Οι περισσότερες έρευνες που εντοπίστηκαν σχετικά με την επίδραση των παιδικών τραυματικών εμπειριών και το τύπο προσκόλλησης που αναπτύσσει το άτομο στις ερωτικές του σχέσεις ως ενήλικας, επικεντρώνονται κυρίως στο παιδικό τραύμα

λόγω κακοποίησης. Ευρήματα υποστηρίζουν ότι, τα κακοποιημένα παιδιά είναι περισσότερο πιθανόν να αναπτύξουν ανασφαλή τύπο προσκόλλησης. Ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης συνδέεται με αρκετά ψυχολογικά προβλήματα, μεταξύ των οποίων είναι η εχθρότητα, η έλλειψη ενσυναίσθησης, η παρορμητικότητα (Styron & Bulman, 1997). Σε μία πρόσφατη και εξαιρετικά εκτενή βιβλιογραφική επισκόπηση, οι Naughton Maguire, Mann, Lumb, Tempest, Gracias, & Kemp, (2013), παρουσιάζουν δεδομένα από 164 μελέτες σχετικές με την παιδική κακοποίηση. Το κύριο συμπέρασμα της ανασκόπησης είναι ότι η παιδική συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση επιφέρουν μία σειρά σοβαρότατων συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών, σε όλο το φάσμα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων του ατόμου. Η συναισθηματική κακοποίηση, βέβαια, δεν συνεπάγεται την πλήρη αδυναμία κοινωνικών αλληλεπιδράσεων κατά την ενήλικη ζωή. Εναλλακτικά μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι το πρώιμο συναισθηματικό τραύμα είναι δυνατόν να προκαλέσει ετεροχρονισμένα προβλήματα κατά την ενήλικη ζωή, τα οποία δεν ταυτίζονται αναγκαστικά με την ισοπέδωση της κοινωνικότητας, αλλά ενδέχεται να συνίστανται στην εκδήλωση οιασδήποτε μορφής διατάραξης των διαπροσωπικών σχέσεων και αλλοίωσης της δομής των κοινωνικών δικτύων, στα οποία εμπλέκεται το κακοποιημένο άτομο.

## **2.6 Συσχέτιση πρώιμου τραύματος (συνολικού και επιμέρους) με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές**

Στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε, ότι, ο παράγοντας ψυχοκοινωνικής προσαρμογής που έχει μελετηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφορικά με την επίδραση του παιδικού τραύματος, είναι οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες θεωρούνται ιδιαίτερα σοβαρός παράγοντας κινδύνου για αυτοκαταστροφικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές (Τριποδιανάκης & Σαραντίδης, 2009), εύρημα που επιβεβαιώθηκε και από τη παρούσα μελέτη. Μάλιστα, στην συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε, ότι, όλες οι μορφές τραυματικών εμπειριών (τραύμα ποικίλης αιτιολογίας, τραύμα σωματικής κακοποίησης, τραύμα συναισθηματικής κακοποίησης και τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης), συσχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Κλινικές μελέτες έχουν βρει ότι αρκετοί ενήλικες που παρουσιάζουν αυτόκαταστροφικές συμπεριφορές έχουν ιστορικό πρώιμου τραύματος. Οι έρευνες αυτές παρουσιάστηκαν διεξοδικά στο κεφάλαιο που αφορά τα ερευνητικά δεδομένα για τη



σχέση παιδικού τραύματος και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Στην ενότητα αυτή ενδεικτικά αναφέρουμε την έρευνα των Van Der Kolk και των συν. (1991), η οποία, έδειξε ότι ιστορικό σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, αποτελεί σε υψηλό βαθμό σημαντικό προάγγελο για αυτοκοψίματα και απόπειρες αυτοκτονίας. Στην επαναχορήγηση, τα υποκείμενα με τα περισσότερα σοβαρά γεγονότα αποχωρισμού, παραμέλησης και εκείνα με παρελθούσα σεξουαλική κακοποίηση συνέχιζαν να είναι αυτοκαταστροφικά.

Μεταγενέστερη έρευνα που διεξήχθη το 2004 σε 125 γυναίκες με καταθλιπτική διαταραχή, χρησιμοποίησε δεδομένα από καταθλιπτικές γυναίκες με και χωρίς ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία προκειμένου να διερευνηθούν οι σχέσεις της σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία με την ηθελημένη αυτοκαταστροφικότητα και την πρόσφατη διαπροσωπική βία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, ανέφεραν περισσότερη σωματική και συναισθηματική κακοποίηση των παιδιών τους, αλλά και γονεϊκή διαμάχη στο σπίτι (Gladstone et al., 2004).

Τέλος, μία έρευνα που διεξήχθη σε φυσιολογικό πληθυσμό ήταν αυτή των Sansone και συν., (1995). Σκοπός της ήταν η διερεύνηση της επικράτησης ενός ευρέος φάσματος κακοποιήσεων (σεξουαλική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, παραμέληση καθώς και μαρτυρία βίας) σε ένα περισσότερο φυσιολογικό δείγμα (υποκείμενα προερχόμενα από ένα πρωτοβάθμιο πλαίσιο φροντίδας) και στη συνέχεια σκοπός ήταν να αποσαφηνιστεί η σχέση μεταξύ αυτών των ποικίλων τύπων της κακοποίησης και των συμπτωμάτων της οριακής προσωπικότητας, αλλά και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σεξουαλική κακοποίηση και το να είναι κάποιος μάρτυρας βίας ήταν περισσότερο συνδεδεμένα με συμπτώματα οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Σεξουαλική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση και μαρτυρία της βίας ήταν περισσότερο συνδεδεμένα με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Αυτή η έρευνα αποδεικνύει περισσότερο ότι η κακοποίηση είναι ένας μη ειδικός, αλλά συνεισφέρον παράγοντας σε ψυχοπαθολογικές διαδικασίες και πιο συγκεκριμένα στα συμπτώματα οριακών προσωπικοτήτων και στις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Παρά τους οποιουδήποτε μεθοδολογικούς περιορισμούς που οι μέχρι τώρα έρευνες έχουν, διαφαίνεται ότι υπάρχει μία σχέση μεταξύ των παιδικών τραυματικών

εμπειριών και κυρίως της σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών κατά την ενήλικη ζωή. Η σχέση αυτή ενισχύεται όταν οι τραυματικές εμπειρίες αφορούν κακοποίηση (συναισθηματική- σωματική) και χαρακτηρίζονται από μεγάλη διάρκεια. Επιπλέον, σημαντικό παράγοντα κινδύνου συνιστά το γεγονός το άτομο που ασκεί την κακοποίηση να είναι γνωστό στο παιδί (Gould, Stevens, Ward, Carlin, Sowell, Gustafson, 1994. Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1993. Yellowlees & Kaushik , 1994) Ωστόσο η σχέση αυτή δεν είναι γραμμική και για αυτό απαιτούνται διαχρονικές μελέτες προκειμένου να κατανοηθούν οι παράγοντες κινδύνου. Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία ότι υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ του παιδικού τραυματισμού και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, η έρευνα πρέπει να επικεντρωθεί στην ανάπτυξη και τη δοκιμή στρατηγικών παρέμβασης για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου.

Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές αποτελούν ισχυρή ένδειξη ότι οι τραυματικές αναμνήσεις μπορεί να απωθούνται, μέσω των αμυντικών μηχανισμών, όμως η λειτουργία αυτή θα φέρει το τραυματισμένο άτομο μπροστά σε άλλα αδιέξοδα.

## **2.7 Περιορισμοί και πλεονεκτήματα της παρούσας έρευνας**

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο τη διερεύνηση του παιδικού ψυχικού τραύματος και την επίδραση του σε ενήλικο μη ψυχιατρικό πληθυσμό, ενός φαινομένου σύνθετου και πολυδιάστατου, ενσωματώνοντας μεταβλητές που δεν είχαν ως τώρα μελετηθεί στον ελληνικό πληθυσμό όπως είναι για παράδειγμα η ποιότητα ζωής και οι τύποι προσκόλλησης που το άτομο αναπτύσσει στις ερωτικές του σχέσεις. Ακόμη και στις περιπτώσεις που ορισμένες μεταβλητές, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές έχουν μελετηθεί, οι έρευνες επικεντρώνονται κυρίως σε συγκεκριμένους τύπους τραυματικών εμπειριών (κυρίως τη σεξουαλική και σωματική κακοποίηση). Μάλιστα, η ερευνητική μελέτη του τραύματος που «μεταβιβάζεται», τρόπον τινά, σε τρεις γενιές (διαγενεακό τραύμα) είναι πρωτότυπη για τα ελληνικά δεδομένα. Ωστόσο, ο βασικός περιορισμός της μελέτης ανάγεται στην συσχετιστική της φύση που έχει ως αποτέλεσμα τη μη δυνατότητα απόδοσης αιτιακών σχέσεων. Ένας δεύτερος περιορισμός αφορά το δείγμα το οποίο δεν επιλέχθηκε μέσω τυχαίας δειγματοληψίας αλλά ήταν δείγμα ευκολίας, όπως ονομάζεται στη στατιστική επιστήμη, οπότε δεν μπορεί να τεκμηριωθεί η αντιπροσωπευτικότητα του που θα

επέτρεπε ασφαλέστερη γενίκευση των συμπερασμάτων. Ένας επιπλέον περιορισμός αφορά στην αναδρομική φύση του ερωτηματολογίου του τραύματος καθώς επίσης και στο γεγονός ότι όλα τα ψυχομετρικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη βασίζονται σε αυτό-αναφορές. Ενδεχομένως κάποιοι από τους συμμετέχοντες να είχαν δυσκολία να θυμηθούν κάποια συγκεκριμένα συμβάντα που συνέβησαν κατά τη παιδική τους ηλικία ή να επέλεξαν συνειδητά να μην συμπεριλάβουν κάποιες τραυματικές εμπειρίες. Διαχρονικές μελέτες πάντως που έχουν γίνει σε ενήλικες με καταγεγραμμένη παιδική κακοποίηση έδειξε ότι η αναδρομική αναφορά υποτιμά την ύπαρξη του συμβάντος (Anda et al., 2006. Williams 1995). Όσον αφορά τη συγκέντρωση υλικού μέσω της συνέντευξης για την ύπαρξη τραυματικών εμπειριών προηγούμενων γενεών, ισχύουν οι ίδιοι μεθοδολογικοί περιορισμοί. Ένας επιπλέον περιορισμός, ιδιαίτερα σημαντικός, είναι ο εξαιρετικά μικρός αριθμός των συμμετεχόντων (2 συμμετέχουσες) ο οποίος σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπει τη διατύπωση γενικεύσεων και συμπερασμάτων. Οι πληροφορίες συλλέχτηκαν από μία μόνο πηγή η οποία εκπροσωπούσε και τις προηγούμενες γενιές, οπότε αφενός είναι αρκετά πιθανό πληροφορίες που αφορούν παρελθούσα οικογενειακά τραύματα να μην είναι γνωστές ή να είναι αλλοιωμένες και αφετέρου η πηγή να επέλεξε να παρουσιάσει τα συγκεκριμένα τραυματικά γεγονότα που η ίδια κρίνει ότι είναι σημαντικά για την εξέλιξη της ιστορίας της οικογένειας.

Παρά τους σημαντικούς περιορισμούς της ως προς τη μεθοδολογία της, η συγκεκριμένη μελέτη έχει και τα πλεονεκτήματά της. Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων με τη χορήγηση ανώνυμων ερωτηματολογίων αποτελεί ένα αδιαμφισβήτητο μεθοδολογικό πλεονέκτημα. Η μέτρηση και η αξιολόγηση των μεταβλητών του τραύματος αποτελεί ένα εξαιρετικά δύσκολο έργο, δεδομένου ότι η συγκέντρωση πληροφοριών για ιδιαίτερα λεπτά ζητήματα, όπως είναι, παραδείγματος χάριν, η σεξουαλική κακοποίηση, ενέχει σε μεγάλο βαθμό τη συμμόρφωση προς το κοινωνικά επιθυμητό από την πλευρά του συμμετέχοντος. Στις περιπτώσεις που η συγκέντρωση πληροφοριών γίνεται με τη μορφή συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο, αρκετές φορές παρατηρείται ότι τα άτομα έχουν την τάση να προσεγγίζουν την κοινωνική νόρμα (Ajzen & Fishbein, 1977). Συνεπώς, πιστεύουμε ότι η μέθοδος συλλογής δεδομένων υπό καθεστώς διασφαλισμένης ανωνυμίας αποτελεί πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης.

