

Πάντειο Πανεπιστήμιο Αθηνών

Κοινωνικές Επιστήμες και Ψυχολογία

Τμήμα Ψυχολογίας

Διδακτορική Διατριβή

με θέμα

“Δεσμός, Υπαρξιακή Μοναξιά και Κατάθλιψη στους ειδικευόμενους Ιατρούς των δημοσίων νοσοκομείων της Αθήνας”

της

Ευτυχίας Παπαγιάννη

Τριμελής Επιτροπή Εποπτεύουσα τη διατριβή

Κύριος επόπτης: Παναγιώτης Σ. Κορδούτης

Φώτιος Αναγνωστόπουλος

Σμαράγδα Καζή

ΑΘΗΝΑ, 2018

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

Παναγιώτης Σ. Κορδούτης, Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχολογίας των Διαπροσωπικών Σχέσεων και
Επιρροής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Παν/μιο Κοινωνικών και Πολιτικών
Επιστημών

Φώτιος Αναγνωστόπουλος, Καθηγητής Ψυχολογίας της Υγείας, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Παν/μιο
Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Σμαράγδα Καζή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εξελικτικής Ψυχολογίας,
Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Παν/μιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

*Στους δασκάλους μου
που μου έμαθαν
να διαφυλάττω τη γνώση*

Πρόλογος

Η παρούσα διδακτορική διατριβή διερευνά επιμέρους ζητήματα της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης – υπαρξιακή μοναξιά, κοινωνική μοναξιά, κατάθλιψη – και προσαρμογής – στρατηγικές διαχείρισης της μοναξιάς, κοινωνικό δίκτυο και εργασιακές συνθήκες, τόσο στον πληθυσμό των ειδικευόμενων ιατρών των δημοσίων νοσοκομείων της Αθήνας, όσο και στο γενικό πληθυσμό. Η υπαρξιακή μοναξιά, δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά στον πληθυσμό των ειδικευόμενων ιατρών και αναμένεται να σχετίζεται σημαντικά με την ψυχική τους υγεία.

Καθώς η προσπάθεια αυτή οδεύει προς το τέλος της, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους βοήθησαν να ολοκληρωθεί:

- τον επιβλέποντα της διατριβής, κ. **Παναγιώτη Κορδούτη**, Καθηγητή Ψυχολογίας Διαπροσωπικών Σχέσεων και Επιρροής του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τον ευχαριστώ για τη διαρκή καθοδήγηση και ενίσχυση που μου προσέφερε όλα αυτά τα χρόνια καθώς και για την κατανόηση και συμπαράστασή του, κατά όλη τη διάρκεια παραμονής μου στο εξωτερικό.
- τα μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, κ. **Φώτιο Αναγνωστόπουλο**, καθηγητή Ψυχολογίας της Υγείας και την κ. **Σμαράγδα Καζή**, αναπληρώτρια καθηγήτρια Εκπαιδευτικής και Γνωστικής Ψυχολογίας για το θερμό ενδιαφέρον και τις εύστοχες υποδείξεις τους, κατά όλη τη διάρκεια της εργασίας.
- το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών και συγκεκριμένα το Κληροδότημα “*Νικ. Δ. Χρυσοβέργη*” για τη χορήγηση τριετούς υποτροφίας, η οποία βοήθησε και αυτή με τη σειρά της, ώστε να ολοκληρωθεί η διατριβή χωρίς περισπασμούς.
- τον κ. Θεόδωρο Παπαϊωάννου, την κ. Κατερίνα Θεοδωροπούλου και τον κ. Γιώργο Παρίση για τις πολύτιμες συμβουλές του σε επίπεδο μεθοδολογίας και οργάνωσης της έρευνας.
- τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, το Σύλλογο ειδικευόμενων ιατρών του νοσοκομείου Ευαγγελισμός για το ενδιαφέρον ηλεκτρονικής προώθησης του ερωτηματολογίου της έρευνας.
- τους ειδικευόμενους ιατρούς των νοσοκομείων, ΓΝΑ “Ο Ευαγγελισμός”, ΓΝΑ “Γ. Γεννηματάς”,

ΓΝΑ “Ελπίς”, ΝΠ “Η Αγία Σοφία”, ΓΝΑ ΚΑΤ, ΨΝΑ “Δαφνί”, ΓΝΑ Λαϊκό, ΓΝΑ “Αλεξάνδρα”, ΓΝΑ “Ιπποκράτειο”, ΓΝΝΘ “Η Σωτηρία”, ΓΝΠ “Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού”, ΨΝΑ “Δρομοκαΐτειο”, ΠΓΝ “Αττικόν”, ΓΟΝΚ “Άγιοι Ανάργυροι” και ΓΝΑ “Σισμανόγλειο”, για το ενδιαφέρον και την ανταπόκριση απέναντι στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αλλά και την προώθησή τους σε συναδέλφους.

- τους διευθυντές και επιμελητές των νοσοκομείων για το ενδιαφέρον τους καθώς και για τη συσπείρωση των ειδικευόμενων ιατρών ώστε να διευκολυνθεί η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
- τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω με όλη μου την καρδιά τους γονείς μου, Δημήτρη και Διονυσία καθώς και τον αδερφό μου Γιώργο Παπαγιάννη για την αγάπη και την ενθάρρυνση που πάντα μου δίνουν. Δε νομίζω ότι υπάρχουν λόγια για να εκφράσω το πόσο ευγνώμων αισθάνομαι.

Περίληψη

Η θεωρία δεσμού, όπως διατυπώθηκε από τον Bowlby, υποδηλώνει πως η ποιότητα του δεσμού που διαμορφώνεται στην αρχή της ζωής, ανάμεσα στο παιδί και το άτομο φροντίδας, έχει άμεση σύνδεση με την ψυχική υγεία και τη γενικότερη λειτουργικότητά του όταν αυτό περάσει στην ενηλικίωση. Αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως ψυχολόγοι και ψυχίατροι, έχουν αναγνωρίσει εδώ και καιρό τη χρησιμότητα της θεωρίας δεσμού, καθώς αυτή σχετίζεται με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς τους και με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζουν. Οι ιατροί υπόκεινται συχνά σε αγχογόνες και πιεστικές καταστάσεις, όπως είναι η αυξημένη ευθύνη για τους άλλους, ζητήματα αποφάσεων ζωής ή θανάτου, υπερωρίες, συνεχής εκπαίδευση (Maslach & Jackson, 1982). Η συναισθηματική τους εξάντληση, εξαιτίας των επιβαρύνσεων, έχει βρεθεί να συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους (Anagnostopoulos, Liolios, Persefonis, Sluter, Kafetsios & Niakas, 2012). Ήδη οι ιατροί από το πρώτο έτος ανάληψης της ειδικότητάς, τους αισθάνονται την πίεση του μελλοντικού τους επαγγέλματος και αυτό πυροδοτεί άγχος, μοναξιά και κατάθλιψη. Οι περισσότερες έρευνες που σχετίζουν τη μοναξιά με το επάγγελμα των ιατρών αφορούν στην κοινωνική και συναισθηματική διάστασή της (Hoferek & Sarnowski, 1981. Wolf, Scurria & Webster, 1998). Μέχρι τώρα δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα ευρήματα σχετικά με τη βίωση υπαρξιακής μοναξιάς από τον εν λόγω πληθυσμό, κενό το οποίο φιλοδοξούμε να καλύψει η δική μας έρευνα.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει κατά πόσο η πιθανότητα εκδήλωσης Κατάθλιψης προβλέπεται/ερμηνεύεται από την ιδιότητα του ιατρού, άλλους δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, καταγωγή), καταστασιακούς παράγοντες (της εργασίας και του κοινωνικού δικτύου), διαπροσωπικού χαρακτήρα ψυχολογικούς παράγοντες, όπως το άγχος και η αποφυγή, νοούμενοι μέσα από τη Θεωρία Δεσμού και άλλους ψυχολογικούς συντελεστές, όπως τα είδη μοναξιάς, η προτίμηση για μόνωση και οι στρατηγικές διαχείρισης της μοναξιάς. Επιπλέον σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί, κατά πόσο οι ψυχολογικοί παράγοντες της Υπαρξιακής Μοναξιάς και του Ύψους Σύναψης Δεσμού (ΥΣΔ), θα παίξουν ιδιαίτερα ισχυρό ρόλο στην πρόβλεψη/ερμηνεία της πιθανότητας εκδήλωσης κατάθλιψης μεταξύ των ιατρών παρά μεταξύ των μη ιατρών. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα (287), ήταν

δείγμα ενηλίκων οι οποίοι προέρχονταν από ιατρικά (140) και μη ιατρικά επαγγέλματα (147). Οι ειδικότητες των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν: παθολογική, χειρουργική, νευρολογία/ψυχιατρική, μητέρας-παιδιού.

Τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής έδειξαν πως η Υπαρξιακή Μοναξιά και για τους δύο πληθυσμούς, ιατροί και μη ιατροί, αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα εμφάνισης Κατάθλιψης. Επιπλέον, διαπιστώθηκε πως για τους μη ιατρούς αποφασιστικής σημασίας είναι και το φύλο, εφόσον οι γυναίκες τείνουν να δηλώνουν μεγαλύτερη κατάθλιψη από τους άνδρες πράγμα που δεν συμβαίνει στους ιατρούς. Ακόμη, οι ιατροί είναι αυτοί που χρησιμοποιούν στρατηγικές διαχείρισης της μοναξιάς τους, ενώ από την άλλη καταστασιακοί παράγοντες, όπως είναι το κοινωνικό δίκτυο και οι συνθήκες εργασίας, δεν βρέθηκαν να συνδέονται με την κατάθλιψη. Τόσο η καταγωγή από την επαρχία όσο και η ύπαρξη σχέσης δρουν ως προστατευτικοί παράγοντες συνδεόμενοι με μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης. Οι χειρουργοί και οι ψυχίατροι/νευρολόγοι βιώνουν υψηλότερη κατάθλιψη. Το έτος ειδικότητας δε σχετίζεται με τη μοναξιά και την κατάθλιψη. Οι πρακτικές εφαρμογές των αποτελεσμάτων συζητούνται.

Λέξεις Κλειδιά: *Δεσμός, Υπαρξιακή Μοναξιά, Στρατηγικές Διαχείρισης Μοναξιάς, κοινωνικό δίκτυο, συνθήκες εργασίας, ειδικευόμενοι ιατροί.*

Abstract

The Attachment Theory, as formulated by Bowlby, suggests that the quality of the attachment formed at the beginning of life, between the child and the caregiver, has a direct association with mental health and general functioning when the child passes into adulthood. Several mental health professionals, such as psychologists and psychiatrists, have long recognized the usefulness of Attachment Theory, as it relates to the provision of care to their patients and the psychotherapeutic interventions they apply. Physicians are often under stressful and pressing conditions, such as increased responsibility for others, life or death decisions, overtime shifts, longlasting education (Maslach & Jackson, 1982). Their emotional exhaustion, due to their burdens, has been found to be associated with the patient's satisfaction of the services that the physician has to offer (Anagnostopoulos, Liolios, Persefonis, Sluter, Kafetsios & Niakas, 2012).

Already from the first year of their specialty, resident physicians feel the pressure of their future profession and this triggers anxiety, loneliness and depression. Most researches related to physicians' loneliness concern their social and emotional dimension (Hoferek & Sarnowski, 1981. Wolf, Scurria & Webster, 1998). No findings, so far, about existential loneliness by this population, a gap that we hope, our research will cover. The aim of this research is to investigate whether the likelihood of depression is predicted / interpreted by being a physician, other demographic factors (gender, marital status, origin), social factors (work and social network), interperonal/psychological factors, such as anxiety and avoidance, according to Attachment Theory and other psychological factors, such as loneliness, preference for solitude and coping strategies of loneliness. Another purpose of the research is to investigate whether the psychological factors of Existential Loneliness and Attachment Style (ATS) will play a particularly powerful role in predicting / interpreting the likelihood of depression among doctors rather than among non-doctors. The sample consisted of 287 participants, 140 of them were resident physicians and 147 came from no medical professions. Physicians' specialties that were surveyed: Pathology, Surgery, Neurology/Psychiatry, Maternal-Child.

The results of this work have shown that Existential Loneliness for both populations, doctors and

non-doctors, is a predictive factor of Depression. In addition, gender has been found to be crucial for non-doctors, since women tend to declare more depression than men, which is not found among physicians. In addition, physicians are using strategies to cope with their loneliness, while on the other hand factors such as social network and working conditions have not been found to be associated with Depression. Both the origin and being in a relationship act as protective factors associated with reduced levels of Depression. Surgeons and psychiatrists / neurologists experience higher depression. No relations found, between year of specialty and Loneliness and Depression. Practical implications are discussed.

Keywords: *Attachment, Existential Loneliness, Coping Strategies of Loneliness, social network, working conditions, resident physicians.*

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	14
Μέρος Α: Θεωρία Δεσμού.....	17
Θεωρία Δεσμού και Μοναξιά.....	20
Θεωρία Δεσμού και Κατάθλιψη.....	25
Μέρος Β: Μοναξιά.....	28
Ορισμός της μοναξιάς.....	28
Λεξιλογικοί ορισμοί.....	29
Φιλοσοφική προσέγγιση της μοναξιάς.....	29
Ψυχολογική προσέγγιση της μοναξιάς.....	31
Είδη Μοναξιάς.....	34
Υπαρξιακή Μοναξιά.....	34
Κοινωνική και Συναισθηματική Μοναξιά.....	37
Ευεργετική Μοναξιά.....	39
Αιτιολογικοί Παράγοντες της Μοναξιάς.....	42
Η Ποσότητα και Ποιότητα των Κοινωνικών Επαφών.....	42
Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και οι ατομικές διαφορές.....	44
Η κατάσταση της υγείας.....	45
Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες.....	46
Καταστάσεις εμφάνισης της μοναξιάς.....	47
Χαρακτηριστικά των μοναχικών ατόμων.....	48
Μοναξιά και Στρατηγικές Διαχείρισης της μοναξιάς.....	51

Αποδοχή και διαμόρφωση πόρων.....	52
Αναλογισμός και αποδοχή.....	52
Προσωπική ανάπτυξη και κατανόηση.....	53
Θρησκεία και πίστη.....	53
Οικοδόμηση κοινωνικής γέφυρας.....	54
Δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης.....	54
Αυξημένη δραστηριότητα.....	54
Αποστασιοποίηση και άρνηση.....	54
Μοναξιά και κατάθλιψη.....	55
Μέρος Γ: Οι ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες των ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία.....	58
Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος.....	72
Μέθοδος/Συμμετέχοντες.....	74
Ερευνητικά εργαλεία.....	77
Ερωτηματολόγιο Σχέσεων (Relationship Scales Questionnaire [RSQ]).....	77
Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακής Μοναξιάς (Existential Loneliness Questionnaire).....	79
Κλίμακα Κοινωνικής Μοναξιάς (The UCLA Loneliness Scale/ ULS-6).....	81
Κλίμακα Προτίμησης Μόνωσης (The Preference for Solitude Scale).....	83
Κλίμακα Στρατηγικών Διαχείρισης της Μοναξιάς (The Coping Strategy Scale).....	83
Κλίμακα Κοινωνικού Δικτύου.....	84
Ερωτηματολόγιο Συνθηκών Εργασίας.....	86
Υποκλίμακα κατάθλιψης του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28).....	88

Αποτελέσματα.....	91
Πολλαπλή παλινδρόμηση για την πρόβλεψη/ερμηνεία της Κατάθλιψης (GHQ) μεταξύ μη ιατρών από δημογραφικές, καταστασιακές, ψυχολογικές μεταβλητές και στρατηγικές διαχείρισης της Μοναξιάς.....	94
Πολλαπλή παλινδρόμηση για την πρόβλεψη/ερμηνεία της Κατάθλιψης (GHQ) μεταξύ ιατρών από δημογραφικές, καταστασιακές, ψυχολογικές μεταβλητές και στρατηγικές διαχείρισης της Μοναξιάς.....	95
Διαφορές ιατρών και μη ιατρών ως προς τους ψυχολογικούς (Υπαρξιακή, Κοινωνική Μοναξιά, Προτίμηση Μόνωσης, Κατάθλιψη) και καταστασιακούς (Κοινωνικό Δίκτυο, Συνθήκες Εργασίας) παράγοντες	107
Διαφορές ειδικότητας, φύλου, οικογενειακής κατάστασης και έτους ειδικότητας στους ιατρούς.....	110
Συγκρίσεις ειδικότητας ως προς την Κατάθλιψη με ή χωρίς βάρος στην Υπαρξιακή Μοναξιά.....	115
Συζήτηση.....	117
Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.....	125
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	126
Περιορισμοί.....	127
Βιβλιογραφία.....	128
Παράρτημα.....	172
Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	173

Εισαγωγή

“ Μάθε να αγαπάς τη μοναξιά- να είσαι μόνος με τον εαυτό σου. Το πρόβλημα με τους νέους ανθρώπους είναι ότι γίνονται θορυβώδεις και επιθετικοί για να μην αισθάνονται μόνοι- κι αυτό είναι λυπηρό. Όλοι μας πρέπει να μάθουμε να στηριζόμαστε στον εαυτό μας από παιδιά- κι αυτό δεν σημαίνει να είσαι μόνος: σημαίνει να μην βαριέσαι τον εαυτό σου, που αποτελεί ένα επικίνδυνο σύμπτωμα, σχεδόν μια ασθένεια”.