Στα πλεονεκτήματα της μελέτης έρχονται να προστεθούν το μεγάλο μέγεθος και η ομοιογένειά του δείγματος, που επέτρεψαν τη διερεύνηση της σχέσης του πρώιμου ψυχικού τραύματος και των διαφόρων τύπων του με την προσαρμογή κατά την ενήλικη ζωή. Τέλος ως πλεονέκτημα θεωρούμε και το γεγονός ότι όλα τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη είναι σταθμισμένα στην ελληνική γλώσσα και έχουν ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες.

## **2.8 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες**

Η παρούσα μελέτη αποπειράθηκε να διερευνήσει για πρώτη φορά το πολυδιάστατο φαινόμενο του παιδικού τραύματος και των διάφορων τύπων του σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού. Τα ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά που εντοπίστηκαν δείχνουν ότι το παιδικό τραύμα αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Για το λόγο αυτόν χρήσιμο θα ήταν να σχεδιαστούν ευρείας κλίμακας τυχαιοποιημένες μελέτες σε όλη την Ελλάδα οι οποίες θα καταστήσουν ασφαλέστερη την γενίκευση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας. Ενδιαφέρον επίσης θα ήταν σε μελλοντικές έρευνες να υπάρξουν ομάδες ελέγχου, προερχόμενες από ψυχιατρικό ελληνικό πληθυσμό από τις οποίες θα μπορούσαν να προκύψουν ενδιαφέρουσες συγκρίσεις και πολύτιμες πληροφορίες για την επίπτωση του πρώιμου τραύματος σε ελληνικούς κλινικούς πληθυσμούς. Εκτός από μελέτες σε ψυχιατρικό πληθυσμό σκόπιμο θα ήταν να μελετηθούν και ασθενείς με σωματικές ασθένειες. Η σύνδεση των πρώιμων τραυματικών εμπειριών με σωματικές ασθένειες αποτελεί ένα αρκετά νέο πεδίο ερευνών και τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν μια σημαντική σχέση με διαταραχές που αφορούν τη καρδιά (Batten, Aslan, Maciejewski & Mazure, 2004; Dong, Giles, Felitti, Dube, Williams, Chapman, Anda, 2004) τους πνεύμονες (Anda, Brown, Felitti, Dube & Giles, 2008), το συκώτι (Dong, Dube, Felitti, Giles, Anda, 2003) και με τον διαβήτη (Goodwin & Stein, 2004).

Χρήσιμο θα ήταν να σχεδιαστούν μελέτες που θα έχουν ως στόχο τη διερεύνηση του ρόλου των βιολογικών προδιαθεσικών παραγόντων στη δημιουργία μιας «ευαλωτότητας» στο στρες, αν δηλαδή μπορεί να υπάρχει μια γενετική προδιάθεση απέναντι σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Όπως ειπώθηκε αρκετές φορές μέσα στη παρούσα εργασία, το παιδικό τραύμα αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο οι συνιστώσες του οποίου δεν είναι δυνατόν να συμπεριληφθούν σε μία έρευνα. Η σχέση που υπάρχει

μεταξύ του πρώιμου τραύματος και της ενήλικης συμπεριφοράς εξαρτώνται από την αλληλεπίδραση βιολογικών, γενετικών, περιβαλλοντικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων καθώς και ατομικών χαρακτηριστικών τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και των σημαντικών προσώπων της ζωής του (διαγενεακό τραύμα). Για τον λόγο αυτό θα ήταν σημαντικό να μελετηθούν, εκτός των ψυχοκοινωνικών και βιολογικοί παράγοντες, όπως, για παράδειγμα, ο ρόλος των ορμονών που έχουν ενοχοποιηθεί για την πυροδότηση και διατήρηση νευροχημικών αλλαγών στον εγκέφαλο μετά από πρώιμες τραυματικές εμπειρίες.

Αναφορικά με τη μεταβίβαση του τραύματος από γενιά σε γενιά, η συγκεκριμένη μελέτη προσπάθησε να βάλει τα θεμέλια προχωρώντας σε μία πρώτη προσέγγιση του θέματος. Δεδομένης της ιστορίας του ελληνικού έθνους, ενδιαφέρον θα είχε να μελετηθούν συγκεκριμένες ομάδες του ελληνικού πληθυσμού όπως οι απόγονοι της γενοκτονίας των Ποντίων κατά τον Α' Παγκόσμιο πόλεμο, της μικρασιατικής καταστροφής, της ανταλλαγής πληθυσμών μετά το 1922, της ιταλικής και γερμανικής κατοχή κατά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, του εμφύλιου πόλεμου του 1944, και η αντιπροσώπευση των πληθυσμών αυτών στον ψυχιατρικό πληθυσμό. Εκτός από τα συλλογικά τραύματα ενδιαφέρον θα είχε να μελετηθεί διεξοδικότερα και σε μεγαλύτερο δείγμα, εάν η ύπαρξη τραυματικών γεγονότων που έλαβαν χώρα σε προηγούμενες γενιές μπορούν να «ευθύνονται» για την ευαλωτότητα κάποιων ατόμων απέναντι σε τραυματικά γεγονότα. Όπως έχει αναφερθεί στην αρχή, ερευνητικά έχει φανεί ότι δεν θα αναπτύξουν μετατραυματική διαταραχή στρες ή χρόνια ψυχοπαθολογικά και κοινωνικά προβλήματα όλοι οι άνθρωποι που θα έρθουν αντιμέτωποι με στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Το διαγενεακό τραύμα ενδεχομένως να αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου που να συμβάλει στην συγκεκριμένη ευαλωτότητα.

### **Επίλογος**

Το παιδικό τραύμα θέτει ένα σοβαρό ζήτημα στη κοινωνία μας καθώς οι εμπειρίες αυτές οι οποίες συχνά δεν αναγνωρίζονται ή δεν θεωρούνται σοβαρές, έχουν βαθύτατες επιπτώσεις στον ψυχισμό, στη συμπεριφορά και στη γενικότερη διαδρομή του ατόμου στη ζωή. Τα τραυματισμένα παιδιά, λόγω της περιορισμένης ικανότητας τους να χρησιμοποιήσουν αμυντικούς μηχανισμούς, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη σοβαρών ψυχικών διαταραχών τόσο κατά τη διάρκεια της παιδικής

και εφηβικής ηλικίας όσο και μετέπειτα κατά την ενήλικη ζωή. Τα παιδιά είναι ευάλωτα και εξαρτώμενα και έχουν το δικό τους κόσμο συναισθημάτων, σκέψεων και αντιλήψεων. Η έκθεση τους σε αγχωτικά γεγονότα, όπως βέβαια και των ενήλικων, είναι αναπόφευκτη. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, όπου τα παιδιά μπορεί να βιώσουν μια τραυματική εμπειρία που τους προκάλεσε αρνητικά συναισθήματα και στρες, μετά από ένα σύντομο διάστημα παροδικής αποσταθεροποίησης ανακάμπτουν, χωρίς να εμφανίζουν κάποια σοβαρά συνακόλουθα προβλήματα (Chou, Chou, Su, Ou-Yang, Chien, Lu, Huang, 2004). Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών που τα αγχογόνα γεγονότα, είτε εξαιτίας της σοβαρότητας και επαναληπτικότητας του συμβάντος (πχ σεξουαλική κακοποίηση ή ακραία φυσική καταστροφή) είτε εξαιτίας της ευαλωτότητας του παιδιού που το βιώνει, αυτά τα «τραυματικά γεγονότα» έχουν σοβαρές μακροχρόνιες συνέπειες στη ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη, στην υγεία, στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής του ως ενήλικας.

Οι ψυχικές καταστάσεις που προκαλούνται στο άτομο από την έκθεση του σε συντριπτικά εξωτερικά συμβάντα κατά τη διάρκεια της παιδικής του ηλικίας παρουσιάζουν ένα εύρος αρνητικών επιπτώσεων. Εάν κάποιος ειδικός ψυχικής υγείας δει τις άμεσες κλινικές εκδηλώσεις του τραύματος στη ζωή του παιδιού που το υπέστη, ενδεχομένως να καταλήξει σε διαγνώσεις ψυχικών διαταραχών που συνδέονται με το τραύμα, οι συνηθέστερες των οποίων είναι: διαταραχές συμπεριφοράς, μείζονες συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές προσοχής - υπερκινητικότητας, φοβικές διαταραχές, αποσυνδεδετικές διαταραχές, διαταραχές πρόσληψης τροφής και διαταραχές προσαρμογής. Υπάρχουν περιπτώσεις που το παιδικό τραύμα ενδέχεται να λειτουργήσει ως προάγγελος σοβαρότερων ψυχικών διαταραχών όπως είναι οι διαταραχές προσωπικότητας, με προεξάρχουσα, την περίπτωση της οριακής διαταραχής, αλλά και τις ψυχωσικού τύπου διαταραχές.

Εάν πάλι κάποιος ειδικός ψυχικής υγείας θέλει να δει τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ενήλικα τότε ο κατάλογος των προβλημάτων είναι μεγάλος. Στη συγκεκριμένη μελέτη διερευνήθηκαν ορισμένοι μόνο από τους παράγοντες αυτούς οι οποίοι περιλαμβάνουν τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, την ποιότητα ζωής, τον τύπο προσκόλλησης στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσουν τα τραυματισμένα άτομα, στις ερωτικές τους σχέσεις και τα

ψυχοπαθολογικά συμπτώματα που έχουν σχέση με το τραύμα, όπως για παράδειγμα σεξουαλικά προβλήματα, κατάθλιψη, αποσυνδεδετικά συμπτώματα κα.

Σε καμία περίπτωση δεν δικαιούμεθα να υποστηρίξουμε ότι η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα είναι η πρωταρχική και μοναδική *αιτία* για αυτό το ευρύ φάσμα παθολογικών εκδηλώσεων και προβλημάτων στη ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου. Με άλλα λόγια, το να ισχυριστούμε ότι ένα άτομο είναι καταθλιπτικό ή ότι έχει μια διαταραχή προσωπικότητας ή είναι χρήστης ουσιών ή ότι έχει δυσκολίες στις ερωτικές του σχέσεις, επειδή υποθέτουμε την ύπαρξη κάποιου είδους τραύματος, αποτελεί μια εξαιρετικά ασαφή και γενικευμένη αντίληψη. Η σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε τραύμα και τη ψυχολογική δυσλειτουργία είναι ορισμένες φορές σχέση αιτίου – αιτιατού, αλλά σε πολλές περιπτώσεις είναι πιθανό να είναι πιο περίπλοκη και είτε διαμεσολαβεί ή διαμεσολαβείται από άλλους παράγοντες (Goodman, Rosenberg, Mueser & Drake, 1997 Morrison, Frame & Larkin, 2003). Όταν υπάρχει ιστορικό πολλαπλών τραυματικών εμπειριών σε πολλά ηλικιακά στάδια, τότε είναι περισσότερο πιθανόν τα τραύματα να ευθύνονται για την ανάπτυξη ψυχολογικών δυσλειτουργιών. Ωστόσο υπάρχουν και οι περιπτώσεις που αυτό που συμβαίνει είναι η αντίστροφη αιτιώδης σχέση, η παρουσία δηλαδή ψυχολογικών διαταραχών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για το άτομο να υποβληθεί σε διαπροσωπική βία ή και σε άλλες μορφές τραύματος (Gold, 2004).

Έχουμε ακόμη πολλά να μάθουμε για τη συγκεκριμένη φύση της σχέσης ανάμεσα στις παιδικές τραυματικές εμπειρίες και στα ψυχολογικά προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο ενήλικας. Καθώς το πεδίο των μελετών για το τραύμα έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια, η επιστημονική κοινότητα έχει αρχίσει να συνειδητοποιεί τη σπουδαιότητα του ευρήματος ότι ένας σημαντικός αριθμός ατόμων που έχει εκτεθεί σε ένα παιδικό τραυματικό γεγονός είτε θα αναπτύξουν μια σοβαρή ψυχική διαταραχή είτε μια άλλη μορφή ψυχολογικής αναστάτωσης κατά την ενήλικη ζωή. Στενότερη εξέταση των παραγόντων εκείνων που διαχωρίζουν τα τραυματισμένα άτομα σε εκείνα τα οποία βιώνουν σημαντικές αντίξοες ψυχολογικές συνέπειες και σε αυτά που δεν τις βιώνουν, μπορούν να μας διδάξουν αρκετά πράγματα για τις ρίζες της ανθρώπινης ανθεκτικότητας και την αιτιολογία της ψυχοπαθολογίας.

Ο έγκαιρος εντοπισμός και η εκτίμηση των συναισθηματικών, αλλά και των γενικότερων αναγκών του παιδιού μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος

αποτελούν τον οδηγό για το σχεδιασμό της φροντίδας του, καθώς και για τις θεραπευτικές εξατομικευμένες επιλογές που θα ακολουθηθούν. Ακόμη, πολλές φορές είναι απαραίτητο να παρασχεθεί επαγγελματική υποστήριξη με την ενδεδειγμένη για την περίπτωση του παιδιού θεραπευτική προσέγγιση (ατομική, οικογενειακή ή ομαδική) που θα επιλεγεί μετά από εκτίμηση του “τραύματος”, του αναπτυξιακού του σταδίου, αλλά και των δυνατοτήτων του. Αναφορικά με τον ενήλικα ο οποίος παρουσιάζει προβλήματα στη ψυχοκοινωνική του προσαρμογή και επισκέπτεται κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενσωματωθεί στη θεραπεία του και η διερεύνηση τυχόν ιστορικού τραύματος.

Οι συνέπειες των τραυμάτων που αφορούν την συλλογική ανθρώπινη εμπειρία και ο τρόπος μετάδοσής τους στις επόμενες γενεές καταλαμβάνουν ένα ευρύτερο επιστημονικό πεδίο που ξεκίνησε από τη ψυχανάλυση και φτάνει στις μέρες μας να απασχολεί και άλλους επιστημονικούς χώρους. Ιδιαίτερα στην σημερινή εποχή όπου συχνά κυριαρχεί μια τυφλή, ακατανόητη βία, οι προσπάθειες κατανόησης και απόδοσης νοήματος στα τραύματα που προκαλεί- ώστε να μπορούν να ενταχθούν στην ατομική, οικογενειακή, συλλογική ιστορία, - αποκτούν ζωτική σημασία.

Ελπίζουμε ότι με την παρούσα έρευνα θα συμβάλλουμε στη κατανόηση των πολύ-παραγοντικών, πολύπλοκων και δυναμικών σχέσεων μεταξύ τραυματικών εμπειριών και των επιπτώσεών τους στη ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ενήλικα. Επίσης, ελπίζουμε ότι η μελέτη αυτή θα αποτελέσει αφορμή για περαιτέρω διερεύνηση του φαινομένου του παιδικού τραύματος στον ελληνικό πληθυσμό, η οποία θα συνεισφέρει στη πληρέστερη κατανόηση του, έχοντας πάντα κατά νου τη προαγωγή της ψυχικής υγείας και τη πρόληψη των διαταραχών.

Τέλος, δεν θα πρέπει να παραληφθεί από τη συζήτηση για το παιδικό τραύμα, η περίπτωση των παιδιών που βρίσκονται υπό συνθήκες μετανάστευσης. Το κοινωνικό αυτό πρόβλημα είναι εξαιρετικά σοβαρό, αλλά και επείγον και απαιτεί από τους ειδικούς την ιδιαίτερη μελέτη και προσοχή σχετικά με την ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών αυτών καθώς και την γενικότερη προσαρμογή των οικογενειών τους στις νέες συνθήκες ζωής.



## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση

- Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, Ε. (επιμ.) (1998). *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*. Αθήνα : Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Αναστασοπούλου, Ε., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ. Ι., Κονταξάκης, Β. Π (επιμ.). Κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών. Στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη- Κονταξάκη & Γ. Ν Χριστοδούλου. *Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα, εκδόσεις Βήτα, σελ. 491- 500.
- Βακαλιός, Αθανάσιος (1984). *Ποιότητα Ζωής: Προβληματισμοί – κατευθύνσεις*. Αθήνα, Κέντρο Προγραμματισμού και οικονομικών ερευνών.
- Βασλαματζής, Γρ. (2014). Ψυχαναλυτική μελέτη του ψυχικού τραύματος σε οριακές δομές. Ο ρόλος του πλαισίου και της περιέχουσας λειτουργίας. Στο Συλλογική Έκδοση, *Ψυχαναλυτικές συναντήσεις με τον οριακό ασθενή. Το κενό, το αρχαϊκό, το ψυχικό τραύμα*. Αθήνα, εκδόσεις Μ/συνάψεις, σελ. 115- 130.
- Βάρσου, Ν. (2006). Διαπροσωπικές σχέσεις. Στο Στοιχεία Ψυχολογίας- Διδακτικό βοήθημα για τους πρωτοετείς φοιτητές ιατρικής, Βάρσου, Ν. & Τυπάλδου (επιμ.). Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ψυχιατρική Κλινική- Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
- Ίδρυμα Μείζονος Ελληνισμού. Ανακτήθηκε από <http://www.orst.edu/dept/lpi/f-w00/mediterr.htm> (πρόσβαση στις 24/10/2017).
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2007). *Η εξάλειψη της σωματικής τιμωρίας στα παιδιά*. Αθήνα: Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας- Κέντρο Για την Μελέτη και τη Πρόληψη της Κακοποίησης- Παραμέλησης του Παιδιού
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2007). *Η εξάλειψη της σωματικής τιμωρίας στα παιδιά*. Αθήνα: Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας- Κέντρο για τη Μελέτη και τη Πρόληψη της Κακοποίησης, Παραμέλησης του Παιδιού.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.

- Καλλονάκη, Ε. (2000). *Ενδοοικογενειακή κακοποίηση των παιδιών: ψυχολογικής διαστάσεις και τρόποι αντιμετώπισης*. Διπλωματική εργασία, Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.
- Καραμανωλάκη, Χ. (2011). Η επανάληψη του παιδικού ψυχικού τραύματος στην αναλυτική διαδικασία: Κλινικές σημειώσεις. Στο *Τιμητικός τόμος Γεώργιος Ν. Χριστοδούλου* (σσ. 451).. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Κόλιας, Κ. Θ., Κονταξάκης, Β. Π., Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2005). Διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία. Στο Β. Π. Κονταξάκης, Μ. Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη & Γ. Ν Χριστοδούλου. *Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα, εκδόσεις Βήτα, σελ. 225- 237
- Κονταξάκης, Β. Π. & Χαβάκη- Κονταξάκη, Μ. Ι. (2005). Η πρόληψη των αυτοκαταστροφικών και των ετεροκαταστροφικών συμπεριφορών. Στο *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Κονταξάκης, Β. Π., Χαβάκη – Κονταξάκη, Μ. Ι., Χριστοδούλου, Γ. Ν (επιμ.). Αθήνα: Βήτα, σελ. 93- 102.
- Κυριαζή, Ν. (2000). Η κοινωνιολογική έρευνα, Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λεονάρδου, Α., Παπαρρηγόπουλος, Θ. (2009). Στρες – Ψυχοτραυματισμός και συναφείς διαταραχές. Στο Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας. *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική*. Αθήνα, εκδόσεις Βήτα, σελ. 146- 159.
- Λεονάρδου, Α. & Ζέρβας, Ι. Η βία στις γυναίκες. Στο *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Κονταξάκης, Β. Π., Χαβάκη – Κονταξάκη, Μ. Ι., Χριστοδούλου, Γ. Ν (επιμ.). Αθήνα: Βήτα, σελ.125- 140.
- Μακ Γκολντρικ, Μ. & Γκερσον, Ρ. (1999). *Το Γενεόγραμμα: Εργαλείο αξιολόγησης για την οικογένεια*. Αθήνα: Κέδρος.
- Μανδηλαράς, Β. – Μεταφραστική ομάδα Κάκτου (επιμ.) (1993). *Απαντα Ηθικά Νικομάχεια* 1. Τόμος 7. Αθήνα: Κάκτος.
- Μανιαδάκης, Γ. (2006). Φαντάσματα της ψυχής: επιπτώσεις του ανεπίλυτου γονεϊκού πένθους στο παιδί. *Ψυχιατρική*, 17: 159- 164
- Ματσανιώτης, Ν. (1998). Στο Ε. Αγάθωνος- Γεωργοπούλου (Συντ.) *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*. Αθήνα, Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.

- Μπαλούρδος, Δ. & Φρονίμου, Ε. (2011). Πρόληψη κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών: καλές πρακτικές. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής.
- Νικολαΐδης, Γ. & Σταυριανάκη, Μ. (επιμ.) (2009). *Η βία στην οικογένεια: τεκμηριωμένη πρακτική και τεκμήρια από την πρακτική*. Αθήνα: ΚΨΜ, σελ. 37.
- Πελεγρίνης, Θ. Ν. (1998). *Οι πέντε εποχές της φιλοσοφίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σωτηρίου, Δ. (1959). *Οι νεκροί περιμένουν*. Αθήνα: Κέδρος.
- Τατα Αρσέλ, Τ. (2014). *Με το διωγμό στη ψυχή- - Το τραύμα της Μικρασιατικής Καταστροφής σε τρεις γενιές*. Αθήνα: Κέδρος.
- Τζινιέρη – Κοκκώση Μ. (2011). Ποιότητα Ζωής: Προσέγγιση στη σημασία. Στο *Τιμητικός τόμος Γεωργίου Ν. Χριστοδούλου*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εκδόσεις Βήτα, σελ. 862-865
- Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Αντωνοπούλου, Β., Τομαράς, Β., Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2003). *Εγχειρίδιο ποιότητα ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100*. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Τριανταφύλλου, Ε. Σ., Οικονόμου, Μ. Π. & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2005). Ποιότητα Ζωής και ψυχική υγεία: εννοιολογικές αναφορές και θεωρητικά μοντέλα. Στο *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*, Κονταξάκης, Β. Π., Χαβάκη – Κονταξάκη, Μ. Ι., Χριστοδούλου, Γ. Ν (επιμ.). Αθήνα: Βήτα, 577- 591.
- Τριποδιανάκης, Ι. & Σαραντίδης, Δ. (2009). Αυτοκτονικότητα. Στο Λ. Λύκουρας, Κ. Σολδάτος, Γ. Ζέρβας. *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική*. Αθήνα, εκδόσεις Βήτα, σελ. 161- 174.
- Τσιώλης, Γ. (2011). Η σχέση ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες. Από την πολεμική των «παραδειγμάτων» στις συνθετικές προσεγγίσεις Στο: Μ. Δαφέρμος, Μ. Σαματάς, Μ. Κουκουριτάκης & Σ. Χιωτάκης (επιμ.) *Οι κοινωνικές επιστήμες στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Επίμοχα θέματα και προκλήσεις*. Αθήνα: Πεδίο.
- Χαβάκη- Κονταξάκη, Μ. Ι. (2007). Αυτοκαταστροφική και βίαιη συμπεριφορά. Στο *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Σολδάτος, Κ. & Λύκουρας, Λ. (επιμ.). Αθήνα: Βήτα, σελ. 439- 457).

## Ξενόγλωσση

- Aber, J. L. & Zigner, E. (1981). Developmental considerations in the definitions of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 1- 29.
- Aberbach, D. (1989). *Surviving Trauma: Loss, Literature and Psychoanalysis*. New Haven and London: Yale University Press.
- Abraham, N. & Torrok, M. (1984). “The lost object- me”: Notes on identification within the crypt. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 4 (2), 221- 242.
- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York, Jason Aronson
- Agargun, M. Y., Kara, H., Özer, Ö, Selvi, Y., Kiran, Ü & Kiran, S. (2003). Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 57 (2), 139- 145.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M. and Lyons- Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harv Rev Psychiatry*, 12 (2), 94- 104.
- Ainsworth, M. D. S. & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331- 341.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918
- Alexander. P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185-195.
- Alexander, P. C. & Anderson, C. (1994). An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychotherapy*, 31, 665- 675
- Allen, J. G. (1995). The Spectrum of Accuracy in Memories of Childhood Trauma. *Harvard Review of Psychiatry*, 3 (2), 84- 95.
- Allen, J. G. Console, D. A. & Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Compr Psychiatry*, 40, 160- 171.
- Alpher, V. S. & France, A. C. (1993). Interpersonal complementarity and appeasement in relationships with initiators of childhood psychosocial trauma.