- Andrei Tarkovsky (1932-1986)

Η μοναξιά είναι μια πανανθρώπινη κατάσταση η οποία αναπόφευκτα διατρέχει πολλές από τις πτυχές της ζωής μας. Δε γνωρίζει φύλο, ηλικία ή γεωγραφική περιοχή και δεν είναι λίγες οι φορές που είναι ανεξάρτητη των ατόμων που μας περιτριγυρίζουν. Μπορεί η ζωή μας να αυξάνεται σε διάρκεια, αλλά γίνεται όλο και πιο άχαρη, αγχώδης και μοναχική (Monbiot, 2014). Σύμφωνα με τη θεωρία δεσμού, υπάρχει άμεση συσχέτιση ανάμεσα στη διαθεσιμότητα των γονέων, στην ποιότητα της σχέσης με το παιδί από την αρχή της ζωής και στη μοναξιά που θα νιώθει το παιδί αυτό στη μετέπειτα ζωή του (Weiss, 1973.1989). Από την παραπάνω διαδικασία το παιδί θα αναπτύξει ένα Ύψος Σύναψης Δεσμού (ΥΣΔ) με τους άλλους, όμοιο με αυτό που διαμορφώθηκε μέσα από τη σχέση του με το άτομο φροντίδας. Εάν η σχέση με το άτομο φροντίδας εκλείπει (θάνατος, φυσική απομάκρυνση) ή η ανταπόκριση των γονέων στα σήματα του παιδιού είναι συναισθηματικά ανεπαρκής, το ίδιο μπορεί να βιώσει, είτε ότι είναι ανίκανο είτε ανάξιο αγάπης. Και στις δύο περιπτώσεις αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης μετέπειτα στη ζωή του (Bowlby, 1980). Πέραν όμως των ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών, υπάρχουν και εξωατομικοί παράγοντες που είναι ικανοί να πυροδοτήσουν την εμφάνιση μοναξιάς και κατάθλιψης.

Στο πρώτο μέρος της μελέτης πρόκειται να αναφερθούμε στην ιστορία της Θεωρίας Δεσμού καθώς και την εξέλιξή της, ενώ θα περάσουμε και σε ερευνητικά δεδομένα που την υποστηρίζουν και την επαληθεύουν. Ακολουθούν η συσχέτιση της Θεωρίας Δεσμού με τη μοναξιά και την κατάθλιψη. Στο δεύτερο μέρος γίνεται μια εκτενής αναφορά στους ορισμούς της μοναξιάς καθώς και τα είδη της, όπως

υπαρξιακή, κοινωνική, συναισθηματική, ευεργετική. Επίσης, δε λείπει η φιλοσοφική και ψυχολογική προσέγγισή της καθώς και οι παράγοντες που την αιτιολογούν. Στη συνέχεια, αναφερόμαστε στις καταστάσεις εμφάνισης της μοναξιάς, όπως είναι λόγου χάρη η λήξη/διακοπή μιας σχέσης ή η φυσική απομάκρυνση. Ακόμη γίνεται μια σύντομη αναφορά στα χαρακτηριστικά των μοναχικών ατόμων. Τέλος, περνάμε στις συσχετίσεις, όπως αυτές καταγράφηκαν στη βιβλιογραφία, ανάμεσα στη μοναξιά και τις στρατηγικές διαχείρισής της καθώς και την κατάθλιψη.

Στο τρίτο μέρος γίνεται μια εκτενής αναφορά στον πληθυσμό των ιατρών αναφορικά με τις ψυχοσυναισθηματικές τους δυσκολίες, όπως είναι οι εξαρτητικές συμπεριφορές, και η κατάθλιψη. Ακολουθεί η παράθεση ερευνητικών δεδομένων αναφορικά με τη βίωση της μοναξιάς από τους ιατρούς, ενώ γίνεται αναφορά και στις συνθήκες εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει και να αναδείξει τις διαφοροποιήσεις των δύο πληθυσμών, ιατροί μη ιατροί, αναφορικά, τόσο με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, καταγωγή, ειδικότητα, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική ιδιότητα), όσο και με την υπαρξιακή μοναξιά και τις στρατηγικές διαχείρισης της μοναξιάς, παράγοντες που, μέχρι τώρα, δεν έχουν μελετηθεί και καταγραφεί στη ελληνική βιβλιογραφία. Επιπλέον, η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό τη βαθύτερη έρευνα και γνώση της βάσης των ψυχικών επιβαρύνσεων (μοναξιά, κατάθλιψη) των ειδικευόμενων ιατρών των δημοσίων νοσοκομείων της Αττικής.

Συγκεκριμένα πρόκειται να αναδείξουμε τη σημασία τόσο των πρώιμων δεσμών με το άτομο φροντίδας, όσο και του κοινωνικού περίγυρου και των συνθηκών εργασίας, ως προς την αντιμετώπιση της μοναξιάς και τη βίωση κατάθλιψης. Πρόκειται να καταγράψουμε τις συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων δεσμού, των τύπων μοναξιάς, των στρατηγικών διαχείρισης μοναξιάς, του κοινωνικού δικτύου, των συνθηκών εργασίας καθώς και κατάθλιψης τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στον πληθυσμό των ειδικευόμενων ιατρών.

Η πρωτοτυπία της έρευνας αφορά στην προσέγγιση πτυχών της μοναξιάς που δεν υπάρχει προηγούμενη έρευνα, όπως είναι η υπαρξιακή μοναξιά καθώς και ο ειδικός πληθυσμός των ειδικευόμενων ιατρών σε σχέση με αυτή, καθώς και τις στρατηγικές διαχείρισής της.

Μέρος Α

Θεωρία Δεσμού

Ο άνθρωπος είναι προϊόν των τραυμάτων της παιδικής του ηλικίας.

Sigmund Freud (1856-1939)

Τα τελευταία τριάντα χρόνια, η θεωρία δεσμού (Bowlby, 1982. Cassidy & Shaver, 2008) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θεωρητικά πλαίσια μελέτης των στενών διαπροσωπικών σχέσεων (Mikulincer & Shaver, 2007). Βασίζεται σε μια από τις πιο διαδεδομένες ιδέες που έχουν ταυτιστεί σχεδόν με την κοινωνική αναπαράσταση της ψυχολογίας του 20ου αιώνα: Ότι η ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσει το παιδί με το άτομο φροντίδας είναι ικανή να επηρεάσει σημαντικά τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο θα σχετισθεί μελλοντικά με τους σημαντικούς άλλους (Fraley et al., 2013). Αν και το σύστημα δεσμού είναι ζωτικής σημασίας για τα πρώτα χρόνια της ζωής μας, εν τούτοις ενεργοποιείται κατά όλη τη διάρκεια του βίου μας και επηρεάζει τη λειτουργικότητά μας σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο (Cassidy & Shaver, 2008. Mikulincer & Shaver, 2007a).

Κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, οι Λονδρέζοι γονείς, για λόγους ασφαλείας και σωματικής ακεραιότητας, έστελναν τα παιδιά τους, για μακρύ χρονικό διάστημα, στην επαρχία. Ο βρετανός ψυχολόγος Bowlby, ορμώμενος από τους “αποχωρισμούς” των παιδιών από τους γονείς τους, παρατηρούσε τις αντιδράσεις των πρώτων και πάνω σε αυτή τη βάση ξεκίνησε να αναπτύσσει τη Θεωρία για το Ύψος Σύναψης Δεσμού. Ο Bowlby παρατήρησε πως ορισμένα παιδιά αντιδρούσαν κλαίγοντας ή/και ικετεύοντας τους γονείς να μείνουν, άλλα προσποιούνταν πως δεν τους ενδιέφερε η παρουσία του ατόμου φροντίδας, ενώ άλλα φαίνεται πως δέχονταν τον αποχωρισμό με δυσφορία, υιοθετώντας, όμως, ηπιότερες αντιδράσεις (Baumeister & Bushman, 2011). Ισχυρίστηκε πως ο τρόπος που σχετιζόμαστε με τους άλλους- είτε αυτοί είναι οι φίλοι, συνάδελφοι, εραστές ή άκομα και οργανισμοί- είναι αντιγραφή ή επανάληψη του τρόπου αλληλεπίδρασης, που μάθαμε, κατά την παιδική μας ηλικία.

Η αρχική Θεωρία Δεσμού έκανε λόγο για τρεις Τύπους Σύναψης Δεσμού, η αξιολόγηση των οποίων γίνονταν μέσα από σενάρια που χορηγούνταν στα υποκείμενα (Bartholomew & Shaver, 1998. Cooper,

Shaver, & Collins, 1998. Hazan & Shaver, 1987). Με αυτό τον τρόπο προέκυψαν οι, *ασφαλής (secure)*, *ανασφαλής/αμφιθυμικός (anxious/ambivalent)* και *αποφευκτικός (avoidant)* τύπος. Πιο συγκεκριμένα, ο ασφαλής τύπος προτιμά την εγγύτητα και αγαπά την οικειότητα στις σχέσεις του με τους άλλους, δίχως να ανησυχεί μήπως τον εγκαταλείψουν ή τον πληγώσουν. Ο ανασφαλής/αμφιθυμικός τύπος, επιζητά όσο το δυνατόν περισσότερη εγγύτητα από το σύντροφό του, έχοντας έντονη την ανησυχία και το άγχος ότι κάτι τέτοιο ενδέχεται να μην είναι αμοιβαίο. Τέλος, ο αποφευκτικός τύπος επιλέγει να κρατά μια απόσταση συναισθηματικής ασφάλειας από τους άλλους και φαίνεται να δυσφορεί όταν οι άλλοι έρχονται πιο κοντά από ότι ο ίδιος αντέχει ψυχικά.

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Hazan και Shaver έδειξαν ότι:

«(α) η κατανομή των τριών τύπων δεσμού ενηλίκων είναι περίπου η ίδια όπως στην βρεφική ηλικία, (β) οι τρεις τύποι ενηλίκων διαφέρουν στον τρόπο που βιώνουν την ερωτική σχέση, και (γ) οι τύποι δεσμού συσχετίζονται με αναπαραστάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και στις σχέσεις με τους γονείς»
(σ.511)

Στη συνέχεια, μελετητές που εξέτασαν τα αποτελέσματα της πρώτης αυτής ερευνητικής προσπάθειας για τους τύπους δεσμού ενηλίκων στάθηκαν στο γεγονός της απλοϊκής ‘σύλληψης’ και ‘εμπειρικής προσέγγισης’ των τύπων δεσμού (Καφέτσιος, 2005). Ένα εναλλακτικό μοντέλο τύπων δεσμού που διακρίνει ανάμεσα σε τέσσερις τύπους προτάθηκε από την Kim Bartholomew (Bartholomew, 1990. Bartholomew & Horowitz, 1991). Από αυτό προκύπτει ότι: ο **ασφαλής (secure)** τύπος έχει ένα σχήμα διαπροσωπικών σχέσεων που είναι θετικό για τον εαυτό τους και τους άλλους. Ο τύπος της **εμμονής ή υπερεμπλεκόμενος (preoccupied)** χαρακτηρίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό και μια θετική εικόνα για τους άλλους, γεγονός που τα καθιστά άτομα συναισθηματικά ευάλωτα με υποχωρητικές στάσεις απέναντι στο σύντροφό τους. Ο τύπος **αποφυγής (avoidant)** ενέχει αρνητικά μοντέλα για τον εαυτό και τους άλλους, που διακρίνονται σε δύο ειδικότερους τύπους αποφυγής: τον απορριπτικό (dismissing) και τον φοβικό (fearful). Ο **απορριπτικός** τύπος αποφυγής χαρακτηρίζεται από μια εξιδανικευμένα θετική εικόνα

για τον εαυτό (ιδεατό εγώ) και μια αρνητική εικόνα για τους άλλους, υποτιμώντας τη σημασία των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, αλλά ακόμη και τη σύναψη σχέσης. Τέλος, ο **φοβικός** τύπος αποφυγής έχει μια αρνητική εικόνα και για τον εαυτό και για τους άλλους και παρουσιάζει τις περισσότερες αγκυλώσεις διάδρασης με το περιβάλλον του (Καφέτσιος, 2005).

Καθώς η έρευνα πάνω στη Θεωρία Δεσμού προχωράει, έχουμε μια μετατόπιση του ενδιαφέροντος από τους Τύπους Σύναψης Δεσμού στις Διαστάσεις Άγχους/Αποφυγής (Bartholomew & Horowitz, 1991. Collins & Feeney, 2004. Edelstein & Shaver, 2004). Η Διάσταση Άγχους αφορά στη στάση μας απέναντι στον εαυτό μας, ενώ η Διάσταση Αποφυγής αφορά στη στάση μας απέναντι στους άλλους. Ο εμμονικός/υπερεμπλεκόμενος τύπος βρίσκεται υψηλά στη διάσταση του άγχους καθώς θεωρούν ότι οι σύντροφοί τους θα τους εγκαταλείψουν, μόλις αντιληφθούν τα ελλειψήματα και τις ατέλειές τους (Collins & Feeney, 2004. Collins & Read, 1990. Hazan & Shaver, 1987. Simpson, 1990). Από την άλλη μεριά, ο αποφευκτικός τύπος εμφανίζει υψηλότερο σκορ στη διάσταση αποφυγής, και συχνά χαρακτηρίζουν τους συντρόφους τους αναξιόπιστους και μη φροντιστικούς, ενώ οι ίδιοι, από την πλευρά τους, παρέχουν λιγότερο νοιάξιμο και φροντίδα (Baumeister & Buschman, 2011). Ο φοβικός τύπος φαίνεται να παρουσιάζει υψηλότερο άγχος και αποφυγή από τους υπόλοιπους, ενώ ο ασφαλής χαμηλότερο.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, η ποιότητα της μητρικής φροντίδας είναι κρίσιμη για την ψυχική ασφάλεια του βρέφους, με καθοριστικότερο παράγοντα την ευαίσθητη ανταπόκριση του γονιού στην αναστάτωσή του. Πιο συγκεκριμένα, όταν το άτομο φροντίδας ανταποκρίνεται με σταθερότητα στα φροντιστικά καλέσματα του παιδιού, τότε αυτό θα αναπτύξει θετικές προσδοκίες διαθεσιμότητας και υποστήριξης από τους άλλους (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Οι Hazan & Shaver (1987) σε σχετική έρευνα βρήκαν ότι οι ενήλικες που αυτοχαρακτηρίζονταν ασφαλείς τύποι, ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν θετικές εμπειρίες αλληλεπίδρασης με τους γονείς τους, όπως ήταν η ζεστασιά και η αγάπη. Παιδιά και ενήλικες που έχουν μεγαλώσει σε υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον ρυθμίζουν καλύτερα τα συναισθήματά τους, συναισθάνονται περισσότερο τους άλλους και είναι πιο επικοινωνιακοί με τους συντρόφους τους (Cassidy & Shaver, 2008. Mikulincer, Shaver, Cassidy, & Berant, 2008).

Θεωρία Δεσμού και Μοναξιά

Η Θεωρία Δεσμού (Attachment Theory) του Bowlby (1969), έχοντας τις ρίζες της στην εθολογία (Van de Horst & Van der Veer, 2008) υπήρξε σημαντικό έρεισμα για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ των πρώιμων δεσμών - βρέφους και ατόμου φροντίδας – και της μοναξιάς που βιώνουμε ως ενήλικες. Πιο συγκεκριμένα, ο τρόπος με τον οποίο τα πρόσωπα κύριας φροντίδας ανταποκρίνονται στις ανάγκες των βρεφών απολήγει σε εσωτερικές αναπαραστάσεις, για τον εαυτό τους και τους άλλους, που συνεχίζουν να λειτουργούν ως «ενεργά μοντέλα δεσμού» (Attachment Working Models) (Bowlby, 2008. Simpson, Collins, Tran, & Haydon, 2007. Hazan & Shaver, 1987). Τα εσωτερικά αυτά πρότυπα, με τη σειρά τους, αποτελούν κύρια στοιχεία της ανάπτυξης του ασφαλούς, εμμονικού ή αποφευκτικού τύπου δεσμού, και είναι ικανά να προβλέψουν την επάρκεια ενός ατόμου στις μελλοντικές διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και την τάση του προς τη μοναξιά (Hazan & Shaver, 1987).

Σύμφωνα με τη θεωρία δεσμού, υπάρχει άμεση συσχέτιση ανάμεσα στη διαθεσιμότητα των γονέων, στην ποιότητα της σχέσης με το παιδί από την αρχή της ζωής και στη μοναξιά που θα νιώθει το παιδί αυτό στη μετέπειτα ζωή του. Ο Weiss (1973.1989) ήταν από τους πρώτους ερευνητές που μελέτησε την παραπάνω σύνδεση, υποστηρίζοντας ότι, οι γονείς που δεν ικανοποιούν τις ανάγκες των παιδιών τους για αποδοχή από την αρχή της ζωής, το οδηγούν στη διαμόρφωση ενός εσωτερικού ενεργού μοντέλου στο οποίο κυριαρχεί ο έντονος πόθος για κάτι που λείπει. Δεν είναι λίγες οι φορές που τα παιδιά αυτά φέρουν την αντίληψη ότι δεν αξίζουν να αγαπηθούν και πως δεν είναι ικανά να βρουν έναν ερωτικό σύντροφο. Συχνά, διακατέχονται από το φόβο της απόρριψης από τους άλλους (Asher & Wheeler, 1985). Εφόσον τα Ενεργά Μοντέλα Δεσμού (EMΔ) δύσκολα μεταβάλλονται, γενικεύονται στις σχέσεις πέρα από την παιδική ηλικία (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985) και σε διαφορετικούς τύπους σχέσεων στην εφηβεία και ενηλικίωση (Bretherton, 1991). Η δυνατότητα μετάλλαξής τους, από ασφαλή σε ανασφαλή ή το αντίστροφο, στην εφηβεία ή την ενηλικίωση είναι σχετικά περιορισμένη (West & Sheldon-Keller, 1994). Εξάλλου, έχουν βρεθεί ομοιότητες ανάμεσα στους τύπους δεσμού της βρεφικής ηλικίας και σε αυτούς της ενήλικης ζωής (Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000). Έτσι, λοιπόν, οι εσωτερικές

αναπαραστάσεις, που φέρει το παιδί από τα πρώτα χρόνια αλληλεπίδρασης με το άτομο φροντίδας, θα μπορούσαν να συνιστούν μια προδιαθεσική δυναμική για τη μετέπειτα στάση του απέναντι στη μοναξιά, εφόσον αυτές τείνουν να διατηρούνται κατά όλη τη διάρκεια της ζωής του (Bowlby, 1999. Grossmann & Grossmann, 2007. Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins 2005).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η υπόθεση της διαγενεακής μετάδοσης των δυσκολιών στη διαμόρφωση της ασφαλούς βάσης που αναφέρεται παρακάτω. Τούτο σημαίνει ότι, τα παιδιά των οποίων οι γονείς δεν ανταποκρίνονταν στις ανάγκες τους ή δεν ήταν αρκετά διαθέσιμοι, είναι πολύ πιθανό να δυσκολευτούν να διαμορφώσουν σταθερές σχέσεις καθώς και να προσφέρουν τα ίδια, ασφαλή βάση στους μελλοντικούς απογόνους τους (Bretherton & Munholland, 1999). Υπό αυτήν την έννοια, είναι σαν να κληροδοτούν το μοτίβο της ανασφάλειας στις επόμενες γενιές (Van IJzendoorn, 1995).

Οι γονείς που παρέχουν στα παιδιά τους μια ασφαλή βάση, όπου κυριαρχούν η ζεστασιά και ο σεβασμός απέναντι στην αυτονόμησή τους, παρέχουν σε αυτά τη δυνατότητα να εξορμήσουν για να εξερευνήσουν τον κόσμο και να επιστρέψουν, γνωρίζοντας ότι οι γονείς τους θέλουν να επιστρέψουν (Bowlby, 1988). Στη βάση αυτή, τα άτομα είναι πιο πιθανό να εμπιστεύονται τον εαυτό τους και τους άλλους και να χρησιμοποιούν πιο ευέλικτους τρόπους ρύθμισης των συναισθημάτων τους (Shaver & Mikulincer, 2002). Τα άτομα με ασφαλές ύψος σύναψης δεσμού, τείνουν να διαμορφώνουν στενές σχέσεις, τόσο σε επίπεδο συντροφικότητας, όσο και κοινωνικό, βιώνοντας έτσι, λιγότερη μοναξιά (Wiseman, Mayselless & Sharabany, 2006). Από την άλλη, όταν η ανταπόκριση των γονέων απέναντι στα «καλέσματα» του παιδιού δεν είναι σταθερή και αξιόπιστη ή είναι μικρότερη σε σχέση με τις ανάγκες του, ή εκλείπει, τότε είναι πιθανό το άτομο μεγαλώνοντας, να αντιμετωπίζει τις διαπροσωπικές του σχέσεις μέσα από ένα αρνητικό πρίσμα, και να αισθάνεται πιο μόνο σε σχέση με ένα ασφαλές άτομο (Shaver & Mikulincer, 2002).

Ορισμένοι ερευνητές οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση του δεσμού στις σχέσεις των ενηλίκων, υποστήριξαν τη διαφοροποίηση μεταξύ των ενεργών μοντέλων που βασίζονται στις παρελθούσες σχέσεις με τους γονείς και σε αυτά που βασίζονται στις τρέχουσες σχέσεις με τους συνομηλίκους. Αναφορικά με τα πρώτα, έχει βρεθεί πως ο ανασφαλής τύπος σύναψης δεσμού, και δη ο απορριπτικός τύπος (Kobak &

Sceery, 1988), είναι πιο ευάλωτος απέναντι στη μοναξιά (Ernst & Cacioppo, 1999. Larose, Guay, & Boivin, 2002). Η στενή σχέση του ανασφαλούς ύφους με τη μοναξιά, αναδεικνύεται και από τα ενεργά πρότυπα που βασίζονται στις σχέσεις με τους ομηλικούς (DiTommaso, Brannan-McNulty, Ross, & Burgess, 2003. Lambert, Lussier, & Sabourin, 1995. Leondari & Kiosseoglou, 2000. Man & Hamid, 1998).

Οι Bogaerts και συνεργάτες (2006), σε έρευνα που διεξήγαγαν σε φοιτητές, θέλησαν να δουν τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται η συναισθηματική μοναξιά και οι δεσμοί με τους γονείς και τους συνομηλικούς. Συγκρίνοντας τρία μοντέλα με βάση τις παραπάνω συσχετίσεις, τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι, τα αισθήματα μοναξιάς που νιώθουμε ως ενήλικες πιθανόν να μη συνδέονται απευθείας με το είδος δεσμού που είχαμε αναπτύξει με τα άτομα φροντίδας στα πρώτα χρόνια της ανάπτυξής μας, αλλά διαμέσου του δεσμού με τους συνομηλικούς. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, ακόμα και αν οι αλληλεπιδράσεις με τους γονείς κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής μας ήταν θετικές, τούτο δε σημαίνει απαραίτητα ότι θα νιώθουμε λιγότερη μοναξιά στη μετέπειτα ζωή μας. Στην αντίθετη περίπτωση όμως της μη θετικής αλληλεπίδρασης με το άτομο φροντίδας, αυξάνονται οι πιθανότητες να βιώνουμε περισσότερη μοναξιά καθώς ενηλικιώνομαστε (Buss, 1999. DiTommaso, Brannen-McNulty, Ross, & Burgess, 2003. Matsushima & Shiomi, 2001).

Ακόμη, πιο πρόσφατα, έχει υπάρξει σημαντική συναίνεση μεταξύ των ερευνητών του δεσμού, ότι ένα δισδιάστατο μοντέλο [αποφυγής (avoidance), άγχους (anxiety)] είναι προτιμότερο προκειμένου να μελετήσουμε τις ατομικές διαφορές στην οργάνωση των δεσμών (Brennan, Clark, & Shaver, 1998. Fraley, Waller, & Brennan, 2000. Kafetsios & Sideridis, 2006). Οι ενήλικες με αποφευκτικό ύφος σύναψης δεσμού (adult attachment avoidance), οι οποίοι είναι πιθανό να διαθέτουν αρνητικά ενεργά μοντέλα για τους άλλους, φοβούνται την οικειότητα και νιώθουν άβολα με την εγγύτητα και την εξάρτηση (Pietromonaco & Feldman Barrett, 2000). Από την άλλη πλευρά, οι ενήλικες με αγχωτικό ύφος σύναψης δεσμού (adult attachment anxiety), είναι πιθανό να νιώθουν το φόβο της απόρριψης και της εγκατάλειψης, εφόσον τείνουν να αναπτύσσουν αρνητικά εσωτερικά μοντέλα για τον εαυτό τους (Pietromonaco & Feldman Barrett, 2000). Όπως και να έχει, πάντως, τόσο ο τύπος αποφυγής, όσο και ο αγχωτικός τύπος σύναψης δεσμού, έχει βρεθεί ότι έχουν θετική συσχέτιση, με δυσκολίες στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Bartholomew & Horowitz,

1991. Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993) και με το αυξημένο αίσθημα μοναξιάς (Mikulincer, Shaver, Cassidy, & Berant, 2008. Mikulincer & Shaver, 2001).

Με βάση το μοντέλο της Bartholomew (1990. Bartholomew & Horowitz, 1991), οι ασφαλείς τύποι έχουν ένα σχήμα διαπροσωπικών σχέσεων που είναι θετικό για τον εαυτό τους και τους άλλους (Καφέτσιος, 2005), γεγονός το οποίο τους καθιστά λιγότερο εκτεθειμένους σε προβλήματα που προκύπτουν από τις κοινωνικές τους σχέσεις. Έχουν προσδοκίες ότι τα άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου θα ανταποκριθούν όταν κανείς τα χρειαστεί και διατηρούν την αυτοεκτίμησή τους σε υψηλά επίπεδα (Bowlby, 1973). Επιπλέον, έχουν την προδιάθεση να δημιουργούν σχέσεις που στηρίζονται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, τόσο με τους φίλους, όσο και με τους ερωτικούς τους συντρόφους (Bartholomew & Horowitz, 1991. Lopez, 2009). Νιώθουν περισσότερη άνεση να μοιράζονται πράγματα για τον εαυτό τους, σε αντίθεση με τους τύπους αποφυγής (Mikulincer & Nachshon, 1991). Μάλιστα, η αυτοαποκάλυψη έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με τη μοναξιά (Stokes, 1987). Στη βιβλιογραφία αναφέρονται ως τα άτομα που βιώνουν λιγότερη μοναξιά (DiTommaso, Brannen-McNulty, Ross, & Burgess, 2003. Larose, Guay, & Boivin, 2002).

Ο τύπος της εμμονής ή υπερεμπλεκόμενος τύπος, χαρακτηρίζεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό και μια θετική εικόνα για τους άλλους, γεγονός που τα καθιστά άτομα ετεροπροσδιοριζόμενα, υποχωρητικά και εύκολα σε εκμετάλλευση συναισθηματικά (Καφέτσιος, 2005). Ωστόσο, δεν είναι απίθανο να εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους κατά τρόπο υπερβολικό, και ενίοτε χειριστικό, ώστε να πείσουν τους άλλους να μείνουν κοντά τους (Wiseman, Mayselless, & Sharabany, 2006). Ακόμη, διατηρούν το άγχος τους σε υψηλά επίπεδα, όταν συναναστρέφονται άλλους ανθρώπους (Bartholomew & Horowitz, 1991), από τους οποίους εξαρτώνται για την επικύρωση της αυταξίας τους (Man & Hamid, 1998). Επιπλέον, απόρροια της αρνητικής εικόνας για τον εαυτό τους, είναι η έντονη κριτική που του ασκούν (Wiseman, Mayselless, & Sharabany, 2006). Έτσι, όταν το άτομο έχει στερηθεί τη γονεϊκή φροντίδα ή η ανταπόκριση των γονέων απέναντι στις ανάγκες του ήταν ασυνεπής (Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano, & Summers, 2003), είναι πιθανό να διαθέτει μειωμένη αυτό-αντίληψη, η οποία τον καθιστά να αναμένει συνεχώς κριτική και απόρριψη (Blatt, 2004), μειώνοντας τόσο τη συμμετοχή του σε κοινωνικά δίκτυα, όσο και την ικανοποίησή του από τις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους, αυξάνοντας τα επίπεδα της μοναξιάς του (Wiseman, Mayselless,

& Sharabany, 2006).

Ο τύπος αποφυγής (avoidant), ενέχει αρνητικά μοντέλα για τον εαυτό του και τους άλλους και διακρίνεται σε δύο ειδικότερους τύπους, τον απορριπτικό (dismissing) και το φοβικό (fearful). Ο απορριπτικός τύπος αποφυγής, προερχόμενος από γονείς απόμακρους, αλλά που γενικά φρόντιζαν για τις ανάγκες του (Καφέτσιος, 2005), χαρακτηρίζεται από ψυχρότητα και τάση για υποτίμηση της αξίας των κοινωνικών συναλλαγών (Bartholomew & Horowitz, 1991), γεγονός το οποίο μας ωθεί να θεωρήσουμε ότι, στα άτομα αυτά ενδεχομένως να επικρατεί σύγχυση σχετικά με το πραγματικό και επιθυμητό κοινωνικό δίκτυο επαφών (Perlau & Perlman, 1982). Στο παραπάνω συνηγορεί και η υψηλή αυτοεκτίμηση που διαθέτουν, ανάλογη της εξιδανικευμένα θετικής εικόνας για τον εαυτό τους (Bartholomew & Horowitz, 1991). Θεωρούν τους άλλους ανάξιους εμπιστοσύνης, συχνά αποφεύγουν την εγγύτητα και έχουν την τάση να τονίζουν τη σπουδαιότητα του να είναι κανείς ανεξάρτητος. Ορισμένες έρευνες θέλουν τον απορριπτικό τύπο να βιώνει λιγότερη μοναξιά σε σχέση με τον εμμονικό και φοβικό τύπο, (Man & Hamid, 1998), ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι το απορριπτικό ύφος σύναψης δεσμού συγκλίνει πιο έντονα προς τη μοναξιά (Kobak & Sceery, 1988). Πάντως, σχετικά με μια γενικότερη θεώρηση της ευδαιμονίας τους, οι ασφαλείς και απορριπτικοί τύποι δηλώνουν ότι νιώθουν περισσότερο χαρούμενοι, σε σχέση με τους εμμονικούς ή φοβικούς (Webster, 1998).