- Psychotherapy*, 30 (3), 502- 511. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 186–192.
- American Psychiatric Association, (1980). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC
- American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders *fourth edition, text revision*. Washington, DC.
- Amir, M. & Lev-Wiesel, R. (2003). Time Does Not Heal All Wounds: Quality of Life and Psychological Distress of People Who Survived the Holocaust as Children 55 Years Later. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (3), 295–299.
- Anda, R. F, Felitti, V. J., Bremner, J. D, Walker, J. D , Whitfield, C., Perry, P. D., Dube, S. R. and Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 256(3), 174- 186.
- Anda, R. F., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dube, S. R & Gile, W. (2008). Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients. *BMC Public Health* , 8, 198.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well- being: America's perception of life quality*. New York: Plenum press.
- Arifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Graaf, R., Have, M. & Sareen, J. (2007). Child abuse and health- related quality of life in adulthood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (10), 797- 802.
- Assoun, P. L (1997). Corps et Symptôme. *Tome 2 Corps et Inconscient, Poche psychanalyse*. Paris : Anthropos, pp. 29.
- Assoun, P. L (2004). *La recherche freudienne. Petit Discours de la Méthode à l'usage de la Recherche en psychanalyse*. Association Recherches en psychanalyse
- Astin, M.C., Ogland- Hand, S. M., Coleman, E. M., Foy D. S (1995). Post-traumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with martially distressed women. *J Consult Clin Psych*, 63, 308- 312
- Baral, I., Kora, K., Yuksel, S., Sezgin, U. (1998). Self-Mutilating Behavior

- Bartholomew, K. & Horrovitz, L.K. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four- category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226- 244
- Basham, K. K. & Miehls, D. (2004). Transforming the legacy: couple therapy with survivors of childhood trauma. New York, Columbia University Press
- Batten, S. V., Aslan, M. A., Maciejewski, P. K. & Mazure, C. M. (2004). Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry*, 65 (2), 249- 254.
- Beatson, A. (1995). Long- term psychotherapy in borderline and narcissistic disorders: when is it necessary? *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 29: 591- 597
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychol Bull*, 114(3), 413-34.
- Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S, Artias, I., (1998). Prevalence of Traumatic Events and Peritraumatic Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms in a Nonclinical Sample of College Students. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (4), 645-664.
- Bernstein, D. P, Stein, J. A., Handelsman, L. (1998). Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. *Addict Behav* 23, 855-868.
- Bifulco A, Moran P. (1998). *Wednesday's Child: Research Into Women's Experience of Neglect and Abuse in Childhood, and Adult Depression*. London: Routledge.
- Bion, W. R (1965). *Transformations*. London: Heinemann.
- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S. and Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13:16
- Boudewyn, A. C., & Liem, J. H. (1995). Childhood Sexual Abuse as a Precursor to Depression and Self-Destructive Behavior in Adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 8(3), 445-459.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss- Volume 1: Attachment*. London: Pimlico Editions.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression (Vol. 3)*. New York: Basic Books.
- Bremner J. D., Bolus R. & Mayer E. A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory – Self Report, short form. *J Nerv Ment Dis.*195(3), 211–218.
- Bremner J. D., Randall, P. & Scott, T. M. (1995). MRI- based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 152, 973- 981.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(117), 16-22.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216- 222.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 55(7), 626-632.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 237-251.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studies on hysteria*. New York: Basic Books.
- Brick, N. D. (2005). How childhood sexual abuse affects interpersonal relationships. Available at <http://ritualabyse.us/research>.
- Briere, J. (1996). Psychometric review of the Trauma Symptom Checklist-40, in B.H. Stamm (Ed.). *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Briere, J. N. & Runtz, M. G. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): Early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.
- Briere, J., Runtz, M. (1986). Suicidal thoughts and behaviors in former sexual abuse victims. *Canad. J. Behav. Sci/Rev. Canad. Sci. Comp*, 18 (4), 413-423.

- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., Smailes, E. M. (1999). Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38 (12), 1490-1496.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Guthrie, R. M. & Moulds, M. (2000). A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 341-344.
- Calam R, Horne, L., Glasgow, D., Cox, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. *Child Abuse Negl*, 22, 901–913.
- Cambell, A., Converse, R. & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life*. New York: Russel Sage.
- Cardena, E. & Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the Bay Area earthquake. *Am Journal of Psychiatry*, 150, 474- 478.
- Carey, P. D., Stein, D. J., Zungu-Dirway, N. & Soraya, S. (2003). Trauma and post-traumatic stress disorder in an urban Zhosa primary care population: Prevalence, Comorbidity and service use patterns. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 230- 236.
- Cassidy, J. & Mohr, J. J. (2001). Unsolvable fear, trauma and psychopathology: Theory research and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8 (3), 275-298.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., Anda, R. F., (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J. Affect Disord.* 82, 217–225.
- Chou, F.H., Chou, P., Su, T. T., Ou-Yang, W. C., Chien, I.C., Lu, M.K., Huang, M.W. Quality of life and related risk factors in a Taiwanese village population 21 months after an earthquake. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 38 (5), 358-364.
- Chu, A. J. (1998). *Building shattered lives. The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York: John Willey & Sons.
- Chu, A. T. & DePrince, A. P. (2006). Development of dissociation: Examining the relationship between parenting, maternal trauma and child dissociation. *Journal of trauma & dissociation*, 7 (4), 75-89.



- Chu, J. (1991). The repetition compulsion revised: Reliving dissociated trauma. *Psychotherapy*, 28, 327- 332.
- Chu, J. A. & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887- 892.
- Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L. & Mathews, J. A. (1999). Dissociation, Amnesia, and Corroboration Memories of Childhood Abuse. *Am J Psychiatry* 156 (5), 749- 755.
- Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241.
- Coccaro, E.F. & Kavoussi, R.J. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality- disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 1081- 1088
- Coons, P.M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 461- 464.
- Coulson, K.W., Wallis, S., Clark, H. (1994). The diversified team approach in the treatment of incest families. *Psychotherapy in Private Practice*, 13, 19- 43.
- Courtois, C.A. (2002). Traumatic stress studies: the need for curricula inclusion. *Journal of Trauma Practice*, 1(1), 33- 57.
- Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425.
- Cowan, P.A., Powell, D., Cowan, C. (1998). Parenting Interventions: A Family Systems Perspective. In W. Damon, I. E. Sigel, K. A. Renninger, (Ed). *Handbook of child psychology*, 5th ed. Vol 4: Child psychology in practice. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, , pp. 3-72.
- Culbertson, R. (1995). Embodied memory, transcendence, and telling: recounting trauma, re-establishing the self. *New Literary History*, 26 (1), 169-195.
- Curtis, G.C. (1963). Violence breeds violence perhaps? *The American Journal of Psychiatry*, 120, 386-387.
- Davidson, J.R.T.. & Foa E.B (eds) (1993). Epilogue in post- traumatic stress disorder : DSM- IV and beyond. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Davies, J.D., & Frawley, M.G. (1994). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of

- adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2 (1), 5-36
- Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A., Ting, L. (2001). Intimacy Dysfunction and Trauma Symptomatology: Long-Term Correlates of Different Types of Child Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (1), 63-79.
- De Marco, R.R. (2000). The epidemiology of major depression: Implications of occurrence, recurrence, and stress in a Canadian community sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (1), 67- 74.
- Demause, L. (1991). The universality of incest. *The Journal of Psychohistory* 19 (2), 123- 164.
- DePrince, A.P. (2005). Social cognition and revictimization risk. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 125-141
- De Zulueta, F. (1999). Borderline personality disorder as seen from an attachment perspective: a review. *Clinical Behaviour and Mental Health*, 9(3), 237–253.
- Diamond, A. (Ed.) (1990). The development and neural bases of higher cognitive functions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 608, 267-3 17.
- Dong, M., Dube, S. R, Felitti, V. J, Giles, W. H, Anda, R. F. (2003). Adverse childhood experiences and self- reported liver disease: new insights into the causal pathway. *Arch Intern Med*, 163, 1949-1956.
- Dong, M., Giles, W. H, Felitti, V. J., Dube, S. R, Williams, J. E., Chapman, D. P, Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation*, 110, 1761-1766.
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., Hamilton, G., MsRobert, G., Elder, R. & Hanna, D. (2009). Complex PTSD interpersonal trauma and relational consequences: Findings from a treatment- receiving Northern Irish sample. *Journal of affective Disorders* 112, 71- 80
- Drapeau, M., Perry, J. C. (2004). Childhood trauma adult interpersonal functioning: a study using the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT). *Child Abuse & Neglect*, 28, 1049-1066.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in

- community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am. J. Psychiatry* 160, 1453–1460.
- Egeland, B, Susman-Stillman, A. (1996). Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse Negl.* 20 (11), 1123-1132.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16, 391-398.
- Ertem, I. O., Levental, J. M., Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *The Lancet*, 356 (9232), 814- 819.
- Famularo, F., Fenon, T., Kinscherff, R., & Barnum, R. (1994). Maternal and child posttraumatic stress disorder in cases of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 18, 27-36.
- Faimberg, H. (2005). *The telescoping of generations. Listening to the narcissistic links between generations*. London and New York: Routledge.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry*, 40, 137- 145.
- Feeney, J. A. & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281- 291.
- Feerick, M. M., Knutson, J. F., Trickett, P. K., & Flanzer, S. M. (2006). *Child abuse and neglect: Definitions, classification, & a framework for research*. Baltimore, MD: Paul H. Brooks Publishing Company.
- Felsen, I. (1998). Transgenerational transmission of effects of the Holocaust: The North American research perspective. In Y. Danieli (Ed.), *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. The Plenum series on stress and coping. New York: Plenum. pp. 43- 68.
- Ferenczi, S, (1982). *Journal Clinique*. Paris: Payot.
- Ferenczi, S., (1930). *Principe de relaxation et néocarthisis*. Psychanalyse IV. Paris: Payot.
- Ferenczi, S., (1931). Child-Analysis in the Analysis of Adults. *Int. J. Psycho-Anal.*, 12, 468-482.
- Ferenczi, S., (1932) .Confusione delle linguetra adulti e bambini. Fondamenti dipsicoanalisi,vol. III, Ulteriori contributi (1908 –1933), *Psicoanalisi delle*

- abitudinisessuali e altri saggi*, a cura di Glauco Carloni e Egon Molinari, traduzione di Elena Ponsi Franchetti. Guaraldi Editore, Rimini, 1974, pp. 415 – 427.
- Fereti I. & Stavrianaki, M. (1997). The use of psysical punishment in the Greek family: Selected sociodemographic aspects. *Journal of Child and Family Welfare*, 2 (3), 206- 216.
- Figuroa, E. & Silk, K. R (1997). *Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder*. *J Personal Disord*, 11, 71- 92.
- Finch, J. (1984). It's Great To Have Someone To Talk To: Ethics and Politics of interviewing Women στο Mason, J. (2003).
- Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(2), 147-169.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. (1995). Attachment: the reflective self and borderline states: the predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J, eds. *Attachment theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale, NJ and London: Analytic Press.
- Ford, J. D. (1999). Disorders of extreme stress following warzone military trauma: associated features of post- traumatic stress disorder (PTSD) or comorbid but distinct syndromes. *Journal of Consult. Clin. Psych.*, 67, 3-12
- Fossion, P., Rejas, M., Servais, L., Pelc, I. & Hirsch, S. (2003). Family approach with grandchildren of Holocaust survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 57(4), 519-527.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., Brennan, K. A. (2001). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol*, 78, 350–365.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant- mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387- 421.
- Freinkel, A., Koopman, C. & Spiegel, D. (1994). Dissociative symptoms in media eyewitnesses of executions. *Am J Psychiatry*, 151, 1335- 1339.

- Freud, S. & Ferenczi, S. (1930) *Correspondance Freud-Ferenczi, Volume 3*. Paris: Calmann Lévy.
- Freud, S. (1893). *Études sur l'hystérie*, P.U.F., 1956.
- Freud, S. (1907). Actions compulsives et exercices religieux. In *L'avenir d'une illusion*. Paris, PUF (p.p. 138- 139)
- Freud, S. (1914). *On narcissism: An introduction. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (1950-74)*, Vol. 12. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1915- 1917). *Introduction à la psychanalyse*. Petite Bibliothèque Payot, No 6.
- Freud, S. (1916-1917). *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Gallimard, 1999.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. S. E. 20
- Freud, S. (1984). *The neuro-psychoses of defence. In Complete Psychological Works, Standard Ed. Vol. 2*. Translated and edited by Strachey J. London: Hogarth Press.
- Freyd, J. J. De Prince, A. P. & Zurbriggen, E. L. (2001). Self-reported memory for abuse depends upon victim- perpetrator relationship. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, 5- 17.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal Trauma: The Logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R. & Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (3), 259- 272.
- Gabbard, G. O. (2006). *Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στη κλινική πράξη*. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Θωμάς Ν. Υφαντής. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2000).
- Gabbard G. O., & Wilkinson, S. M (1994). *Management of Countertransference With Borderline Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gaon, A., Kaplan, Z., Dwolatzky, T., Perry Z. & Witztum, E. (2013). Dissociative Symptoms as a Consequence of Traumatic Experiences: The Long-term Effects of Childhood Sexual Abuse. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 50 (1), 17- 23.

- Gara, M. A., Rosenberg, S. & Herzog, E. P. (1996). The abused child as parent. *Child Abuse and Neglect*, 20, 797- 807.
- George, C., Kaplan, N., Main, M. (1996). *The Adult Attachment Interview*. Department of Psychology, University of California- Berkeley.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., Cohen, E. (1995). Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34 (10), 1369-1379.
- Ginieri-Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and healthy Greek populations: Incorporating new culture-relevant item. *Psychiatriki* 23, 130–142.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K., Austin M. (2004). Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An analysis of Pathways from Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *Am J Psychiatry*, 161 (8), 1417-1425.
- Glass, D., Jerome, E. S. (1972). *Urban Stress: experiments on noise and social stressors*. New York: Academic Press.
- Glatzer, W. (1990). Social Indicators and Social Reporting in Germany. *The Journal of Public Policy*, 9, (4), 425-428.
- Gold, S. N & Faust, J. (2002). The future of trauma practice: Visions and aspirations. *Journal of Trauma Practice*, 1(1), 1- 15.
- Gold, S. N. (2004). The relevance of trauma to general clinical practice. *Psychotherapy*, 41, 363–373
- Goldman, S. J., D' Angelo, E. J., DeMaso, D. R. & Mezzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149 (12), 1723-1726.
- Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T. & Drake, R. E. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: Prevalence, correlates, treatment and future research directions. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 685- 698.

- Goodwin, R. D, Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med* , 34, 509-520
- Goodwin, R. D. & Stein, M. R. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med*, 34, 509-520.
- Gould, D. A., Stevens, N. G., Ward, N. G., Carlin, A. S., Sowell, H. E., Gustafson, B. (1994). Self-reported childhood abuse in an adult population in a primary care setting: prevalence, correlates and associated suicide attempts. *Arch Fam Med*, 3, 252 -256.
- Gratz, K. L. (2006). Risks Factors for Deliberate Self-Harm Among Female College Students: The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity, and Affect Intensity/Reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), 238-250.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., Roemer, L. (2002). Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72 (1), 128-140.
- Green, A. (1983). La mere morte. In A. Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Editions de Minuit.
- Green, A. (1985). Generational transmission of violence in child abuse. *Journal of Family Psychiatry*, 6 (4), 389-403.
- Green, A. (1986). *The dead mother*. In A. Green, *On private madness*. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Green, A. *Life Narcissism Death Narcissism* (2001) .Free Association Books
- Green, B. L., Krupnick, J. L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C., Petty, R. (2005). Effects of Adolescent Trauma Exposure on Risky Behavior in College Women. *Psychiatry*, 68 (4), 363-378.
- Greenspan, G. S., Samuel, S. E (1989). *Self- cutting after rape*. *Am J Psychiatry*, 46, 789- 790.
- Grinker, R. R., Werble, B., Drye, R. C. (1968). *The Borderline syndrome: a behavioral study of ego- functions*. New York: Basic Books.

- Grove, D. J., & Panzer, B. I. (1991). *Resolving traumatic memories*. New York: Irvington Publishers.
- Gunderson, J. G. & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 148, 967- 975.
- Hammen, C. L. (1995). Stress and the course of unipolar and bipolar disorders. In C. M. Mazure(ed). *Does stress cause psychiatric illness?* Washington DC: American Psychiatric Press, pp. 87- 110.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1990). Love and work: An attachment- theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270- 280
- Hemenway, D., Sonick, S. & Carter, J., (1994). Children rearing violence. *Child Abuse & Neglect*, 18, 1011- 1020.
- Heim, C. (2009). Childhood trauma and adult responsiveness. In *Encyclopedia on early childhood development* R. Tremblay (ed), Montreal Centre of Excellence for early childhood development, pp. 1-7.
- Heim, C. Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology* 33, 693–710.
- Henk, H. J., Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., Greist, J. H, Jefferson, J W (1996). Medical costs attributed to depression among patients with a history of high medical expenses in a health maintenance organization. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 899- 904.
- Herman, J. L, Perry, J. C, Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Herman, J. L. (1992a). *Trauma and recovery: The aftermath of violence- From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J., L. (1992c). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Trauma Stress* 3, 377- 391
- Hesse, E., & Main, M. (1999). Second- generation effects of unresolved trauma as observed in non-maltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481-540.



- Hirschfeld, R. M. A., Keller, M. B., Panico, S., Arons, B. S., Barlow, D., Davidoff, F., Endicott, J., Froom, J, Goldstein, M., Gorman, J. M., Guthrie, D., Marek, R. G., Maurer, T. A., Meyer, R., Phillips, K., Ross, J., Schwenk, R., Sharfstein, S. S., Thase, M. E, Wyatt, R. J (1997). Consensus statement: The National Depressive and Manic- Depressive Association consensus statement on the under- treatment of depression. *JAMA*, 277, 333- 340.
- Hoch, P. H. & Cattell, J. P. (1959). The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 33 (1), 17-43.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. Northvale: Jason Aronson.
- Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BWJH, Zitman FG. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122 (1), 66- 74.
- Howell, E. (2005). *The dissociative mind*. Mahwah N J: The Analytic Press.
- Jones, G. L & D., MacLeod, A., Power, M., Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 269-278.
- Kahn, L. (2006). The understanding and treatment of betrayal trauma as a traumatic experience of love. *Journal of Trauma Practice*, 5 (3), 57- 72.
- Kaplan, M. J. & Klinetob, N. A. (2000). Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment resistant depression.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F., Weiner, M., Labruna, V. (1999). Adolescent Physical Abuse and Risk for Suicidal Behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, 14 (9), 976-988.
- Kaufman, J. & Zigler, E. (1987). Do Abused Children Become Abusive Parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (2), 186–192,
- Kendall-Tackett, K. (2001). The Long Shadow: Adult Survivors of Childhood Abuse. In: *The hidden feelings of motherhood: Coping with mothering stress, depression and burnout*. New Harbinger: Oakland, CA. pp.1- 19.

- Keren, M. B, Tyano, S. C. (2005). Attachment, Brain Development, Transgenerational Transmission: Implications for Prevention of Personality Disorders. *Dynamische Psychiatrie*, 38 (3), 327-334.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1986). Borderline personality organization. In Stone M. *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. New York, New York University Press. pp. 279- 317
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 197, 378–385.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048- 1060
- Klein, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In M. Klein, P. Heimann, Isaacs, S. and Riviere (eds). *Developments in Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Kirkpatrick, L. A. & Davis, K. E. (1994). Attachment style, gender and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 502- 512
- Koopman, C., Classen, C., Spiegel, D. A. (1995). Predictors of post traumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *Am J Psychiatry* 151, 888- 894.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self- healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsade, NJ, Analytic Press
- Ladd, C. O., Huot, R. L., Thivikraman, K. V., Nemeroff, C. B., Meaney, M. J., Plotsky, P. M. (2000). Long-term behavioral and neuroendo-crine adaptations to adverse early experience. *Prog. Brain Res.* 122, 81–103.
- Lang, A. J., Rodgers, C. S., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., Stein, M. B. (2003). Sexual trauma, post traumatic stress disorder and health behavior. *Behav Med.* 28, 150- 158.

- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1986). *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*. Αθήνα: εκδόσεις Κέδρος.
- Lara, M. E. & Klein, D. N. (1999). Psychological process underlying the maintenance and persistence of depression: Implications for understanding chronic depression. *Clin Psychol Rev*, 19, 553- 570.
- Lehman, A. F. (1983). The well- being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Arch Gen Psychiatry* 40, 369 - 373.
- Levine, H. P. (1990). *Adult analysis and Childhood Sexual Abuse*. Hillsdale N. J: The Analytic Press Inc.
- Linn J. G. & McGranahan, D. A. (1980). Personal disruptions, social integration, subjective well- being and predisposition toward the use of counseling services. *American Journal of Community Psychology*, 8, 87- 100.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*,5(4), 196-204.
- Lyons-Ruth, K & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver P, editors. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press, pp. 520–554.
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 257-275.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* New York: Guilford, pp. 33-70.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., Atwood G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relationships to maternal unresolved and Hostile-Helpless states of mind on the AAI. *Attachment Human Development*, 5 (4), 330-414.
- Lysaker, P. H., LaRocco, V, A. (2009). Health Related Quality of Life and Trauma history in Adults with Schizophrenia Spectrum Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 (5), 311-315.

- Mahler, E., Reach, F. & Cierpka, M. (2001). The early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant interaction. *Journal of Child Psychotherapy*, 27 (3), 257-271.
- Main, M. (1981). Avoidance in the service of attachment: a working paper. In Immelman K, Barlow G, Main M, Petrinoitch L, eds. *Behavioural Development: The Bielefeld Interdisciplinary Project*. New York: Cambridge University Press.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In Greenberg, Mark T. (Ed); Cicchetti, Dante (Ed); Cummings, E. Mark (Ed), (1990). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press , pp 507.
- Marmar, C. R., Weiss, D, S., Schlenger, W. E (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry*, 151, 902- 907.
- Martins, C. M., Tofoli, S. M., Von Werne Baes, C & Juruena, M. (2011). Analysis of the occurrence in early life stress in adult psychiatric patients, a systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 4, (2), 219- 227.
- Mason, J. (2003). Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας. (Επιστημ. επιμέλεια Νότα Κυριαζή). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Masson, J. M. (1984). *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. United States: Farrar, Straus and Giroux.
- Masterson, J. F. & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: the role of the mother on the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal*, 56, 163- 177
- McFarlane, A. C, Bookless, C & Air, T. (2001). Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population. *Journal of Traumatic Stress* 14 (4), 633-645.

- McNally, R. J. & Shin, L., M. (1995). Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry* 152, 936- 938
- McLean, L M & Gallop, R (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 369-371.
- McQuaid, J. R., Pedrelli, P., McCahill, M. E. & Stein, M. B. (2001). Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psychological Medicine*, 31, 1249- 1257.
- Meissner, W. W. (1988). *Treatment of patients with borderline spectrum*. Northvale: Jason Aronson.
- Meston, C. M., Heiman, G. R. & Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *The Journal of Sex Research*, 36 (4), 385- 395.
- Miller A. (2007). *Prisoners of childhood*, 4<sup>th</sup> edition. Athens: Roes.
- Miller, G. R. & Steinberg, M. (1975). *Between people. A new analysis of interpersonal communication*. USA: Science Research Associates Inc.
- Mizze, J. & Pettit, G. S. (1997). Mother's social coaching, mother- child relationship' s style and children's peer competence. Is the medium the message? *Child Development*, 68, 312- 332.
- Modell, A. (1999). *The dead mother syndrome and the reconstruction of trauma*. In G. Kohon (Ed.), *The dead mother: The work of Andre Green*. London: Routledge.
- Morrison, A. P., Frame, L. & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331- 353.
- Mukherjee, R. (1989). *The Quality of life: Valuation in Social Research*. New Delhi/ Newbury Park / London: SAGE Publications.
- Mullen, P.E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., Herbison, G. P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry*, 163, 721- 732.
- National Institute of Clinical Excellence, (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*

- (National Clinical Practice Guideline No. 26). Trowbridge, UK: Cromwell Press.
- National Research Council, Panel on Research on Child Abuse and Neglect (1993). *Understanding Child Abuse & Neglect*. Washington, DC: National Academy Press.
- Naughton, A. M., Maguire, S. A., Mann, M. K., Lumb, R. C., Tempest, V., Gracias, S., & Kemp, A. M. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children a systematic review. *JAMA Pediatrics*, *167* (8), 769-775.
- Nemeroff, N. B. (1998). The neurobiology of depression. *Sci Am*, *278*, 42- 49.
- Newcomb, M. D. & LockeT. F. (2001). Intergenerational cycle of maltreatment: a popular concept obscured by methodological limitations. *Child Abuse & Neglect*, *25* (9), 1219–124.
- Nijman, H. L. I., Dautzenberg, M., Merckelbach, H.L.G.J., Jung, P., Wessel, I., Campo, J. (1999). Self-mutilating behavior of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*, *17*, 1-7.
- Noll, J.G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. a., Trickett, P.K., Putnam, F.W. (2003). Revictimization and Self-Harm in Females Who Experienced Childhood Sexual Abuse: Results from a Prospective Study. *Journal of Interpersonal Violence*, *18* (12), 1452-1471.
- Norris, F. H., Foster, J. D., & Weisshaar, D. L. (2002). The epidemiology of gender differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts. In R. Kimerling, P. C. Ouimette, & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* New York, NY: Guilford Press, pp. 3–42.
- O' Dougherty-Wright, M., Crawford, E., Del Castillo D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect* *33*, 59–68.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, s. Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 1008- 1013.
- Ogden, T. H. (1986). *The matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue*. Northvale NJ: Jason Aronso.

- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Siegler I. C. (2013). The Impact of the Developmental Timing of Trauma Exposure on PTSD Symptoms and Psychosocial Functioning Among Older Adults. *Dev Psychol.*49 (11), 2191-21200.
- Ozturk, E. & Sar, V. S. (2006). The Apparently Normal Family: A Contemporary Agent of Transgenerational Trauma and Dissociation. *Journal of Trauma Practice*, 4, 287- 303.
- Pattison, E. M. & Kahan, J. (1983). The deliberate self- harm syndrome. *Am J Psychiatry*, 140, 867- 872.
- Pearlman, L. A. & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 449- 459
- Pearlman L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: W. W. Norton.
- Pears, K. C. & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, 25, 11, 1439–1461.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (1997). *Personality: Theory and research*. New York: John Wiley & Sons.
- Phillips, M. (1993). The use of ego- state therapy in the treatment of post- traumatic stress disorder. *American Journal of clinical hypnosis*, 35 (4), 241- 249.
- Preto, N. G. & Travis, N. (1895). The adolescent phase of the family cycle. In M. P. Mirkin and S. L. Koman (eds). *Handbook of adolescents and family therapy*. New York: Gardner.
- Putnam, F W. (1991). Dissociative phenomena. In *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 10. Tasman, A. Goldfinger, S. M (eds). Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 145- 160.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky B. S., Saunders, B. E & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984- 991.

- Resnick, S. G., Bond, G. R. & Mueser, K. T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 412- 423.
- Ringwalt, C. L., Browne, D. C., Rosenbloom, L. B., Evans, G. A. & Kotch, J. B. (1989). Predicting adult approval of corporal punishment from childhood parenting experiences. *Journal of Family Violence, 4*, 339- 351.
- Ritsner, M., Gibel, A., & Ratner, Y. (2006). Determinants of Changes in Perceived Quality of Life in the Course of Schizophrenia. *Quality of life Research, 15*, 515- 526.
- Rohner, R. P. (2004). The Parental "Acceptance-Rejection Syndrome": Universal Correlates of Perceived Rejection. *American Psychologist, 59*(8), 830-840.
- Roth, S. Newman, E., Pelkovitz, D., van der Kolk, B & Mandel, F. S (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10* (4), 539–555.
- Rutter, M. (1995). Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect. *Journal of Child Psychiatry and Psychology 36*, 549–571.
- Saewyc, E. M., Pettingell, S. & Magee L. L. (2003). The Prevalence of Sexual Abuse Among Adolescents in School. *The Journal of school nursing, 19* (5), 266- 272.
- Sansone R. A., Wiederman M. W. & Sansone L. A. (1998). The Self- Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol. 54* (7), 973-83.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., Wiederman, M. (1995). The Prevalence of Trauma and Its Relationship to Borderline Personality Symptoms and Self-Destructive Behaviors in a Primary Care Setting. *Arch Fam Med, 4*, 439-442.
- Schachter, D. L. (1992). Priming and multiple memory systems: Perceptual mechanisms of implicit memory. *Journal of cognitive neuroscience, 4*, 244- 256.
- Schechter, D. S., Zygumnt, A., Coates, S.W, Davies, M., Trabka, K. A, McCaw, J., Kolodji, A., Robinson, J.L (2007). Caregiver traumatization adversely impacts young children’s mental representations of self and others. *Attachment & Human Development, 9*(3), 187-205



- Schechter, D. S. (2003). Intergenerational communication of maternal violent trauma: Understanding the interplay of reflective functioning and posttraumatic psychopathology. In S.W. Coates, J.L. Rosenthal and D.S. Schechter (eds.) September 11: *Trauma and Human Bonds*. Hillside, NJ: Analytic Press, Inc. pp. 115-142.
- Schechter, S., Brunelli, S. A., Cunningham, N., Brown, J., Baca, P. (2002). Mother-daughter relationships and child sexual abuse: A pilot study of 35 dyads. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66 (1), 39-60.
- Schechter, D. S., Zeanah, C. H., Myers, M. M., Brunelli, S. A., Liebowitz, M. R. & Marshall, R. D. (2004). Psychobiological dysregulation in violence-exposed mothers: Salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 319- 336.
- Schore, A. N. (2003b). Affect dysregulation and the repair of self. New York: W.W. Norton.
- Schwerdtfeger, K. L., & Goff, B. S. (2007). Intergenerational Transmission of Trauma: Exploring Mother-Infant Prenatal Attachment. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (1), 39- 51.
- Shapiro, S. (1987). Self-mutilation and self-blame in incest victims. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 46- 54.
- Siever, L. J. & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 148, 1647- 1658.
- Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1027-1032.
- Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26 (11), 1027-1032.
- Solomon, J., & George, C. (1999b). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*. New York: Guilford.

- Spiegel, D. (1986). Dissociation, double binds, and post- traumatic stress in multiple personality disorder. In B. G. Braun (Ed), *Treatment of multiple personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Pp. 61- 77.
- Spiegel, D. (1997). Trauma, dissociation and memory. *Ann N Y Acad Sci* 821, 225- 237
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Steele, B. F. (1994). Psychoanalysis and the maltreatment of children. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42 (4), 1001-1025.
- Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996). Associations among Attachment Classifications of Mothers, Fathers, and Their Infants. *Child Development*, 67, 541- 555.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalytic and developmental psychology*. New York: Basic Books
- Stone, M. H. (1987). A psychodynamic approach: some thoughts on the dynamics and therapy of self- mutilating borderline patients. *J Personality Disorders*, 1, 347- 349.
- Styron, T. & Bulman, R. J. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect*, 21 (10), 1015–1023.
- Switzer, G. E., Dew, M. A., Thompson, K., Goycoolea, J. M., Derricott, T. & Mullins, S. D. (1999). Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (1), 25–39
- Synodinou, M. (2000). Devoir de liaison- La memoire revisitee. *Rev. Franc. Psychanal*, 151- 160
- Taylor, S., Asmundson, G. J. G., Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: a cluster analytic investigation. *Anxiety Disord.* 20, 459- 472
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1): 10-20.
- The WHOQOL Group (1998) The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46, 1569-1585.

- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41, 1403-1409.
- Tolin, D. F. & Foa, E. B. (2006). Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 959–992.
- Torrance, G. W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of chronic diseases* 40 (6), 593-600.
- Trad, P. V. (1994). Mother-infant psychotherapy: integrating techniques of group, family, and individual therapy. *Interpersonal J Group Psychother*, 44, 53-78.
- Tsagarakis, M., Kafetsios, K & Stalikas, A., (2007). Reliability and validity of the greek version of the revised experiences in close relationships measure of adult attachment. *European Journal of Psychological Assessment*, 23 (1), 47- 55.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, National Centre on Child Abuse and Neglect (1981). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, National Centre on Child Abuse and Neglect (1988). *The second national incidence study of child abuse and neglect (1986)*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, National Centre on Child Abuse and Neglect (1996a). *Child maltreatment 1994: Reports from the states to the National Center on Child Abuse and Neglect*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, National Centre on Child Abuse and Neglect (1996b). *The third national incidence study of child abuse and neglect (1993)*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office
- Ulman, R. B. & Brothers, D. (1988). *The shattered self*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Van Den Bosch L, Verheul R, Langelund W, Van Den Brink W. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline disorder

- patients without and without substance abuse problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 549–555.
- Van der Kolk, B. (1987). *Psychological Trauma*. Washington: American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van der Kolk B, Fizzler R. (1994). Childhood abuse and neglect and loss and self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58: 145-168.
- Van der Kolk, B. A, Perry, J. C., Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665- 1671.
- Von Bulow G. The role of therapeutic relationship in trauma therapy. *Dynamic Psychiatry*, 38 (212- 213), 274- 284
- Vrana, S. & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *J Trauma Stress*, 7(2), 289-302.
- Walker, M. (1999). The inter- generational transmission of trauma: The effects of abuse on the survivors' relationship with their children and on the children themselves. *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health*, 2, 281- 296.
- Walsh, B. W. & Rosen, P. M. (1988). *Self- Mutilation*. New York, Guilford Press.
- Warshaw, M. G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K. A., Massion, A. O., Keller, M. B. (1993). Quality of life and Dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *Am J Psychiatry*, 150 (10), 1512- 1516.
- Warshaw, M. G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K. A., Massion, A. O., Keller, M. B. (1993). Quality of Life and Dissociation in Anxiety Disorder Patients with Histories of Trauma or PTSD. *Am J Psychiatry*, 150 (10), 1512- 1516.
- Welch, S. L. & Fairburn, C. G. (1994). Histories of childhood trauma in bulimia nervosa: Three integrated case controls. *American Journal of Psychiatry*, 151, 402- 407
- Westen, D., Ludolph, P. & Mislé, B. (1990). Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry*, 60, 55- 66.

- Widom, C. S. (1989) Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106(1), 3-28.
- Williams, L. M. (1995). Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *J Trauma Stress*, 8, 649–673.
- Winnicott, D. W. (1947). Hate in the countertransference. In D. Winnicott, *Collected paperworks* (1958). London: Tavistock.
- Winnicott D. W. (2003). Διαδικασίες ωρίμανσης και διευκολυντικό περιβάλλον. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα (Έτος έκδοσης πρωτοτύπου 1965)
- Winnicott, D. W. (1963). Communicating and non communicating leading to a study of certain opposites. In D. W. Winnicott (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Tailstocks.
- Winnicott, D. W. (1986). *The concept of the healthy individual*. In D. W. Winnicott, Home is where we start from: Essays by a psychoanalyst. New York/London: (Original talk given 1967).
- World Health Organization (1985). Summary report of the working group on concepts and principles of health promotion. Copenhagen, 9-13 July 1984. *The Journal of the Institute of Health Education* 23 (1), 5-9.
- World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1995). World Health Organization :Quality of life assessment (WHO- QOL): Position paper. *Soc Sci Med*, 41, 1403- 1409.
- World Health Organization (1999). Report of the consultation on child abuse prevention. W. H. O. Geneva, 29- 31 March.
- World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Yassa, M., Abraham, N., Torok, M. (2002). The inner crypt. *Scand Psychoanal Rev*, 25, 1-14.
- Yehuda, R. (2002). Current status of cortisol findings in posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinic of North America*, 25, 341- 368.

- Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J., Marcus, S. M. & Berlowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *90*, 4115- 4118.
- Yellowlees, P. M. & Kaushik, A. V. (1994). A case-control study of the sequelae of childhood sexual assault in adult psychiatric patients. *Med J Aust*, *160*, 408 - 411.
- Yeo, H. M., Yeo, W.W. (1993). Repeat deliberate self-harm: a link with childhood sexual abuse? *Archives of Emergency Medicine*, *10*, 161-166.
- Zanarini, M., Williams, A. A, Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., Frankeburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline disorder. *Am J Psychiatry*, *154*, 1101- 1106.
- Zautra, A. & Goodhard, D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literature. *Commun Ment Healh Rev*, *4*, 1- 10.
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H. A., Ozturk, M., Alyanac, B., Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*, 119-126.

## **Παράρτημα 1**

### **ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

## Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

**Ημερομηνία:**

**Φύλο:** Άνδρας Γυναίκα

**Ημερομηνία γέννησης :** .....|.....|.....

Ημέρα Μήνας | Έτος

**Οικογενειακή κατάσταση:**

Άγαμος-η Έγγαμος-η

Σε διάσταση Διαζευγμένος-η

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

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

**Εκπαίδευση:** ΛΥΚΕΙΟ Επάγγελμα (εφόσον έχετε):

ΤΕΙ .....

ΑΕΙ .....

Μεταπτυχιακές Σπουδές .....

**Σχολή:**

**Τμήμα:**

**Έτος φοίτησης:**

**Μέσος όρος επίδοσης στις σπουδές:**

(Κυκλώστε την επιλογή που ταιριάζει στην περίπτωση σας)

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ

5-7

7, 1-8,5

8,6-10

**Εκπαίδευση πατέρα: Εκπαίδευση μητέρας:**

**Επάγγελμα πατέρα: Επάγγελμα μητέρας:**

**Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (περίπου):**

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

Μερικές φορές οι άνθρωποι έχουν εμπειρίες που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως **στρεσογόνες**. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση **αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας** που μπορεί να έχουν **αντίκτυπο στη ζωή σας** ως



**ενήλικες τώρα.** Παρακαλούμε να απαντήσετε, εάν είχατε ποτέ **πριν από την ηλικία των 18 ετών** μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται παρακάτω, βάζοντας για κάθε ερώτηση σε κύκλο το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ.