Ο φοβικός τύπος αποφυγής έχει μια αρνητική εικόνα και για τον εαυτό του και για τους άλλους, πιθανόν οι γονείς να μην τον φρόντισαν αρκετά (Weiss, 1974), να ήταν επιθετικοί απέναντί του ή να έπασχαν από κατάθλιψη (Καφέτσιος, 2005). Συνήθως, οι φοβικοί τύποι, αποφεύγουν να δημιουργούν στενές διαπροσωπικές σχέσεις, από το φόβο μην πληγωθούν ή απορριφθούν από τους άλλους (Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano, & Summers, 2003). Προβαίνουν σε λιγότερες αυτοαποκαλύψεις και διατηρούν την αυτοεκτίμησή τους σε χαμηλά επίπεδα (Bartholomew & Horowitz, 1991). Ακόμη, οι φοβικοί τύποι χαρακτηρίζονται από έλλειψη διεκδικητικής συμπεριφοράς (Cutrona, 1982. Lopez, 2009), η οποία σε συνδυασμό με την τάση των άλλων να τους περιθωριοποιούν (Bartholomew & Horowitz, 1991), φαίνεται πως αυξάνει τη μοναξιά τους (Man & Hamid, 1998). Συμπερασματικά, οι προσδοκίες των τύπων αποφυγής από τον εαυτό και τους άλλους, οι οποίες είναι μέρος της γνωστικής δομής των Ενεργών Μοντέλων Δεσμού

που τα άτομα φέρουν (Collins & Read, 1990), μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα των κοινωνικών συναλλαγών και να οδηγήσουν σε μοναξιά (Rook, 1984. Sharabany, 1994. Buss, 1999. Matsushima & Shiomi, 2001).

Γενικά, οι ασφαλείς δεσμοί οδηγούν σε εμπιστοσύνη, αυτονομία, ανακάλυψη και ανάπτυξη, σε αντίθεση με τους ανασφαλείς που σχετίζονται με δυσκολίες αναφορικά με την εμπιστοσύνη, την αναστολή και την απόσυρση (Fraley & Phillips, 2009. Wei, Russell, & Zakalik, 2005). Σε μια από τις αρχικές έρευνες των Hazan και Shaver (1990) βρέθηκε ότι, σε σύγκριση με τους ανασφαλείς τύπους, άτομα με ασφαλείς τύπους δεσμού εμφάνιζαν καλύτερη προσαρμογή με βάση πέντε δείκτες ψυχικής υγείας (μοναξιά, κατάθλιψη, άγχος, εχθρικότητα και ψυχοσωματικές ασθένειες).

Θεωρία Δεσμού και Κατάθλιψη

Σύμφωνα με το Bowlby (1980) υπάρχουν τρεις καταστάσεις που είναι ικανές να πυροδοτήσουν ή να ενισχύσουν την ανάπτυξη καταθλιπτικής παθολογίας. Στην πρώτη περίπτωση, το παιδί εξαιτίας του θανάτου κάποιου γονιού δεν έχει αναπτύξει ικανούς μηχανισμούς ώστε να ελέγξει τα γεγονότα και τις συναισθηματικές διακυμάνσεις που πρόκειται να ακολουθήσουν, και έτσι δεν είναι απίθανο να νιώσει ανήμπορο και απελπισμένο, ως αντίδραση απέναντι στο τραυματικό γεγονός της απώλειας. Οι παραπάνω αντιδράσεις εισάγουν το παιδί, εάν δεν υπάρξει υποστήριξη από το περιβάλλον, στη συμπτωματολογία της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τη δεύτερη περίπτωση, η αδυναμία του παιδιού (παρά τις προσπάθειες από μέρους του) να δημιουργήσει μια σταθερή και ασφαλή σχέση με τα άτομα φροντίδας, βιώνεται από το ίδιο ως αποτυχία. Με άλλα λόγια, η εικόνα που έχει για τον εαυτό του λογίζεται ως εικόνα “αποτυχημένου εαυτού”. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η λιγοπιστία στις δυνατότητές μας καθώς και η εξαρτημένη εικόνα του εαυτού μας μέσα από τον άλλο, ομαλοποιούν το έδαφος ανάπτυξης καταθλιπτικού συναισθήματος.

Τέλος, όταν η ανταπόκριση των γονέων στα σήματα του παιδιού είναι ανεπαρκής συναισθηματικά, το ίδιο μπορεί να βιώσει είτε ότι είναι ανίκανο είτε ανάξιο αγάπης. Τούτο έχει ως συνέπεια μεγαλώνοντας το παιδί να δομεί μια εικόνα τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους άλλους, όπου η αγάπη ως μέσο

συνδιαλλαγής και έκφρασης εκλείπει. Έτσι, το παιδί θεωρεί πως δεν αξίζει να αγαπιέται και πως και οι υπόλοιποι άνθρωποι είναι εξίσου μη στοργικοί (Bretherton, 1985).

Συνολικά θα λέγαμε πως η κατάθλιψη σχετίζεται με την απώλεια τόσο σε ρεαλιστικό (θάνατος) όσο και σε φανταστικό επίπεδο (γονείς που δεν είναι ψυχικά διαθέσιμοι). Σύμφωνα με τους Seligman και συν. (1979) η ανημπόρια και συνακόλουθα η κατάθλιψη, λαμβάνει χώρα όταν τραυματικά γεγονότα, έχουν καταχωρηθεί μέσα μας ως αδύνατα να ελεγχθούν από πλευράς μας.

Ο συσχετισμός μεταξύ συναισθηματικής διαθεσιμότητας των γονιών και κατάθλιψης ενισχύεται και από τις μαρτυρίες των καταθλιπτικών ενηλίκων για τους τροφούς τους. Οι ίδιοι περιγράφουν τους γονείς τους ως απορριπτικούς δίχως να τους παρέχουν προστασία και συναισθηματική υποστήριξη (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, Target, & Gerber, 1996. Raskin, Boothe, Reatig, Schulterbrandt, & Odle, 1971).

Αναφορικά με το ΥΣΔ, στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως, γενικά, ο ασφαλής τύπος έχει θετική συσχέτιση με την ψυχική προσαρμοστικότητα σε αντίθεση με τον ανασφαλή ο οποίος έχει θετική συσχέτιση με το άγχος και την κατάθλιψη (Besser & Priel, 2003. Davila, Ramsay, Stroud, & Steinberg 2005. Hankin, Kassel, & Abela, 2005. Shaver, Schachner, & Mikulincer, 2005). Ο Bowlby (1969) με βάση τις δύο διαστάσεις άγχους-αποφυγής διαχωρίζει τις διαδικασίες που οδηγούν στην εμφάνιση κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που βρίσκονται ψηλά στη διάσταση του άγχους, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τους άλλους, δεν διατηρούν ικανές συναισθηματικές αποστάσεις από σχέσεις που δεν τους οφελούν και οι αντιδράσεις τους απέναντι στην απώλεια και την εγκατάλειψη είναι συχνά η αυτομομφή και η αποδοκιμασία του εαυτού τους (Blatt & Homann, 1992. Mikulincer & Orbach, 1995). Τα άτομα αυτά επιζητούν επίμονα και συνεχώς επιβεβαίωση από τους συντρόφους τους (Joiner, Alfano, & Metalsky, 1992) και ερευνητικά δεδομένα θέλουν την παρατεταμένη επιβεβαίωση να σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης (Shaver, Schachner, & Mikulincer, 2005). Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που σκοράρουν ψηλά στη διάσταση της αποφυγής, αποφεύγουν τις κοινωνικές συναναστροφές και περιφρονούν εκείνους που επιθυμούν να έχουν στενές συντροφικές σχέσεις. Επιδιώκουν τη διατήρηση της αυτονομίας τους και

επιθυμούν να έχουν τον έλεγχο στις σχέσεις τους (Mikulincer & Shaver, 2007). Η αυστηρή αυτοκριτική καθώς και η αυτοαπομόνωσή τους τα καθιστά άτομα ευάλωτα στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Blatt & Homann, 1992).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως σε συγκεντρωτικό άρθρο των Mikulincer & Shaver (2007), οι μισές από τις έρευνες υποστήριξαν πως ο φοβικός τύπος σύνναψης δεσμού παρουσιάζει ισχυρότερη συσχέτιση με την κατάθλιψη σε σύγκριση με τον απορριπτικό τύπο. Στην περίπτωση του απορριπτικού τύπου εκκλίπει το στοιχείο της αυτοκριτικής που αποτελεί ισχυρή ένδειξη πυροδότησης της κατάθλιψης (Murphy & Bates, 1997).

Μέρος Β

Μοναξιά

*Πού θα πάμε, ψυχή, μ' όλη τούτη
την εξορία που μέσα μας φέρνουμε;
Μαζί μας κανένας κι η μοναξιά
έγινε τόσο παράξενη, που είναι ίδια
με τη συντροφιά των πολλών ανθρώπων.*

Ζωή Καρέλλη (1901-1998)

Ορισμοί της μοναξιάς

Η πιο παλιά μαρτυρία σχετικά με τη μοναξιά αποδίδεται στον Zimmerman (1785-1786) και στο έργο του *Über die Einsamkeit* (“Περί Μοναξιάς”). Από τη δεκαετία του 1950 και μετά αρχίζει να προσδιορίζεται το πλαίσιο της μοναξιάς (Fromm-Reichman, 1959), ενώ τα πρώτα ερευνητικά δεδομένα έρχονται αρκετά αργότερα (Weiss, 1973. Peplau & Perlman, 1981. Perlman, 1987. Weiss, 1987). Η μοναξιά, αν και αποτελεί αναπόφευκτη εμπειρία ζωής, την οποία όλοι οι άνθρωποι ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου, βιώνουν κάποια στιγμή στη ζωή τους, περιγράφεται με ποικίλους τρόπους, δίχως να αντιστοιχεί σε έναν συγκεκριμένο ορισμό (Rosedale, 2007).

Από τους κλασσικούς ερευνητές της μοναξιάς των ενηλίκων (Peplau & Perlman, 1982) η μοναξιά ορίζεται ως: *«η δυσάρεστη εμπειρία που βιώνει ένα άτομο, όταν το δίκτυο των κοινωνικών του σχέσεων είναι ελλιπές κατά κάποιο σημαντικό τρόπο, ποιοτικά ή/και ποσοτικά»* (σελ.31). Ένας άλλος ορισμός, αρκετά συχρός στην ευρωπαϊκή βιβλιογραφία αναφέρει πως: *«η μοναξιά είναι μια κατάσταση η οποία βιώνεται από το άτομο όταν υπάρχει δυσάρεστη ή ανεπίτρεπτη απουσία (της ποιότητας) ορισμένων σχέσεων. Περιλαμβάνει καταστάσεις όπου ο αριθμός των υπαρκτών σχέσεων είναι μικρότερος από αυτόν που το άτομο επιθυμεί, καθώς και καταστάσεις όπου η οικειότητα που ποθεί το άτομο, δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί»* (De Jong Gierveld, 1987/1989). Άλλοι πάλι τη θεώρησαν προϊόν αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους παράγοντες της

προσωπικότητας και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Weiss, 1973), με την ανάγκη για ανθρώπινη οικειότητα, να παραμένει ανεκπλήρωτη (Sullivan, 1953).

Λεξιλογικοί ορισμοί

Όπως όλες οι κοινωνικές καταστάσεις, έτσι και η μοναξιά, εξελίσσεται και διαφοροποιείται εννοιολογικά, ανάλογα με την εποχή στην οποία συναντάται. Στο μεσαίωνα, λόγου χάρη, η έννοια *μόνος*, ήταν συνυφασμένη με την αυτοπραγμάτωση και την ολοκλήρωση του ατόμου, δίχως αυτό να βιώνει δυσάρεστες εμπειρίες όταν είναι μόνο του (Oxford Universal Dictionary, 1964). Σήμερα, η μοναξιά σχετίζεται με την τεχνολογική ανάπτυξη και θεωρείται παθολογία της μοντέρνας κοινωνίας (Stivers, 2004), εφόσον υπεισέρχονται, πλέον, παράγοντες που έχουν να κάνουν με προσωπικά και κοινωνικά ελλείμματα (Ponizovsky & Ritsner, 2004).

Ανατρέχοντας σε άλλες λεξιλογικές πηγές, η μοναξιά ορίζεται ως *«η κατάσταση του ανθρώπου που ζει μόνος, απομονωμένος από τους άλλους, χωρίς επαφή και επικοινωνία με άλλους. Το συναίσθημα που προκύπτει από την παραπάνω κατάσταση, καθώς και η απουσία επικοινωνίας με τους συνανθρώπους. Η εσωτερική κατάσταση του ανθρώπου που δεν έχει ουσιαστική επαφή με τους άλλους»* (Λεξικό Μπαμπινιώτη, 1998, σ.1123). Ο D'Abou (1972), κάνοντας μια έρευνα σχετικά με τις λεξιλογικές έννοιες της μοναξιάς, διαπίστωσε ότι, αν και αποτελεί μια κατάσταση γνωστή στα άτομα, εν τούτοις δεν υπάρχει σαφής προσδιορισμός της. Συνήθως στα συνώνυμα τις μοναξιάς συγκαταλέγονται έννοιες που περιέχουν τόσο τη θετική όσο και την αρνητική πλευρά της μοναξιάς όπως: *αποξένωση, απομόνωση, μοναχικότητα, απομάκρυνση, χωρισμός, ευεργετική μοναξιά.*

Φιλοσοφική προσέγγιση της μοναξιάς

Από την πλευρά τους οι φιλόσοφοι έχουν τοποθετηθεί ποικιλοτρόπως απέναντι στη μοναξιά, κάνοντας λόγο και για τις δύο μορφές που μπορεί να πάρει – επώδυνη και ευεργετική. Ο Πλάτωνας (428-347 π.Χ) θεωρούσε πως η μοναξιά είναι ικανή να επηρεάσει τόσο τη συμπεριφορά όσο και τη συνείδησή του ανθρώπου. Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ) υποστήριξε ότι για να μπορέσει να ζήσει κάποιος μόνος του θα πρέπει να είναι ή Θεός ή θηρίο.

Ο Pascal (1623-1662) αναφέρει πως: *“Όλα μας τα δεινά προέρχονται από το ότι δεν είμαστε ικανοί να καθίσουμε ήρεμα σ’ ένα δωμάτιο, μονάχοι”*.

Ο Schopenhauer (1788-1860), συνδέει την ελευθερία έκφρασης και ύπαρξης με τη μοναξιά. Συγκεκριμένα, *“Έντελώς ο εαυτός του μπορεί να είναι κανείς μόνο εφόσον μένει μόνος του. Μόνον τότε είναι ελεύθερος”*.