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

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

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

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Έχετε ποτέ εμπλακεί σε σοβαρό ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Έχετε ποτέ υποστεί σοβαρό τραυματισμό ή ασθένεια; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

8. Υπήρξατε ποτέ μάρτυρας βίαιης συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους, συμπεριλαμβανομένων και των μελών της οικογένειάς σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

10. Είχαν οι γονείς σας ή το άτομο που σας φρόντιζε όταν ήσασταν παιδί προβλήματα αλκοολισμού ή κατά-χρησης ουσιών; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

11. Έχετε ποτέ δει κάποιον να δολοφονείται; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

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

1. Σας έχουν ποτέ χαστουκίσει; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

3. Σας έχουν ποτέ γρονθοκοπήσει ή κλωστήσει; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

5. Σας έχουν ποτέ σπρώξει ή παραμερίσει επίτηδες ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά ;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

**Μέρος 3. Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση. (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).**

1. Σας ταπείνωναν συχνά ή σας γελοιοποιούσαν; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

3. Σας έλεγαν συχνά ότι δεν είσαστε καλός/ή σε κάτι; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά ;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά ;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

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

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1                      2                      3  
Μία ή δύο φορές    Μερικές φορές    Συχνά

3. Σας εξανάγκασαν ποτέ να αγγίζετε ένα άλλο άτομο σε απόκρυφα μέρη του σώματός του; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

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

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να κάνετε στοματικό σεξ σε κάποιον, παρά τη θέλησή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

6. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να φιλήσετε κάποιον, με τρόπο περισσότερο σεξουαλικό παρά στοργικό; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

*Εάν έχετε απαντήσει ΝΑΙ σε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμβάντα, παρακαλούμε να υπογραμμίσετε αυτό που θεωρείτε ότι είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή σας, και στη συνέχεια να απαντήσετε τις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση μόνο με το συγκεκριμένο συμβάν.*

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

1. Είχατε τότε βιώσει συναισθήματα έντονου φόβου, τρόμου ή είχατε αισθανθεί τελείως αβοήθητος/η; ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Είχατε τότε αισθανθεί σα να βρίσκεστε έξω από το σώμα σας ή σα να ήσαστε σε όνειρο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:

Αντωνοπούλου Ζ<sup>1</sup>., Κοκκώση Μ<sup>2</sup>., Συνοδινού Κ<sup>1</sup>., Τυπάλδου Μ<sup>2</sup>. (2011)

1 Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας.

2 Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

## Κατάλογος Συμπεριφορών Αυτοτραυματισμού ((The Self- Harm Inventory- SHI)

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί για να διερευνήσει αν είχατε ποτέ την **πρόθεση να κάνετε κακό στον εαυτό σας**. Παρακαλούμε να απαντήσετε τις ακόλουθες ερωτήσεις, **επιλέγοντας “Ναι”, ή “Όχι”**. **Επιλέξτε “Ναι” μόνο στις περιπτώσεις που σκόπιμα κάνατε κακό στον εαυτό σας.**

**Ναι Όχι**

- \_\_\_ 1. Έχετε ποτέ πάρει σκόπιμα υπερβολική δόση φαρμάκων; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)
- \_\_\_ 2. Έχετε ποτέ κοπεί σκόπιμα; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)
- \_\_\_ 3. Έχετε ποτέ καεί σκόπιμα; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)
- \_\_\_ 4. Έχετε ποτέ χτυπήσει σκόπιμα; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)
- \_\_\_ 5. Έχετε ποτέ χτυπήσει σκόπιμα το κεφάλι σας; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)
- \_\_\_ 6. Έχετε ποτέ κάνει σκόπιμα κατάχρηση αλκοόλ;
- \_\_\_ 7. Έχετε ποτέ σκόπιμα οδηγήσει απερίσκεπτα; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)
- \_\_\_ 8. Έχετε ποτέ γρατζουνίσει σκόπιμα τον εαυτό σας; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)
- \_\_\_ 9. Έχετε ποτέ αποτρέψει σκόπιμα την επούλωση τραυμάτων σας;
- \_\_\_ 10. Έχετε ποτέ επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας σας όταν ήσασταν άρρωστος; (π.χ παραλείπατε τη λήψη φαρμάκων;)
- \_\_\_ 11. Έχετε ποτέ ζήσει μία έκλυτη ζωή; (π.χ., είχατε πολλούς ερωτικούς συντρόφους); (Εάν ναι, πόσους; \_\_\_)
- \_\_\_ 12. Είχατε ποτέ προκαλέσει σκόπιμα την απόρριψή σας από μία σχέση;
- \_\_\_ 13. Έχετε ποτέ κάνει σκόπιμα υπερβολική χρήση ιατρικών συνταγών;
- \_\_\_ 14. Έχετε ποτέ σκόπιμα απομακρυνθεί από το Θεό για να τιμωρήσετε τον εαυτό σας;
- \_\_\_ 15. Έχετε ποτέ σκόπιμα εμπλακεί σε σχέσεις στις οποίες σας κακοποιούσαν συναισθηματικά; (π.χ να σας μιλούν άσχημα, να σας υποτιμούν) (Εάν ναι, αριθμός σχέσεων;)
- \_\_\_ 16. Έχετε ποτέ σκόπιμα εμπλακεί σε σχέσεις στις οποίες σας κακοποίησαν σεξουαλικά (Εάν ναι, αριθμός σχέσεων; \_\_\_)
- \_\_\_ 17. Έχετε ποτέ κάνει κάτι επίτηδες ώστε να χάσετε τελικά τη δουλειά σας; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)
- \_\_\_ 18. Έχετε ποτέ προσπαθήσει να αυτοκτονήσετε; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)
- \_\_\_ 19. Έχετε ποτέ προσπαθήσει σκόπιμα να τραυματιστείτε;
- \_\_\_ 20. Έχετε ποτέ βασανίσει σκόπιμα τον εαυτό σας με ηττοπαθείς σκέψεις; (π.χ σκέψεις ότι δεν θα καταφέρω τίποτα)
- \_\_\_ 21. Έχετε ποτέ σκόπιμα υποσιτιστεί για να βλάψετε ή να κάνετε κακό στον εαυτό σας;
- \_\_\_ 22. Έχετε ποτέ κάνει σκόπιμα κατάχρηση καθαρτικών για να βλάψετε ή να κάνετε κακό στον εαυτό σας; (Εάν ναι, πόσες φορές; \_\_\_)

**Έχετε ποτέ εμπλακεί σε οποιαδήποτε άλλη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που δεν έχει αναφερθεί σε αυτόν τον κατάλογο; Εάν ναι, παρακαλούμε περιγράψτε παρακάτω**

.....  
...  
.....  
...  
.....  
...  
.....  
...  
.....  
...  
.....  
.....

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:

Κοκκόση Μ1., Πρέκκα Ε2., Συνοδινού Κ2, Τυπάλδου Μ1. (2011)

1 Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο/ 2 Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας.

## Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων (The Revised Experiences in Close Relationships Scale, G- ECR-R)

Οι 36 προτάσεις που ακολουθούν, αφορούν το πώς αισθάνεστε μέσα σε ερωτικές σχέσεις/δεσμούς, συμπεριλαμβανομένου και του γάμου. **Μας ενδιαφέρει το πώς βιώνετε γενικά τις σχέσεις αυτές και όχι μόνο το τι συμβαίνει σε μια τωρινή σχέση. Κυκλώστε σε κάθε πρόταση, το κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε, με βάση την ακόλουθη κλίμακα:**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ λίγο	Ουδέτερα	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5	6	7
1.							1 2 3 4 5 6 7
2.							1 2 3 4 5 6 7
3.							1 2 3 4 5 6 7
4.							1 2 3 4 5 6 7
5.							1 2 3 4 5 6 7
6.							1 2 3 4 5 6 7
7.							1 2 3 4 5 6 7
8.							1 2 3 4 5 6 7
9.							1 2 3 4 5 6 7
10.							1 2 3 4 5 6 7
11.							1 2 3 4 5 6 7
12.							1 2 3 4 5 6 7
13.							1 2 3 4 5 6 7
14.							1 2 3 4 5 6 7

15. Το βρίσκω σχετικά εύκολο να έρθω συναισθηματικά κοντά με το/τη σύντροφο μου. 1 2 3 4 5 6 7
16. Όταν δείχνω τα αισθήματά μου στους ερωτικούς συντρόφους, φοβάμαι ότι εκείνοι δεν θα αισθάνονται το ίδιο για μένα. 1 2 3 4 5 6 7
17. Δε μου είναι δύσκολο να πλησιάσω συναισθηματικά το/τη σύντροφο μου. 1 2 3 4 5 6 7
18. Σπάνια ανησυχώ για το ότι ο/η σύντροφός μου μπορεί να με αφήσει. 1 2 3 4 5 6 7



Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ λίγο	Ουδέτερα	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα		
1	2	3	4	5	6	7		
19.	Συνήθως συζητώ τα προβλήματα και τις ανησυχίες μου με το/τη σύντροφο μου.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Ο/Η ερωτικός μου σύντροφος με κάνει ν' αμφισβητώ τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Με βοηθάει να στραφώ στο/στη σύντροφο μου σε ώρες ανάγκης.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Σπάνια ανησυχώ με την ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Λέω στο/στη σύντροφο μου σχεδόν τα πάντα.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Διαπιστώνω ότι οι σύντροφοι μου δε θέλουν να έρθουν συναισθηματικά τόσο κοντά μου όσο θα ήθελα.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Συζητώ τα πράγματα που με απασχολούν με το/τη σύντροφο μου.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Μερικές φορές, οι ερωτικοί μου σύντροφοι αλλάζουν τα αισθήματα τους για μένα χωρίς φανερό λόγο.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Αισθάνομαι νευρική/ο όταν ένας σύντροφος έρθει συναισθηματικά πολύ κοντά μου.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Η επιθυμία μου να είμαι συναισθηματικά πολύ κοντά με τους άλλους, μερικές φορές τους φοβίζει και τους απομακρύνει.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Αισθάνομαι άνετα να στηριχτώ στον/στην ερωτική μου σύντροφο.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Φοβάμαι ότι μόλις ένας ερωτικός σύντροφος με γνωρίσει καλά, δεν θα του αρέσει ποιός -ά πραγματικά είμαι.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Το βρίσκω εύκολο να στηριχθώ σε ερωτικούς συντρόφους.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Θυμώνω που δεν παίρνω τη στοργή και τη στήριξη που χρειάζομαι από το/τη σύντροφο μου.	1	2	3	4	5	6	7
33.	Μου είναι εύκολο να είμαι τρυφερός με τον/την ερωτικό μου σύντροφο.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Ανησυχώ ότι, υστερώ σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Ο/Η σύντροφος μου πραγματικά καταλαβαίνει εμένα και τις ανάγκες μου.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Μου φαίνεται ότι ο/η σύντροφος μου με προσέχει, μόνο όταν είμαι θυμωμένος.	1	2	3	4	5	6	7

Στάθμιση, μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:

Τσαγκαράκης Μ<sup>1</sup>., Καφέτσιος Κ<sup>2</sup>., Σταλίκας Α<sup>1</sup>., (2007).

1 Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας.

2 Πανεπιστήμιο

Κρήτης,

Τμήμα

Ψυχολογίας.

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

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

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

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

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

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

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Διευθυντής: Καθηγητής Γ.Ν.Παπαδημητρίου

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:

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

## Ερωτηματολόγιο για την κατάσταση της υγείας

Πόσο καλή είναι η υγεία σας;

- Πολύ κακή    Κακή    Ούτε κακή, ούτε καλή    Καλή    Πολύ καλή

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;

- Ναι     Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.

(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Καρδιολογικά προβλήματα       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Υπέρταση                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Καρκίνος                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Διαβήτης                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Καταρράκτης                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Εγκεφαλικό επεισόδιο         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Κάταγμα ή ράγισμα οστού       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Χρόνια ψυχικά προβλήματα     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Προβλήματα στα κάτω άκρα      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Αιμορραγία του ορθού εντέρου | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Πάρκινσον                     | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| <input type="checkbox"/> Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε) |                          |   |                          |

.....

Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας; (περιγραφή του προβλήματος υγείας και των επιπτώσεων)

.....  
.....  
.....

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

## ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

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

Παράδειγμα ερώτησης:

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

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

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε για την **ποιότητα της ζωής σας** στο σύνολό σας και την **υγεία σας, τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1 Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

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

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

8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

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

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5



		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

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

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό	1	2	3	4	5

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

		Πολύ δυσα- ρεστημένος/η	Δυσανε- στημένος/η	Ούτε δυσαρεστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η

N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:

Κοκκώση Μ1., και συν. (2008, 2009, 2012)

1 Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

## **Παράρτημα 2**

### **ΓΛΩΣΣΑΡΙ - ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΟΡΩΝ**

1. Αναγνώστου Λευτέρης & Βαμβαλής Γιώργος (2004). Τετράγλωσσο Λεξικό της Ψυχανάλυσης. Εκδόσεις Επίκουρος.
2. Χουντουμάδη Αναστασία & Πατεράκη Λένα. (1989). Σύντομο Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχολογικών Όρων. Εκδόσεις Δωδώνη.
3. Laplanche., J. & Pontalis., J. B. (1986). Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης. Εκδόσεις Κέδρος.