Από το χώρο του υπαρξισμού ο Kierkegaard (1843/1985) περιγράφει τη μοναξιά, ως μέσο για προσωπική εμβάθυνση και εσωτερική αναζήτηση, η οποία περνάει μέσα από τη συμφιλίωση με το φόβο του θανάτου. *“Μόνο όταν ο άνθρωπος αποδεχθεί το θάνατο, είναι ελεύθερος να εμβαθύνει στην αλήθεια της ύπαρξής του”*. Από τον ίδιο χώρο του υπαρξισμού, ο Gotesky (1965), διαχωρίζει τη φυσική μόνωση (όταν δεν βρισκόμαστε στον ίδιο χώρο με άλλους ανθρώπους), από τη μοναξιά, ως απόρροια της απόρριψης και το αποκλεισμού μας από τους άλλους, ενώ επιθυμούμε να είμαστε μέρος της ομάδας τους. Και τη μοναξιά που μας υπαγορεύει η μοναχική μας διαδρομή σε αυτή τη ζωή από την επιλεγμένη μοναξιά, που είναι απαλλαγμένη από πόνο και δυσφορία (Mijuskovic, 1977).

Ο Sartre (1957) με τη γνωστή πλέον διαπίστωση ότι : *«Η κόλαση είναι οι άλλοι»*, κατατάσσει τη μοναξιά στις αρνητικές αντιδράσεις του ανθρώπου που εκδηλώνονται είτε ως παραίτηση, είτε ως απελπισία. Γνωρίζοντας ότι οι *άλλοι* υπάρχουν, οδηγούμαστε στην οδυνηρή διαπίστωση της προσωπικής μας μόνωσης.

Ο Nietzsche (1844-1900), διαχωρίζει τη μόνωση από τη μοναξιά μέσα στο πλήθος. Η ειδοποιός διαφορά για τον ίδιο είναι ότι στην πρώτη περίπτωση, ο ίδιος ο άνθρωπος *“κατατρώει”* τον εαυτό του, ενώ στη δεύτερη *“κατατρώγεται”* από το πλήθος που τον περιβάλει.

Ο αυστροεβραίος φιλόσοφος, Martin Buber (1878-1965), έχει σχετικά αναφέρει ότι *“Η μοναξιά είναι ο τόπος του εξαγνισμού”*, περιγράφοντάς τη ως αναγκαίο στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι μέσα από την αληθινή αλληλεπίδραση με τους άλλους, το άτομο κατανοεί τη μοναδικότητά του.

Ψυχολογική προσέγγιση της μοναξιάς

Το αίσθημα του ‘ανήκειν’, για αρκετούς ψυχολόγους αποτέλεσε εφελτήριο, προκειμένου να μελετήσουν και να ερμηνεύσουν τη μοναξιά. (Rank, 1929. Baumeister & Leary, 1995. Kelly, 2001).

Σύμφωνα με το Fromm (1941) η πεποίθηση ότι ανήκουμε, μέσα από κοινές αξίες και έννοιες με κάποιους άλλους, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα απέναντι στη μοναξιά. Επομένως, η κοινωνική επαφή είναι αρκετή ώστε να καλύψει την ανάγκη μας να ανήκουμε; *«όταν ο συναισθηματικός δεσμός δεν χαρακτηρίζεται από σταθερότητα, αμοιβαία φροντίδα και μελλοντική προοπτική, τότε η ανάγκη μας να συνεχίσουμε να υπάρχουμε σε αυτόν, δεν ικανοποιείται»* (Baumeister & Leary, 1995, σελ.500).

Σύμφωνα με τη θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων του Sullivan (1953), η έννοια του εαυτού διαμορφώνεται τόσο μέσα από τα συναισθήματα που νιώθει το άτομο όταν συναναστρέφεται τους άλλους, όσο και μέσα από τις αντανακλώμενες εκτιμήσεις, αναφορικά με τα στοιχεία που επιδοκιμάζονται ή αποδοκιμάζονται από τους άλλους. Αναφερόμενος στη μοναξιά τη χαρακτηρίζει ως δυσάρεστη εμπειρία αλλά και ως κινητήριο δύναμη, για την αναζήτηση διαπροσωπικών σχέσεων. Σε – εν μέρει – συμφωνία με τις απόψεις του Sullivan, η Fromm-Reichmann (1959) θεωρεί ότι η αληθινή μοναξιά μπορεί να είναι αποδιοργανωτική, μη δημιουργική και παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχικής διαταραχής.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η μοναξιά αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας, είτε ως κατάσταση με ενιαία οντότητα, δηλαδή μονοδιάστατη (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980. Russell, 1996. Perlman & Peplau, 1981/1982), ή ως φαινόμενο που περικλείει πολλές οντότητες, δηλαδή πολυδιάστατη (Weiss, 1973. Schmidt & Sermat, 1983. DiTommaso & Spinner, 1993). Για τους υποστηρικτές της πρώτης άποψης, η μοναξιά είναι ένα ενιαίο φαινόμενο που παραμένει ίδιο ανεξαρτήτως περιστάσεων και αιτιών που το προκαλούν. Δεν διαχωρίζουν, λόγου χάρη, τη μοναξιά που νιώθει ένας στρατιώτης εξαιτίας της έλλειψης των αγαπημένων του, από τη μοναξιά που βιώνει το άτομο, εξαιτίας της διακοπής μιας ερωτικής σχέσης (Cramer & Barry, 1999). Έτσι, λοιπόν, κατασκεύασαν εργαλεία μέτρησης τα οποία να είναι σε συμφωνία με τον ενιαίο χαρακτήρα της μοναξιάς.

Οι θεωρητικοί της δεύτερης άποψης αποδίδουν στη μοναξιά τις εξής τρεις διαστάσεις (De Jong Gierveld, 1987/1989). Η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει τα λεγόμενα ‘στερητικά συστατικά’, αισθήματα που

απορρέουν από την απουσία ερωτικού δεσμού, αισθήματα κενού ή εγκατάλειψης. Η δεύτερη διάσταση αφορά στη χρονική προοπτική της μοναξιάς, υπό την έννοια της σταθερότητας/ελεγχιμότητας (εάν λογίζεται ως κατάσταση που μπορεί να αλλάξει ή όχι) και της αιτιακής απόδοσης (απόδοση ευθυνών στους άλλους ή στον εαυτό του). Η τρίτη και τελευταία διάσταση περιλαμβάνει τις διαφορετικές μορφές του συνοδευτικού συναισθήματος της μοναξιάς (θλίψη, ντροπή, θυμός, ενοχή, απόγνωση) (Shute & Howitt, 1990). Έτσι λοιπόν, λαμβάνοντας υπόψη ότι δεν μπορεί να ταυτιστεί, και άρα να μετρηθεί το ίδιο, η μοναξιά που νιώθει παραδείγματος χάρη, μία χήρα με τη μοναξιά που νιώθει ένας φοιτητής που φεύγει από το σπίτι του για σπουδές, κατασκεύασαν κλίμακες που να είναι σε συμφωνία με τις προαναφερόμενες διαστάσεις του φαινομένου.

Από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα ξεκίνησαν οι πρώτες ερευνητικές εργασίες για τη μοναξιά. Οι κυρίαρχες προσεγγίσεις που συνόδεψαν τις παραπάνω προσπάθειες ήταν: η θεωρία των κοινωνικών αναγκών, με κύριο εκπρόσωπό τους τον Robert Weiss, και η θεωρία των γνωστικών διεργασιών, όπως αυτή διατυπώθηκε από τους Anne Peplau και Daniel Perlman (1982).

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η συμβολή του Αμερικανού κοινωνιολόγου Albert Weiss (1973/1974), στην κατανόηση των διαστάσεων της μοναξιάς, υπό το πρίσμα της *θεωρίας των κοινωνικών αναγκών (social needs theory)*. Σύμφωνα με αυτήν, η μοναξιά είναι η αντίδραση του ανθρώπου σε ένα ή περισσότερα ελλείμματα στις σχέσεις του και εκδηλώνεται ως έντονη επιθυμία σύναψης σχέσεων με άλλους. Τα ελλείμματα εντοπίζονται σε επίπεδο δεσμού, κοινωνικής ενσωμάτωσης, δυνατότητας για παροχή φροντίδας, επιβεβαίωσης της προσωπικής αξίας, αξιόπιστης συμμαχίας και καθοδήγησης.

Πιο αναλυτικά:

- Όταν η *ανάγκη για δεσμό*, δεν ικανοποιείται σε σχέσεις που παρέχουν ασφάλεια όπως, ο γάμος, η φιλία, οι συγγενικές σχέσεις, το άτομο βιώνει μοναξιά.
- Όταν η *κοινωνική ενσωμάτωση του ατόμου* σε ένα κοινωνικό δίκτυο, που του δίνει τη δυνατότητα να μοιράζεται απόψεις, να ανταλλάσσει πληροφορίες με άλλους, να ερμηνεύει γεγονότα ή ακόμα και να αντλεί συντροφικότητα, απουσιάζει, το άτομο νιώθει πολλές φορές ανία (επώδυνη μορφή).
- Όταν η *ανάγκη να έχει τη δυνατότητα να παράσχει φροντίδα* προς ένα άλλο άτομο (λ.χ παιδί) εκλείπει

– υπό την έννοια ότι, η αίσθηση ότι είναι απαραίτητος για κάποιον άλλον δεν υφίσταται – ενισχύεται η μοναξιά.

- Όταν το άτομο νιώθει πως δεν *επιβεβαιώνεται η προσωπική του αξία* και πως δεν αναγνωρίζεται ως ικανό για την άσκηση ενός κοινωνικού ρόλου, είναι πολύ πιθανό να βιώνει μοναξιά.
- Όταν δεν ικανοποιείται η *ανάγκη για αξιόπιστη συμμαχία*, μέσα από συγγενικά και μη πρόσωπα το άτομο νιώθει αβοήθητο και ευάλωτο.
- Όταν η *ανάγκη του ατόμου για καθοδήγηση* από κάποιον πιο έμπειρο από αυτόν, δεν ικανοποιείται, τότε δεν είναι λίγες οι φορές που το άτομο νιώθει αβοήθητο να ανταπεξέλθει σε μια αγχογόνα και δυσχερή κατάσταση. (Weiss, 1973)

Η προσέγγιση των *γνωστικών διεργασιών* υποστηρίζει ότι η μοναξιά προκύπτει όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των επιθυμητών και των πραγματικών σχέσεων που έχει αναπτύξει (Rubenstein, Shaver & Peplau, 1979). Οι εκπρόσωποι της δίνουν έμφαση στις υποκειμενικές εμπειρίες, το υποκειμενικό βίωμα, καθώς και στη γνωστική διάσταση της μοναξιάς (Dykstra & De Jong Gierveld, 1994. Perlman & Peplau, 1981. Lopata, 1969). Αν οι διαπροσωπικές σχέσεις βρίσκονται κάτω από το προσωπικό, επιθυμητό επίπεδο, τότε το άτομο νιώθει μοναξιά. Αν πάλι το επίπεδο των κοινωνικών του επαφών είναι υψηλό, τότε νιώθει εισβολή ή παραβίαση του ιδιωτικού του χώρου (Peplau & Perlman, 1982).

Συναφής με τη γνωστική προσέγγιση είναι και αυτή του Young (1979) από το χώρο του γνωστικού συμπεριφορισμού, ο οποίος εισήγαγε την ιδέα της κοινωνικής ενίσχυσης. Η μοναξιά προκύπτει όταν η αλληλεπίδραση μεταξύ σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς καταλήγει σε απουσία ή μείωση των αναγκαίων κοινωνικών ενισχύσεων. Έκανε λόγο για τρία είδη μοναξιάς: καταστασιακή, χρόνια και παροδική. Η *καταστασιακή μοναξιά* είναι αποτέλεσμα της ξαφνικής απώλειας βασικών κοινωνικών συνδέσεων. Η *χρόνια μοναξιά* εξελίσσεται όταν ελλείμματα στη συμπεριφορά ή παράλογες πεποιθήσεις, καθιστούν αδύνατο για το άτομο να καθιερώσει ικανοποιητικές σχέσεις ή θετικά ενισχυμένες δραστηριότητες. Τέλος, η *παροδική μοναξιά*, προκύπτει όταν το άτομο καταφεύγει σε εσφαλμένες ερμηνείες των γεγονότων, συμπεραίνοντας ότι οι σχέσεις του είναι ανεπαρκής, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι. Η

μοναξιά για το Young, συνδέεται με τρεις διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις (θλίψη, ανησυχία ή θυμό) και εξαρτάται από τη γνώση που συνοδεύει την πίστη ότι το άτομο είναι μόνο του (Young, 1979).

Είδη μοναξιάς

Υπαρξιακή Μοναξιά

Για τη μέχρι τώρα έρευνα, η υπαρξιακή μοναξιά, υπήρξε ένα θέμα αρκετά περιορισμένο σε αναφορές καθώς και σε εμπειρικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, μια εμπλουτισμένη έρευνα των Ettema και συν. (2010), αναφορικά με τις μελέτες γύρω από την υπαρξιακή μοναξιά, βρήκαν ότι μόλις 27 ήταν σχετικές με το θέμα.

Σε μεταγενέστερη έρευνά της η Dolega (2015) σε φοιτητές προερχόμενοι από οικογένειες όπου το ένα μέλος εκλείπει, εξαιτίας της οικονομικής μετανάστευσης, βρέθηκε πως η υπαρξιακή μοναξιά έχει την ισχυρότερη (αρνητική) συσχέτιση με την ψυχολογική ευημερία, συγκριτικά με τα υπόλοιπα είδη της. Ακόμη, έρευνα σε ευπαθείς υπέργηρους, θέλει την υπαρξιακή μοναξιά να ταυτίζεται – μεταξύ άλλων- με την έλλειψη σκοπού και νοήματος καθώς και με την απουσία μοιράσματος με τους άλλους (Sjöberg, Beck, Rasmussen, & Edberg 2017). Επιπλέον να αναφέρουμε πως, η παρατεταμένη βίωση υπαρξιακής μοναξιάς καθιστά τα άτομα ευάλωτα στην κοινωνική επιρροή, στο να σκέφτονται αρνητικά για τον εαυτό τους και να θεωρούν πως στη ζωή τους “δεν υπάρχει νόημα” (Costello & Long, 2014. Pinel, Long & Crimin, 2010). Ωστόσο να τονίσουμε πως η υπαρξιακή μοναξιά δεν οδηγεί πάντοτε σε αρνητικές εμπειρίες (Ettema, Derksen, & van Leeuwen, 2010) αφού είναι δυνατό να συμβάλλει στην ωριμότητα και την εσωτερική μας ανάπτυξη (Brown, 1996).

Προχωρώντας σε σύνθεση των μελετών τους οι Ettema και συν., διαπίστωσαν πως υπάρχει σύγχυση αναφορικά με τον ορισμό της υπαρξιακής μοναξιάς. Θέλοντας να αποσαφηνίσουν το πλαίσιο της, της αποδίδουν τις εξής τρεις διαστάσεις: υπαρξιακή μοναξιά ως *πανανθρώπινη κατάσταση*, υπαρξιακή μοναξιά ως *εμπειρία* (βίωμα) αυτής της κατάστασης, η υπαρξιακή μοναξιά ως *διαδικασία/πορεία εσωτερικής ανάπτυξης*, που είναι πιθανό να απορρέει από τη βιωμένη εμπειρία.

Πιο αναλυτικά, η διάσταση της μοναξιάς ως ανθρώπινη κατάσταση (Gaev, 1976), αντανακλά τη

θέση ότι το άτομο είναι πάντοτε μόνο και βασικά διαχωρισμένο από τους άλλους (Moustakas, 1961. Booth, 1997. Collins, 1989), ένα μοναχικό ανθρώπινο ον. Με άλλα λόγια, η υπαρξιακή μοναξιά, ως πανανθρώπινη κατάσταση, είναι «υπεύθυνη» για τις μετέπειτα διαστάσεις, εφόσον παίζει βασικό ρόλο στην ενεργοποίηση των εμπειριών και πιθανόν της εσωτερικής πορείας ανάπτυξης (Ettema, Derksen, & van Leeuwen, 2010).