Αγχώδεις Διαταραχές	Anxiety Disorders
Ακεραιότητα	Integrity
Άλυτου Τύπου Άτομα	Unresolved Individuals
Αμφίθυμος	Ambivalent
Αναδρομή	Flashback
Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης	Linear regression analysis
Ανάλυση κατά συστάδες	Cluster analysis
Ανασφαλή Παιδιά	Insecure Children
Ανασφαλή/Αποδιοργανωμένα Παιδιά	Insecure/Disorganized Children
Αντικειμενοτρόπες Σχέσεις	Object Relationships
Αντιμεταβίβαση	Countertransference
Αντιστεκόμενα	Resistent
Απάρνηση της Πραγματικότητας	Denial

Αποδιοργανωμένα	Disorganized
Αποδιοργανωμένη Προσκόλληση	Disorganized Attachment
Αποδιοργανωμένη Προσκόλληση	Disorganized Attachment
Αποσύνδεση	Dissociation
Αποσυνδεδετικές Διαταραχές	Dissociative Disorders
Αποφεύγοντα Παιδιά	Avoidant Children
Αποφεύγοντα Παιδιά	Avoidant Children
Αποφευκτική Προσκόλληση	Avoidant Attachment
Απόθηση	Repression
Άρνηση	Denial
Αυτό-ακρωτηριασμό	Self-mutilation
Αυτορύθμιση	Self-Regulation
Γνωστικός	Cognitive
Διαγενεακή μεταβίβαση του τραύματος	(intergenerational transmission of trauma
Διαπροσωπικό	Interpersonal
Διαπροσωπικό Τραύμα	Interpersonal Trauma
Διάσπαση ή Διχοτόμηση	Splitting
Διαταραχές Μετατροπής	Conversion Disorders
Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους	Post Traumatic Stress Disorder
Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες	Post-traumatic stress disorder

Διαταραχή Πολλαπλής Προσωπικότητας	Multiple Personality Disorder
Διατομική Πραγματικότητα	Intersubjective Reality
Δομικό Μοντέλο	Structural Model
Εξέταση και επανεξέταση	Test-retest reliability
Εαυτός σε Σχέση	Self-in-Relation
Εγρήγορση	Arousal
Εγρήγορση	Hypervigilance
Ενδοβολή	Introjection
Ενδοψυχική Λειτουργικότητα	Intrapsychic Functioning
Ενήλικες Τύπου Εμμονής ως προς τη Προσκόλληση	Preoccupied Adults with Attachment
Ενσυναίσθηση	Empathy
Εξελικτική Γραμμή	Developmental Line
Εξιδανίκευση	Idealization
Επαναδιαδραματίσεις	Reenactments
Εσωτερικευμένα Αντικείμενα	Internalized Objects
Εσωτερίκευση	Internalization
Θεωρία της Ενόρμησης	Drive Theory
Θεωρία της Εξέλιξης	Developmental Theory
Θεωρία της Κονστрукτιβισμικής Εξέλιξης του Εαυτού.	Constructivist Self Development Theory
Θεωρία της Σαγήνης	Seduction Theory



Θεωρία των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων	Object Relations Theory
Θυματοποίηση	Victimization
Κατάθλιψη	Depression
Καταστάσεις Φυγής	Fugue States
Κινητή σχιζοφρένεια	Ambulatory schizophrenia
Μεταβίβαση	Transference
Μεταβίβαση	Transference
Μετάθεση	Displacement
Μετايχιμακή Διαταραχή της Προσωπικότητας	Borderline Personality Disorder
Μετايχιμακή/Οριακή Ψυχοπαθολογία	Borderline Psychopathology
Μετατρεπτική Διαταραχή	Conversion Disorder
Μοντέλα της Προσκόλλησης	Patterns of Attachment
Μοντέλο Εσωτερικής Επεξεργασίας	Working Model
Μόνωση	Isolation
Παραμορφώσεις	Distortions
Παραμόρφωση	Distortion
Παρανοειδή	Paranoid
Παρερμηνείες	Misinterpretations
Παρόρμηση	Drive
Παρορμητική Συμπεριφορά	Impulsive Behaviour

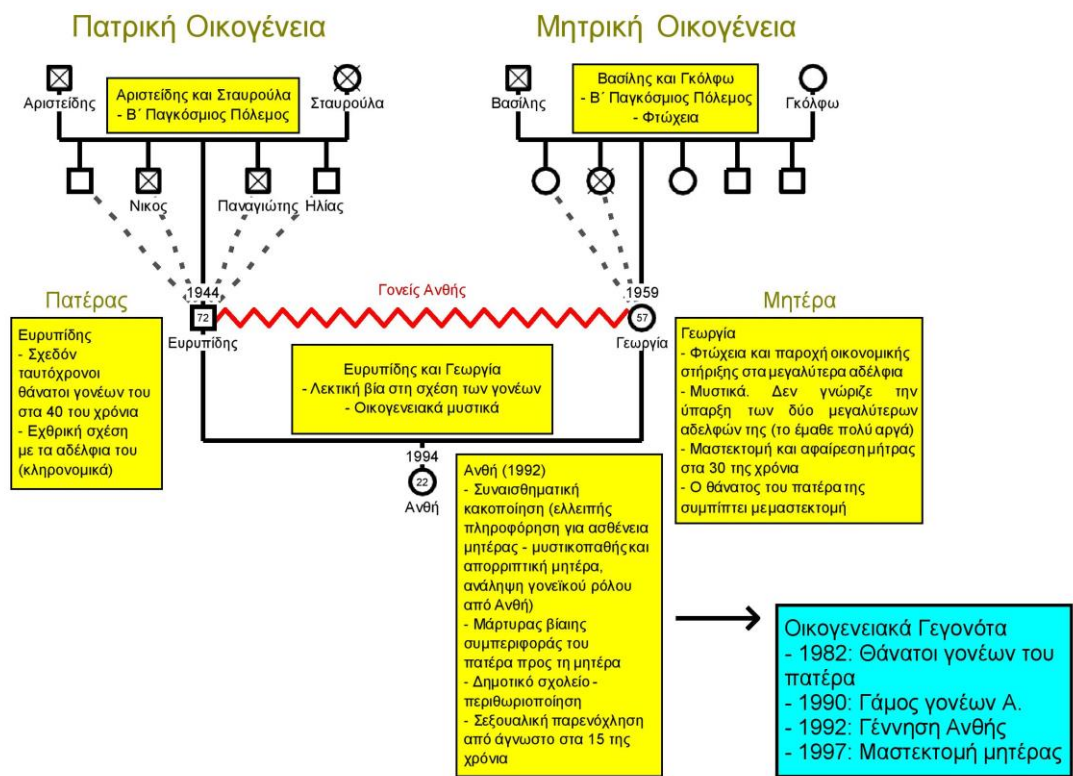
Προβλητική Ταύτιση	Projective Identification
Προβολή	Projection
Προδοτικό Τραύμα	Betrayal Trauma
Προσκόλληση	Attachment
Προσκόλληση	Attachment
Πρότυπα που αφορούν στη Σχέση προς το Αντικείμενο	Object Relational Paradigms
Πρώιμο παιδικό τραύμα	Early childhood trauma
Συμπεριφορικός	Behavioral
Σύμπλεγμα της νεκρής μητέρας	Dead mother complex
Συναίσθημα	Affect
Συναισθηματική Εκφόρτιση	Abreaction
Συνείδηση	Consciousness
Συνεκτικά νοητικά περιεχόμενα	Enacted upon coherent mental contents
Σύνδρομο της Ψευδούς Μνήμης	False Memory Syndrome Foundation
Σύστημα Προσκόλλησης	Attachment System
Σχισιακό Μοντέλο	Relational Model
Σχηματισμός Συμβιβασμού	Compromise Formation
Σωματοποίηση	Somatization
Ταύτιση	Identification

Ταύτιση	Identification
Ταύτιση με τον Επιτιθέμενο	Identification with the Agressor
Τοπογραφικό Μοντέλο	Topographical Model
Τροποποιημένες Συνειδησιακές Καταστάσεις	Altered States of Consciousness
Τύπου Εμμονής Μητέρες	Preoccupied mothers
Υποβολής	Suggestibility
Ψευδονευρωτική σχιζοφρένεια	Pseudoneurotic schizophrenia
Ψυχαναγκασμός της Επανάληψης	Repetition Compulsion
Ψυχαναγκαστική Διαταραχή	Obsessive-Compulsive Disorder
Ψυχαναγκαστική ή Καταναγκαστική	Compulsive
Ψυχική Ανεκτικότητα	Resilience
Ψυχική Αποσύνδεση	Dissociation
Ωραία αδιαφορία	La belle indifference

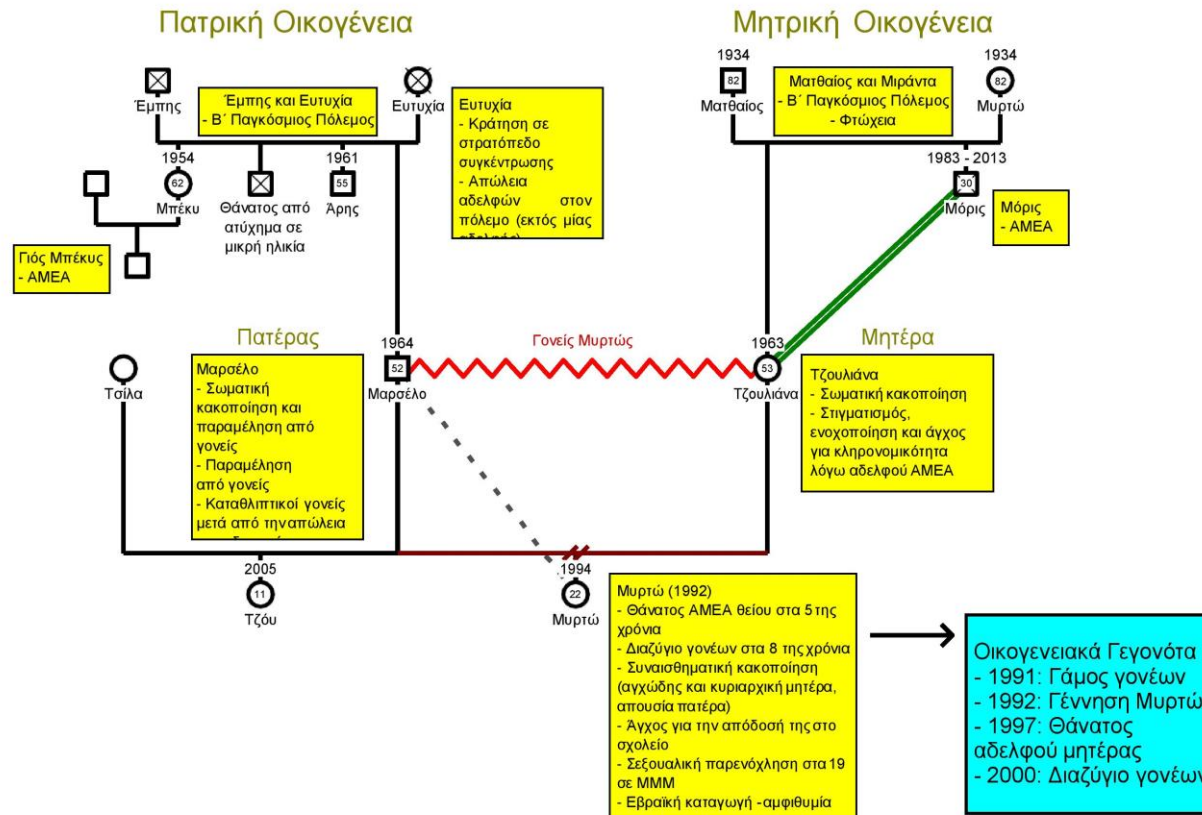
### **Παράρτημα 3**

#### **Γενεόγραμματα Ανθής και Μυρτούς**

# Γενεόγραμμα Ανθής



# Γενεόγραμμα Μυρτούς



## **Παράρτημα 4**

### **Γραμμική απεικόνιση σχέσεων**

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.9 ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΣΧΕΣΕΩΝ

1. Απόμακρες Σχέσεις



2. Στενές Σχέσεις



3. Πολύ Στενές ή Συγχωνευμένες Σχέσεις



4. Άσχημες ή Συγκρουσιακές Σχέσεις



5. Συγχωνευμένες και Συγκρουσιακές Σχέσεις