Συνεχίζοντας, η βίωση αυτής της καθολικής εμπειρίας της μοναξιάς, αφορά στην απουσία οποιασδήποτε σχέσης. Το συναίσθημα που απορρέει από τη βίωση υπαρξιακής μοναξιάς, μπορεί να είναι θετικό και αρνητικό. Θετικό χαρακτηρίζεται, όταν η μοναξιά αποτελεί μια δύναμη με σκοπό την ανάπτυξη. Όταν αποτελεί θετική εμπειρία που οδηγεί το άτομο σε μια συναρπαστική αίσθηση της μοναδικότητας και της ατομικότητάς του (Moustakas, 1961). Διαφορετικά, μπορεί να είναι μια εξαιρετικά τρομακτική και ιστοπεδωτική εμπειρία «κενού», «απουσίας» και «ανυπαρξίας». Αυτή η τελευταία εκδοχή, συναντάται περισσότερο στη βιβλιογραφία (Sand & Strang, 2006. Carter, 2000). Επομένως, η υπαρξιακή μοναξιά ως εμπειρία, αντανακλά τον συναισθηματικό αντίκτυπο της μοναχικότητας της ανθρώπινης ύπαρξης και των λειτουργιών αυτής, ως κατάσταση μέσω της οποίας είναι πιθανό το άτομο να στραφεί προς μια διαδικασία εσωτερικής ανάπτυξης (Ettema, Derksen, & van Leeuwen, 2010).

Τέλος, η υπαρξιακή μοναξιά ως διαδικασία εσωτερικής ανάπτυξης, αφορά στο μετασχηματισμό της αρνητικής εμπειρίας, που ενέχει η μοναχικότητα της ανθρώπινης φύσης, σε θετική (Moustakas, 1961. Moustakas, 1972. Yalom, 1980. Booth, 1997. Carter, 2000). Δεν είναι απίθανο, οι άνθρωποι με αφορμή μια προσωπική κρίση, να έρχονται αντιμέτωποι με την υπαρξιακή μοναξιά και από αυτή τους την εμπειρία να επιδιώξουν ουσιαστικότερο νόημα στη ζωή τους (Mayers, Naples & Nilsen, 2005). Αυτή η διαδικασία εσωτερικής ανάπτυξης είναι αποτέλεσμα των δυνατοτήτων μας ως ανθρώπινα όντα και υποδεικνύει πως η εμπειρία μας από την υπαρξιακή μοναξιά, το συναίσθημα που φέρουμε, είναι ικανή να μας μετασχηματίσει, διαμέσου της ανανεωμένης/αναθεωρημένης συσχέτισης με τον εαυτό μας, τους άλλους και τον κόσμο (Ettema, Derksen, & van Leeuwen, 2010).

Συνεχίζοντας την ανασκόπηση της υπαρξιακής μοναξιάς, θα παραθέσουμε τις απόψεις του Moustakas (1961) στο βιβλίο του «Μοναξιά», όπου ξεχωρίζει μια αγχώδη και μια υπαρξιακή μοναξιά και έμμεσα ή άμεσα μας παροτρύνει να έχουμε το θάρρος να περνάμε από την πρώτη στη δεύτερη. Ο ίδιος

αναφέρει ότι «...Η ίδια η απεραντοσύνη της ζωής παράγει το συγκινησιακό κλίμα της υπαρξιακής μοναξιάς, την αχανή εντύπωση του αέρα, του χρόνου, του χώρου, τις απύθμενες λειτουργίες του σύμπαντος. Η συνεχής, αιώνια κατάσταση της ζωής του ανθρώπου δεν είναι η αγάπη αλλά η μοναξιά. Η αγάπη είναι ένα σπάνιο και πολύτιμο άνθος αλλά η μοναξιά διαπερνά κάθε καινούργια μέρα και κάθε καινούργια νύχτα...». Οι άνθρωποι αν και λαχταρούν να συναναστραφούν και να βρουν αγάπη, εν τούτοις εμποδίζονται από τους δικούς τους ακυρωτικούς φόβους. Προέλευση των φόβων, αποτελούν η έλλειψη αγάπης και παραμέλησης κατά τις κρίσιμες περιόδους ανάπτυξής τους ως παιδί. Στην έλλειψη και την παραμέληση, ο Tillich (1980) έρχεται να προσθέσει και την απόρριψη. Πιο συγκεκριμένα αναφέρει πως, τα άτομα επιλέγουν να αποσυρθούν στη μοναξιά τους, παίρνοντας με αυτό τον τρόπο εκδίκηση για την πικρία και την εχθρότητα αυτών, από τους οποίους αισθάνονται ότι έχουν απορριφθεί, απολαμβάνοντας, την ίδια στιγμή, τον πόνο που τους προκαλείται.

Ο ψυχίατρος Yalom (1998, σε Nilsson και συν., 2006), βασισμένος σε κλινικές παρατηρήσεις, εκτός των άλλων μορφών μόνωσης, παρατηρεί ότι το άτομο που βιώνει υπαρξιακή μοναξιά είναι σε διαχωρισμό από τον κόσμο, αντιμέτωπο με το άγχος που του προκαλεί η μηδαμινότητα της ύπαρξής του και η ελευθερία του. Δεν μένει όμως μόνο σε αυτό. Στη συνέχεια υποστηρίζει ότι, εάν ο άνθρωπος δεν καταφέρει να αναπτύξει την εσωτερική του δύναμη καθώς και την αίσθηση της προσωπικής του αξίας, είναι πιθανό η υπαρξιακή μοναξιά να επηρεάσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Με άλλα λόγια ο ίδιος υποστηρίζει ότι υπαρξιακή και διαπροσωπική μόνωση είναι άρρηκτα συνυφασμένες (Yalom, 1980).

Η παραπάνω θέση, που θέλει τη μοναξιά ως πηγή υπαρξιακού άγχους, επηρέασε τον Mijuskovic (1977.1979) ο οποίος υποστήριξε ότι η μοναξιά, ως γενική ιδέα αλλά και συναίσθημα, αποτελεί βασική δομή της ανθρώπινης συνείδησης. Ο ίδιος θεωρεί ότι ο άνθρωπος είναι ψυχολογικά και μεταφυσικά μόνος στον κόσμο. Πρόκειται για την πρωταρχική και αναπόφευκτη κατάσταση της ύπαρξής μας για την οποία δεν μπορεί να βρεθεί μόνιμη θεραπεία.

Στα παραπάνω έρχεται να προστεθεί η άποψη και άλλων συγγραφέων του υπαρξισμού, (Burton, 1961. Landau, 1980. Mijuskovic, 1977. Moustakas, 1961. Vanden Bergh, 1963. σε Mayers & Svartberg, 2001. Von Witzleben, 1958), οι οποίοι υποστήριξαν ότι εφόσον γεννιόμαστε σε έναν κόσμο που η

επικοινωνία με τους άλλους είναι αδύνατο να είναι τέλεια, και το μόνο σίγουρο συμβάν είναι ο θάνατος, είναι σχεδόν απίθανο να μην αναδυθεί η αίσθηση της υπαρξιακής μοναξιάς. Έτσι, οι πράξεις μας πυροδοτούνται από την επιθυμία μας να αποδράσουμε από την αίσθηση του εγκλωβισμού, που απορρέει από αυτή την «τρομακτική» κατάσταση, που είναι η υπαρξιακή μοναξιά (Heidegger, 1962. Mijuskovic, 1985 σε Mayers & Svartberg, 2001).

Κοινωνική και Συναισθηματική Μοναξιά

Ο Weiss (1973), επηρεασμένος από τις θέσεις του Bowlby (1969) σχετικά με τη συμπεριφορά δεσμού, θεώρησε πως μηχανισμοί, όπως είναι η μοναξιά, οι οποίοι προάγουν την εγγύτητα, μπορούν να βελτιώσουν την επιβίωση του ατόμου και να τη θέσουν σε πιο εξελικτική βάση. Στο Weiss (1973), οφείλουμε την έως σήμερα γενικώς παραδεκτή και εμπειρικά τεκμηριωμένη τυπολογία της μοναξιάς, σε συναισθηματική μοναξιά και κοινωνική μοναξιά.

1. Συναισθηματική μοναξιά ή μοναξιά της συναισθηματικής απομόνωσης: είναι αποτέλεσμα της απουσίας ενός στενού και σταθερού συναισθηματικού δεσμού και μειώνεται με τη διαμόρφωση ενός άλλου δεσμού του ίδιου τύπου ή την επανόρθωση αυτού που χάθηκε. Η απουσία αυτού του δεσμού μπορεί να οδηγήσει το άτομο ώστε να νιώθει άγχος, απομόνωση και εγκατάλειψη.
2. Κοινωνική μοναξιά ή μοναξιά της κοινωνικής απομόνωσης: είναι αποτέλεσμα της απουσίας ενός δικτύου κοινωνικών σχέσεων και μειώνεται με την πρόσβαση του ατόμου σε αυτό. Η απουσία αυτή μπορεί να προκαλέσει ανία και έλλειψη σκοπού στη ζωή.

Η συναισθηματική απομόνωση λαμβάνει χώρα όταν το άτομο υποφέρει από έλλειψη στενής συναισθηματικής επαφής και εγγύτητας με ένα άλλο άτομο, ενώ η κοινωνική απομόνωση όταν το άτομο υποφέρει από έλλειψη ενός κοινωνικού δικτύου στο οποίο νιώθει ότι ανήκει. Η μεν πρώτη *διάσταση* «ενισχύει την αίσθηση του κενού και το άγχος», ενώ η *δεύτερη* «συνδέεται με περιθωριοποίηση, ανία και έλλειψη σκοπού» (Russell, Cutrona, Rose & Yurko, 1984). Επιπλέον, ο Weiss (1973) υποστηρίζει ότι η συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά είναι συμπληρωματικές και όχι εναλλακτικές. Με άλλα λόγια, η

απουσία συναισθηματικής μοναξιάς δεν αντισταθμίζει την έλλειψη κοινωνικών δεσμών, ούτε και το αντίστροφο.

Η μοναξιά, επομένως, ορίζεται ως αντίδραση του ανθρώπου σε ένα ή περισσότερα πραγματικά ελλείμματα, τα οποία προκύπτουν από τη μη ικανοποίηση βασικών κοινωνικών αναγκών, όπως: *ανάγκη για δεσμό, ανάγκη για κοινωνική ενσωμάτωση, ανάγκη για δυνατότητες παροχή φροντίδας, ανάγκη για επιβεβαίωση της προσωπικής αξίας, ανάγκη για αξιόπιστη συμμαχία και ανάγκη για καθοδήγηση* (Weiss, 1974).

Στη συνέχεια οι ερευνητές προκειμένου να κατανοήσουν καλύτερα τους καθοριστικούς παράγοντες της μοναξιάς, κατασκεύασαν τις εξής κλίμακες, με βάση την τυπολογία του Weiss, όπως: De Jong Gierveld *loneliness scale* (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999a, 1999b. Dykstra & De Jong Gierveld, 2004. Van Baarsen, Snijders, Smit, & Van Duijn, 2001) *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA)* (DiTommaso & Spinner, 1993. Ernst & Cacioppo, 1998). *UCLA Loneliness Scale (Version 3)* (Russell, Paplau & Ferguson 1978. Russell, 1996).

Επιπλέον, στη βιβλιογραφία συναντώνται και άλλα είδη μοναξιάς όπως: *πολιτισμικά προσδιορισμένη μοναξιά*, η *αυτοεπιβαλλόμενη μοναχικότητα*, η *εξαναγκαστική μοναχικότητα*, η *απομόνωση* και η *πραγματική μοναξιά* (Fromm-Reichmann, 1959). Σύμφωνα με τους Sadler & Johnson (1980), η *πολιτισμική μοναξιά*, είναι πολύ συχνή ανάμεσα στους μετανάστες και προκύπτει όταν οι ίδιοι αντιληφθούν ότι ο δεσμός με την πολιτιστική τους κληρονομιά έχει κλονιστεί. Έχοντας ως αφετηρία ότι ένα άτομο μπορεί να νιώσει μοναξιά ακόμα και αν δεν είναι μόνο του, ακόμα και όταν σχετίζεται με τους άλλους, ο Dan Kiley (1989) έκανε λόγο για τη *συμβιωτική μοναξιά*, η οποία απαντάται σε 10 έως 20 εκατομμύρια Αμερικάνους.

Ακόμα, η Peplau (1955) στο άρθρο τη με τίτλο «Μοναξιά» κάνει διαχωρισμό μεταξύ *κυριολεκτικής μοναχικότητας*, όταν κάποιος είναι μόνος χωρίς παρέα, *μη ηθελημένης/ακούσιας μοναχικότητας*, όταν το άτομο επιθυμεί να είναι μαζί με άλλους και *μοναξιάς*, όταν το άτομο βιώνει τη μοναξιά με επώδυνο τρόπο και καταφεύγει στην υιοθέτηση αμυντικών συμπεριφορών.

Ευεργετική Μοναξιά

Ο άνθρωπος από τη φύση του είναι ον κοινωνικό. Αναζητά και απολαμβάνει την παρέα των άλλων και ορισμένες φορές ίσως να επινοεί πράγματα προκειμένου να αποφύγει να μείνει μόνος του. Η συνεχής τάση του όμως για κοινωνική αλληλεπίδραση μπορεί να αποβεί καταπιεστική. Έτσι, λοιπόν, ο χρόνος με τον εαυτό του τον βοηθάει να «ανακουφιστεί» από τις καθημερινές πιέσεις και αποτελεί μια καλή ευκαιρία για προσωπική, πνευματική και δημιουργική ανάπτυξη (Burger, 1998. Koch, 1994). Η ευεργετική μοναξιά συχνά συνδέεται με πιο θετικές «απολαβές» για το άτομο, και μπορεί να λογιστεί ως μέσο για αναζωογόνηση και χαλάρωση (Rokach, 1990). Πρόκειται για τη μορφή μοναχικότητας κατά την οποία λαμβάνει χώρα η δημιουργική δραστηριότητα και η ανάπτυξη της προσωπικότητάς του (Larson, 1999. Moustakas, 1961). Σε συμφωνία με το παραπάνω, η ευκολία στην ανάπτυξη και καλλιέργεια δημιουργικών ταλέντων, έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με την ικανότητα του ανθρώπου να μένει μόνος του (Csikszentmihalyi, 1996).

Αν και στις περισσότερες έρευνες, το είδος της μοναξιάς που ερευνάται είναι η επώδυνη μοναξιά, εν τούτοις υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που προτιμούν να είναι μόνοι τους, δίχως να ενοχλούνται από την απόσταση που έχουν επιλέξει να πάρουν από τα άτομα με τα οποία διατηρούν κάποιο δεσμό (Franklin, 2009). Το τελευταίο αφορά στη θετική πλευρά της μοναξιάς, την *ευεργετική μοναξιά (solitude)*, και σχετίζεται με την εκούσια απόσυρση από τις καθημερινές ασχολίες και τη μετατόπιση του ενδιαφέροντος σε πιο υψηλούς στόχους όπως: περισυλλογή και επικοινωνία με το θεό (Zimmerman, 1785/1786). Σήμερα, η ευεργετική μοναξιά έχει να κάνει περισσότερο με την ανάγκη για ιδιωτικό χώρο και χρόνο (“privacy”). Πρόκειται για την ελεύθερη επιλογή του να μην συνδεόμαστε με τους άλλους (De Jong Gierveld et al., 2006).

Σε μια εκτεταμένη μελέτη για την ευεργετική μοναξιά οι Long & Averill (2003) την ορίζουν ως «κατάσταση όπου κανείς είναι μόνος του, χωρίς άλλους γύρω του ή υπό την παρουσία των άλλων, χωρίς όμως να αλληλεπιδρά μαζί τους» (σ. 579). Τα μέρη όπου συνήθως οι άνθρωποι επιλέγουν να «απολαύσουν» τη μοναχικότητά τους, είναι το σπίτι και τα δημόσια μέρη, όπως οι καφετέριες ή στη φύση (Long & Averill

(2003).

Η δημιουργική αυτή μορφή μοναξιάς προϋποθέτει την ικανότητα του ανθρώπου να είναι μόνος του και έχει θεωρηθεί ως μια κορυφαία ένδειξη συναισθηματικής ωριμότητας (Winnicott, 1965). Οι εμπειρίες που αποκομίζει το άτομο σε μια κατάσταση ηθελημένης μοναξιάς, θεωρούνται ιδιαίτερης σημασίας για τη διαμόρφωση μιας ασφαλούς ταυτότητας (Buchholz & Catton, 1999).

Στη βιβλιογραφία συναντάται ως συναφής έννοια με την *αίσθηση του ιδιωτικού* (“*privacy*”), και συνήθως αφορά στην ικανότητα του ατόμου να ελέγχει το βαθμό παρείσφρησης άλλων ατόμων ή καταστάσεων στη ζωή του (Pederson, 1999. Westin, 1967). Ένα άτομο απολαμβάνει την ευεργετική μοναξιά, ακόμα και όταν είναι φυσικά παρόν σε μια παρέα, δίχως να είναι στη σφαίρα της άμεση επιρροής από τους άλλους (Long, Seburn, Averill, & More, 2003).

Ωστόσο, αρκετοί άνθρωποι δεν διάκινται θετικά προς την απομόνωση, δηλαδή δεν επιθυμούν να μένουν μόνοι τους (Buchholz & Catton, 1999). Άλλοι πάλι επιθυμούν, εντούτοις, την εμπλοκή τους σε κοινωνικές συναναστροφές και δραστηριότητες, ενώ άλλοι προτιμούν τις μοναχικές ενασχολήσεις (Leary, Herbst, & McCraya, 2003). Η προτίμηση για εκούσια μόνιακότητα έχει βρεθεί ότι σχετίζεται τόσο με το χρόνο που έχουν στη διάθεσή τους τα άτομα, όσο και από το βαθμό αποτίμησης της κατάστασης ως ευχάριστης (Burger, 1995).

Από την παιδική ηλικία και στην πορεία της ενήλικης ζωής, ο άνθρωπος περνάει ολοένα και περισσότερο χρόνο μόνος του. Συγκεκριμένα, οι ενήλικες φαίνεται ότι περνούν το 29% του χρόνου τους μένοντας μόνοι (Larson, Csikszentmihalyi, & Graef, 1982).

Για να μπορέσει το άτομο να επωφεληθεί από τη μοναξιά του, προϋποθέτει την ικανότητά του να επιβιώνει ακόμα και όταν δεν υπάρχει άμεση κοινωνική ενίσχυση (Larson, 1990). Για να το επιτύχει θα πρέπει να συντελεστεί το εξής παράδοξο· μέχρι το τέλος της παιδικής του ηλικίας, να βιώσει την εμπειρία να είναι μόνο του υπό την παρουσία της μητέρας του (Winnicott, 1958). Η μητέρα θα το βοηθήσει μέσω της ικανοποίησης των αναγκών του – για κατανόηση, αποδοχή, αυθεντική αλληλεπίδραση – να οικοδομήσει εμπιστοσύνη σε ένα καλό περιβάλλον (Klein, 1975), ώστε να μπορέσει αρχικά και μετέπειτα να

απολαμβάνει τις στιγμές της μοναξιάς του.

Ασκώντας κριτική στη θεωρία του Bowlby (1969), αναφορικά με την έμφαση που δόθηκε στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις, ο Αμερικανός ψυχίατρος-ψυχαναλυτής Storr (1988), τόνισε τη σημασία του χρόνου που ο άνθρωπος είναι μόνος του, επικαλούμενος παραδείγματα ανθρώπων που αποσύρθηκαν από τα κοινά για να «συνδεθούν» καλύτερα με τον εαυτό τους ή το Θεό, όπως ο Ιησούς και ο Βούδας.

Από τις ελάχιστες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί επί της ευεργετικής μοναξιάς των ενηλίκων έχει προκύψει ότι υφίσταται πλήθος ωφελειών (Long, Seburn, Averill, & More, 2003), συγκεκριμένα:

1. *Ανωνυμία και συνδεόμενη μαζί της Ελευθερία*: το άτομο απολαμβάνει να ενεργεί όπως επιθυμεί την κάθε στιγμή, το διάστημα που είναι μόνο του, δίχως να το νοιάζουν τα κοινωνικά σχόλια ή το τι οι άλλοι μπορεί να σκέφτονται για αυτόν.
2. *Δημιουργικότητα*: το άτομο αξιοποιεί το χρόνο του εφευρίσκοντας ιδέες, καλλιεργώντας πιο δημιουργικούς τρόπους έκφρασης, είτε μέσω της τέχνης, της ποίησης και άλλων συναφών ενασχολήσεων, είτε μέσω της περισυλλογής του πάνω σε ένα ζήτημα.
3. *Εσωτερική γαλήνη*: το άτομο επωφελείται από την ηρεμία και τη χαλάρωση που του προσφέρει η μόνωσή του, απαλλαγμένο από τις πιέσεις της καθημερινότητας.
4. *Ψυχολογική εγγύτητα*: το άτομο πετυχαίνει να ενδυναμώσει τους δεσμούς του με κοντινά του πρόσωπα δια μέσου της απουσίας τους. Αν και μόνο του, «αισθάνεται» ζεστασιά και ένωση με το πρόσωπο που τον ενδιαφέρει.
5. *Επίλυση προβλημάτων*: το άτομο έχει τη δυνατότητα να συλλογιστεί πάνω σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή σε μια απόφαση που καλείται να πάρει, με σκοπό την εξεύρεση λύσεων.
6. *Ανακάλυψη του εαυτού*: το άτομο στρέφεται προς τον εαυτό του, τις βασικές αρχές και αξίες του, κάνοντας απολογισμό των «δυνατών» και τρωτών του σημείων.
7. *Πνευματικότητα*: το άτομο τοποθετεί τον εαυτό του σε μια υπερβατική πνευματική κατάσταση, μέσω

της οποίας βιώνει ένωση με το Θεό, το σύμπαν, τη φύση. Αρκετές θρησκευτικές προσωπικότητες όπως ο Ιησούς, ο Μωσής, ο Βούδας, προφήτες και μυστικιστές, κάνουν λόγο για αυτή τη «θεϊκή» ένωση (Suedfeld, 1982).

Σε συμφωνία με την άποψη των παραπάνω συγγραφέων, ο Altman (1975) χαρακτηρίζει το χρόνο που αφιερώνουμε στον εαυτό μας, ως μια καλή ευκαιρία για να οργανώσουμε τι σκέψεις μας και να αξιοποιήσουμε την εμπειρία από παρελθούσες καταστάσεις, ώστε να προετοιμαστούμε καλύτερα για τις μελλοντικές κοινωνικές προκλήσεις. Αρκετοί ερευνητές από το χώρο της ψυχιατρικής, κατατάσσουν σε ένα από τα οφέλη της ευεργετικής μοναξιάς, την αποτροπή της κλιμάκωσης της αγωνίας και του αποδιοργανωτικού άγχους σε κλινικούς πληθυσμούς (αναφερόμενοι περισσότερο στους σχιζοφρενείς ασθενείς) (McReynolds, 1960. Seeman, 2017)

Από την άλλη πλευρά, όταν κανείς περνάει μεγάλα διαστήματα μόνος του, τίθεται υπό αμφισβήτηση το κατά πόσο επωφελείται ή υποφέρει από αυτό (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Ορισμένες παθολογικές καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη, συνδέονται με μεγάλα διαστήματα μόνωσης, ενώ η μεγάλη ανάγκη του ατόμου για μοναχικότητα έχει βρεθεί να αποτελεί νευρωτικό σύμπτωμα (Beck, 1967. Horney, 1945). Το άτομο αναλογιζόμενο ότι οι άλλοι είναι «πηγή» άγχους για αυτόν, δεν επιδιώκει συναλλαγές μαζί τους, με αποτέλεσμα να αποσύρεται κοινωνικά (Cheek & Buss, 1981. Leary, 1983a). Η κοινωνική αυτή απόσυρση είναι ικανή να επιφέρει συναισθηματική αποδέσμευση από τους άλλους, μειώνοντας την ικανότητα του ατόμου να συναισθάνεται (ενσυναίσθηση) και να νοιάζεται (Long & Averill, 2003).

Έτσι, λοιπόν, διαπιστώνουμε πως η «μόνωση αποτελεί ένα γρίφο: μπορεί να είναι μια από τις πιο υπέροχες αλλά και τις πιο τρομακτικές εμπειρίες που βιώνει ο άνθρωπος » (More, Long, & Averill, 2003, σελ. 224).

Αιτιολογικοί παράγοντες της Μοναξιάς

Η Ποσότητα και ποιότητα των κοινωνικών επαφών

Ο περιορισμένος κοινωνικός κύκλος ενός ατόμου, καθώς και η χαμηλή συχνότητα επαφών με τα μέλη που το αποτελούν, είναι παράγοντες που ενισχύουν τη μοναξιά του (Dykstra, van Tilburg, & de Jong

Gierveld, 2005. Pinquart & Sörensen, 2003). Οι συναναστροφές με φίλους, θεωρούνται σημαντικότερες, σε σύγκριση με τις επαφές που διατηρούν τα άτομα με μέλη της οικογένειας ή του συγγενικού περιβάλλοντος (Pinquart & Sörensen, 2003). Έτσι, τα άτομα, που για μεγάλες χρονικές περιόδους δεν έχουν φίλο/ους, ώστε να μοιραστούν κοινές δραστηριότητες και ενδιαφέροντα, βιώνουν αρκετά υψηλά ποσοστά μοναξιάς (Rook, 1984. Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Αν και σε ορισμένες έρευνες ο αριθμός των φίλων των μοναχικών και μη ατόμων ήταν ο ίδιος, αυτό που φάνηκε να διαφοροποιεί τους δύο πληθυσμούς, ήταν ο βαθμός εγγύτητας σε αυτούς (Perlman & Peplau, 1981). Ακόμα και μέσα στο γάμο, ο οποίος θεωρείται ο κυριότερος προστατευτικός παράγοντας έναντι της επώδυνης αυτής κατάστασης, οι εμπλεκόμενοι θεωρούν ότι όταν νιώθουν «δεμένοι» και ικανοποιείται η ανάγκη τους για εμπιστοσύνη, τότε νιώθουν λιγότερη μοναξιά (Olson & Wong, 2001. Perlman, Gerson, & Spinner, 1978). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα της έρευνας των Wheeler, Reis, & Nezlek (1983), όπου η ουσία των σχέσεων φαίνεται να είναι ο κυριότερος προβλεπτικός παράγοντας βίωσης μοναξιάς. Επομένως, η ποιότητα και όχι – τόσο – η ποσότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, είναι πιο πιθανό να εντείνει ή να κατευνάζει τη μοναξιά μας (Pinquart & Sörensen, 2003. Cutrona, 1982. Russell, Cutrona, Rose, & Yurko, 1984).

Πηγαίνοντας την παραπάνω ερμηνεία ακόμη πιο πέρα, αρκετοί ερευνητές υποστήριξαν ότι δεν αρκούν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά ενός κοινωνικού δικτύου, ώστε να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα για το ποσοστό μοναξιάς που βιώνει ένα άτομο (De Jong Gierveld, 1987). Θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας, πώς το ίδιο το άτομο εκτιμά τις κοινωνικές του επαφές, διότι η μοναξιά μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της απόκλισης ανάμεσα στο πραγματικό και επιθυμητό επίπεδο κοινωνικών επαφών (Peplau et al., 1979. Peplau & Perlman, 1982). Τέλος, όπως εύστοχα διαπίστωσε ο Weiss (1973), ο βαθμός ικανοποίησης από τις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους, επηρεάζει έμμεσα τα επίπεδα μοναξιάς που βιώνουμε (Kraus, Bazzini, Davis, & Church, 1993. Russell, Cutrona, Rose, & Yurko, 1984). Όταν οι κοινωνικές μας σχέσεις είναι ανεπαρκείς και δεν μας ικανοποιούν, γινόμαστε πιο μοναχικοί (Taylor, Peplau & Sears, 2003).

Τα Χαρακτηριστικά προσωπικότητας και οι ατομικές διαφορές

Αρχικά, κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση και το εισόδημα, μπορούν να περιορίσουν τις ευκαιρίες ενός ατόμου για ουσιαστική ενσωμάτωση σε ομάδες και να αυξήσουν τη μοναξιά του (Perlman & Peplau, 1981. Kraus et al., 1993). Αναφορικά με την ηλικία, η μοναξιά βιώνεται εντονότερα στην εφηβεία, στην αρχή της ενηλικίωσής μας (Rubenstein, Shaver, & Peplau, 1979. Schnittker, 2007. Perlman, 1990), καθώς και μετέπειτα στη ζωή μας (π.χ από 80 ετών και πάνω) (Pinquart & Sörensen, 2003. Shute & Howitt, 1990). Σε εκτεταμένη έρευνα αναφορικά με τη μοναξιά που βιώνουν ορισμένες ηλικιακές ομάδες, βρέθηκε ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό (79%) αναλογεί στους νέους κάτω των 18 ετών. Στις ηλικίες 45-54 ετών το ποσοστό πέφτει αισθητά (53%), ενώ λιγότερο μόνα δήλωσαν πως νιώθουν τα άτομα από 50 ετών και πάνω (Parlee, 1979). Δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο για ποιο λόγο συμβαίνει αυτό το «ηλικιακό κενό». Μπορούμε να εικάσουμε όμως ότι τα νέα άτομα είναι πιο πρόθυμα στο να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, δίχως να διστάζουν να αναφέρουν ότι αισθάνονται μοναξιά. Επιπλέον, οι νέοι έχουν να αντιμετωπίσουν περισσότερες κοινωνικές αλλαγές σε σχέση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όπως, είναι η μετάβαση στο πανεπιστήμιο, η μετακίνηση σε άλλη πόλη για σπουδές, η ευθύνη ενός δικού τους σπιτιού, ακόμα και η πρώτη τους δουλειά, είναι καταστάσεις που μπορούν να τους προκαλέσουν μοναξιά (Taylor, Peplau & Sears, 2003). Από την άλλη πλευρά, όσο οι άνθρωποι μεγαλώνουν φαίνεται πως διαθέτουν περισσότερες κοινωνικές δεξιότητες, διατηρούν πιο σταθερές κοινωνικές συναναστροφές και οι προσδοκίες τους από αυτές είναι πιο ρεαλιστικές. Τα παραπάνω αποτελούν ανθεκτικούς παράγοντες απέναντι στη μοναξιά (Weiss, 1973).

Αν και περισσότερες γυναίκες σε σχέση με τους άντρες δηλώνουν ότι νιώθουν μόνες τους, εν τούτοις δεν μπορούμε να πούμε με σιγουριά, αν αυτό αποτελεί μια πραγματικότητα, ή αν είναι απόρροια άλλων παραγόντων (Bogys & Perlman, 1985). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι, οι γυναίκες είναι πιο πρόθυμες από τους άντρες να δηλώσουν ότι βιώνουν μοναξιά, ακόμα και αν τους χορηγηθούν ερωτηματολόγια που να περιέχουν οικογένειες λέξεων της παραπάνω έννοιας (όπως, «μόνος», «μοναχικός») (Weiss, 1973. Bogys & Perlman, 1985. Pinquart & Sörensen, 2003). Μια ακόμη ερμηνεία του παραπάνω ευρήματος είναι ότι οι μοναχικοί άντρες είναι περισσότερο στιγματισμένοι από τις γυναίκες, γεγονός το οποίο επαληθεύεται και

μέσα από τις απόψεις του κοινωνικού τους περίγυρου (Lau & Green, 1992. Borys & Perlman, 1985). Ωστόσο, να διευκρινίσουμε ότι τα παραπάνω δηλώνουν τη μεγαλύτερη τάση των γυναικών προς τη μοναξιά, διότι ουσιαστικά οι, μέχρι τώρα, έρευνες έχουν δείξει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, ως προς το ποσοστό της μοναξιάς που βιώνουν (Tornstam, 1992. Saklofske & Yackulic, 1989. Russell, Peplau, & Ferguson, 1978. Russell, Peplau, & Cutrona, 1980).

Ο γάμος, όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί τον κυριότερο προστατευτικό παράγοντα έναντι της μοναξιάς (Weiss, 1973. Dykstra & Fokkema, 2007. Stack & Eshleman, 1998) με τους άντρες να αναφέρουν ότι αισθάνονται περισσότερη μοναξιά μέσα σε αυτόν (Pinquert, 2003.). Αν και τα άτομα, μέσω των συντρόφων τους, καλύπτουν τις ανάγκες τους για εγγύτητα, δεσμό και συναισθηματική υποστήριξη (Beach, Fincham, Katz, & Bradbury, 1996. Rokach, 1998. Waltz, Badura, Pfaff, & Schott, 1988), εν τούτοις η μοναξιά ως κατάσταση παρεισφρύει ακόμα και στις ζώες των παντρεμένων ζευγαριών (Taylor, Peplau, Sears, 2003). Ενδεικτικά, σε έρευνα που διεξήχθη ανάμεσα σε 4.000 Σουηδούς, 18-80 ετών, το 40% των παντρεμένων, δήλωσε ότι βιώνει μοναξιά από ορισμένες φορές έως συχνά (Tornstam, 1992). Ωστόσο να αναφέρουμε πως η ποιότητα του γάμου είναι αυτή που θα καθορίσει αν το ζευγάρι θα βιώσει μοναξιά μετέπειτα στη ζωή του (Ayalon et al., 2013. de Jong Gierveld, van Groenou, Hoogendoorn, & Smit, 2009).

Στη συνέχεια, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και το αυξημένο εισόδημα σχετίζονται αρνητικά με τη μοναξιά (Pinquart & Sörensen, 2003). Υπάρχουν ενδείξεις ότι η μοναξιά απαντάται συχνότερα στους φτωχούς (Weiss, 1973), εάν αναλογιστούμε ότι, οι άνθρωποι είναι πιο εύκολο να διατηρήσουν τις σχέσεις τους, όταν διαθέτουν χρόνο και χρήματα, με σκοπό να απολαμβάνουν τις συναναστροφές τους (Taylor, Peplau & Sears, 2003).

Η Κατάσταση της υγείας

Η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου σχετίζεται με την ποσότητα και την ποιότητα των κοινωνικών του επαφών και συναντάται ως προδιαθετικός παράγοντας μοναξιάς, ιδίως στις μεγαλύτερες ηλικίες (Ryan & Patterson, 1987. Donaldson & Watson, 1996 σε Dong, Chang, Wong, & Simon, 2012). Παραδειγματικά να αναφέρουμε ότι, η εξασθένιση ορισμένων αισθητηριακών λειτουργιών, όπως είναι η ακοή (Savikko,

Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005. Wallhagen, Strawbridge, Shema, Kurata, & Kaplan, 2001), η περιορισμένη κινητικότητα (Bondevik & Skogstad, 1998. Dykstra & de Jong Gierveld, 2004), καθώς και τα σωματικά συμπτώματα χρόνιων παθήσεων (όπως λόγου χάρη, ο καρκίνος), συμβάλλουν, σε μεγάλο βαθμό, στον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων και στη βίωση μοναξιάς (Pinquart & Sörensen, 2003. Fox, Harper, Hyner, & Lyle, 1994 σε Cacioppo & Hawkley, 2003).

Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες

Οι κοινωνικοπολιτισμικές αλλαγές στις σημερινές κοινωνίες, δεν θα μπορούσαν να αφήσουν ανεπηρέαστα τα άτομα, που τις αποτελούν. Η αύξηση της κοινωνικής κινητικότητας, όταν συνδυάζεται με μειωμένες επαφές με τους κοντινούς μας ανθρώπους, αυξάνει τα επίπεδα μοναξιάς που αισθανόμαστε (Bowman, 1975). Οι κοινωνιολόγοι υποστηρίζουν ότι ορισμένες αξίες της σύγχρονης – και δη της δυτικής – κουλτούρας, όπως είναι ο ανταγωνισμός, η μείωση της συλλογικότητας και η αύξηση του ατομικισμού (Schneider, 1998. Sermat, 1980. Rokach & Neto, 2005), δεν έχουν μόνο άμεσες επιδράσεις στη ζωή του ατόμου, αλλά επηρεάζουν έμμεσα και τον τρόπο που διαμορφώνει τα κοινωνικά του δίκτυα. Εξάλλου, η διαβίωση σε μεγάλα διαμερίσματα, η κοινωνική προκατάληψη και ο φόβος που επισύρει η εγκληματικότητα στις μεγάλες πόλεις, αποτελούν συνθήκες που κάνουν τους ανθρώπους λιγότερο πρόθυμους να εμπλακούν κοινωνικά (Medora, Woodward, & Larson, 1987. Rokach & Neto, 2005), ενισχύοντας το αίσθημα του εσωτερικού κενού που βιώνουν (Cushman, 1995 σε Rokach & Neto, 2005).

Τέλος, τα άτομα τείνουν να νιώθουν εντονότερη μοναξιά, όταν οι κοινωνικές τους συναναστροφές δε συμβαδίζουν με τις ανάγκες της ηλικίας τους, όπως αυτές ορίζονται από τις νόρμες της εκάστοτε κοινωνίας. Έτσι, εάν από τον πρώιμο συναισθηματικό δεσμό με τους γονείς μας, δεν υπάρξει μετάβαση σε σχέση με κάποιο σύντροφο, κατά την εφηβεία και αργότερα σε γάμο, στην ενηλικίωση, οι πιθανότητες να νιώθουμε μοναξιά αυξάνονται (Perlman & Peplau, 1981). Το γεγονός ότι οι έφηβοι νιώθουν περισσότερο μόνοι όταν περνούν τα Σαββατοκύριακα στο σπίτι, σε σχέση με τις άλλες μέρες, αποτελεί μια ακόμη απόδειξη για την επίδραση της κοινωνικής νόρμας που υποστηρίζει ότι, εκείνες τις ώρες θα έπρεπε να τις περνούν με τους φίλους τους ή διασκεδάζοντας (Larson, Csizsentmihalyi, & Graef, 1982).

Καταστάσεις εμφάνισης της μοναξιάς

Υπάρχουν φορές που ορισμένες αλλαγές στη ζωή, μας απομακρύνουν από τους φίλους, τους γονείς και τα αγαπημένα μας πρόσωπα, κάνοντάς μας να αισθανόμαστε περισσότερο μόνοι. Τέτοιες καταστάσεις μπορούν να είναι, η μετακίνηση σε άλλη πόλη, η αλλαγή σχολείου, μια καινούρια δουλειά, η μετάβαση στο πανεπιστήμιο, το τέλος μιας σχέσης, καθώς και το αποτέλεσμα ενός σοβαρού τραυματισμού, μιας ασθένειας ή παραμονής σε νοσοκομείο (Taylor, Peplau, & Sears, 2006). Η αντιμετώπιση των εκάστοτε μοναχικών καταστάσεων εξαρτάται από τα στοιχεία της ίδιας της κατάστασης, τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, καθώς και από τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση (Ernst & Cacioppo, 1998).

Λήξη ή τερματισμός: το τέλος μιας σχέσης (Hill, Rubin, & Peplau, 1976), ενός γάμου (Weiss, 1973. Dykstra & Fokkema, 2007) ή ακόμα και της ίδιας της ζωής (Weiss, 1973, 1988) έχει θετική συσχέτιση με τη μοναξιά που βιώνουν τα άτομα. Σε ποσοστό 48% αναφέρεται ως το μέγιστο πρόβλημα, όταν κάποιος χηρεύει (Lopata, 1969).

Φυσικός αποχωρισμός: Διαβιώντας σε μια εποχή έντονης κινητικότητας τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε γεωγραφικό επίπεδο, οι αποχωρισμοί από τους σημαντικούς άλλους (π.χ. γονείς, φίλοι) και μη (π.χ. γείτονες, ορισμένοι συγγενείς, γνωστοί), παρατηρούνται αρκετά συχνά (Perlman & Peplau, 1981). Όταν αποχωριζόμαστε κάποιον, αφενός μειώνεται η συχνότητα των επαφών, και η ικανοποίηση που απορρέει πλέον από την καινούρια συνθήκη, αφετέρου αυξάνεται ο φόβος πως η σχέση μας μαζί του θα αποδυναμωθεί, εξαιτίας της απουσίας. Η βιβλιογραφία αναφέρει ως τέτοιες μεταβατικές καταστάσεις, τη μετάβαση στο πανεπιστήμιο (Wiseman, Maysseless, & Sharabany, 2006. Stroebe, van Vliet, Hewstone, & Willis, 2002. Halamandaris & Power, 1997), την παραμονή σε νοσοκομείο (Fessman, & Lester, 2000. Gladstone, 1995) ή φυλακή για μεγάλο διάστημα (Forsythe, 2004. Carcedo, 2011), την αλλαγή κατοικίας στοχεύοντας σε καλύτερες συνθήκες δουλειάς ή χάριν επαγγελματικής ανέλιξης (Perlman & Peplau, 1981), τη μετανάστευση (Kim, 1999. Ponizovsky & Ritsner, 2004. Lee, 2007).

Αλλαγή Κοινωνικού ρόλου /Κοινωνικής θέσης: το άτομο έχει αυξημένες πιθανότητες να νιώσει μοναξιά όταν στη ζωή του υπεισέρχονται αλλαγές που αφορούν τη θέση που κατέχει στην οικογένεια, την ομάδα,

την εργασία. Η μετάβαση στην έγγαμη ζωή και τους γονεϊκούς ρόλους αναφέρεται ότι, συμβάλλει στη μείωση των επαφών με συγγενείς και φίλους (Dickens & Perlman, 1981. Gage & Christensen, 1991).

Ακολούθως, η προαγωγή σε ανώτερη θέση εργασίας μπορεί να αποδυναμώσει τους δεσμούς με τους πρώην συναδέλφους (Perlman & Peplau, 1981), όχι όμως στον ίδιο βαθμό που μπορεί να προκύψει για όσους έχασαν τη δουλειά τους ή συνταξιοδοτήθηκαν (Rubenstein, Shaver, & Peplau, 1979). Οι τελευταίοι έχοντας χάσει τους «κεκτημένους» κοινωνικούς τους ρόλους βιώνουν υψηλότερα ποσοστά μοναξιάς (Leeflang, Klein-Hesselink, & Spruit, 1992. Hansson, Briggs & Rule, 1990. Viney, 1985).

Χαρακτηριστικά των μοναχικών ατόμων

Ο τρόπος που αξιολογούμε τις σχέσεις μας καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά που αυτές φέρουν, τα στοιχεία της προσωπικότητάς μας καθώς και το κοινωνικό δίκτυο το οποίο διαθέτουμε. Επιπλέον, τα ιδιοσυγκρασιακά μας χαρακτηριστικά και τα στοιχεία της εκάστοτε συνθήκης, επηρεάζουν άμεσα το κοινωνικό μας δίκτυο (Kraus, Bazzini, Davis, & Church, 1993). Κάνοντας διαχωρισμό των προσωπικών χαρακτηριστικών σε ενδοατομικά και διαπροσωπικά στοιχεία προσωπικότητας, τα μοναχικά άτομα τείνουν να χαρακτηρίζονται από αρνητικά ενδοατομικά στοιχεία, όπως είναι λόγου χάρη η απαισιοδοξία (Davis, Hanson, Edson, & Ziegler, 1992. Davis, Miller, Johnson, Mc Auley, & Dingers, 1992). Έχει βρεθεί ότι νιώθουν πιο συχνά ενοχές, (Baumeister, Reis, & Delespaul, 1995. Jones & Kugler, 1993), έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση (Kamath & Kanekar, 1993. Riggio, Watring, & Throckmorton, 1993. Saklofske & Yackulic, 1989) και χρησιμοποιούν λιγότερο το χιούμορ, ως μέσο αντιμετώπισης των καταστάσεων της ζωής (Overholser, 1992), σε σχέση με τα μη μοναχικά άτομα. Περνώντας στα διαπροσωπικά χαρακτηριστικά, τα μοναχικά άτομα είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν περισσότερη συστολή (Booth, Bartlett, & Bohnsack 1992. Kamath & Kanekar, 1993. Mehrabian & Stefl, 1995. Schmidt & Fox, 1995) και λιγότερη εξωστρέφεια (Kamath & Kanekar, 1993. Urmanyu, Sehgal, & Urmanyu, 1994), χαμηλή κοινωνικότητα (Schmidt & Fox, 1995) και πίστη στους ανθρώπους (Crandall & Cohen, 1994), σε σχέση με τα άτομα που νιώθουν λιγότερη μοναξιά. Πρόκειται για άτομα που συχνά αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές ή είναι δύσκολο για τους άλλους να τους πλησιάσουν (Nurmi, Toivonen, Salmela, & Eronen, 1996). Μολονότι, αισθάνονται αποξένωση (Crandall & Cohen, 1994) και δύσκολα εμπιστεύονται τους άλλους (Rotenberg, 1994),

διατηρούν την κοινωνική τους εξάρτηση σε υψηλά επίπεδα (Overholser, 1992). Ομοίως, στα ίδια επίπεδα κινείται και η κριτική που ασκούν στον εαυτό τους (Blatt, 1992. 2004. Wiseman, Maysless, & Sharabany, 2006). Επιπλέον, τα μοναχικά άτομα διαθέτουν διαφορετικούς τρόπους αλληλεπίδρασης με τους άλλους, όπως προκύπτει και από το πείραμα του Jones (2002), οι οποίοι χαρακτηρίζονται από ελλειπείς κοινωνικές δεξιότητες (Buhrmester, Furman, Wittenberg, & Reis, 1988. Riggio, Throckmorton, & DePaola, 1990. Riggio, Watring, & Throckmorton, 1993), και αδυναμία αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών μηνυμάτων που δέχονται (Riggio, Watring, & Throckmorton, 1993). Στα παραπάνω έρχονται να προστεθούν τα υψηλά επίπεδα κοινωνικού άγχους (Segrin & Kinney, 1995. Riggio, Throckmorton, & DePaola, 1990. Daly & Stafford, 1984) και η χαμηλής ποιότητας κοινωνική στήριξη την οποία δέχονται, ακόμα κι αν η ποσότητα των κοινωνικών συναλλαγών είναι επαρκής (Riggio, Watring, & Throckmorton, 1993).

Όταν το άτομο διαθέτει επαρκείς *κοινωνικές δεξιότητες* τότε οι δίοδοι επικοινωνίας, λεκτικής και μη λεκτικής, με τους άλλους πραγματοποιούνται με το λιγότερο συναισθηματικό κόστος. Η εμφάνιση ή μη των κοινωνικών δεξιοτήτων μπορεί να είναι αποτέλεσμα άγχους ή συστολής (Perlman & Peplau, 1981) ή/και ελλιπούς εκμάθησης αυτών κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής μας (Weiss, 1973). Ακόμη, δεν είναι λίγες οι έρευνες που μελετούν τις κοινωνικές δεξιότητες υπό το πρίσμα της θεωρίας δεσμού, υποστηρίζοντας ότι τα ενεργά μοντέλα δεσμού, που φέρει το άτομο, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων (Goldberg, 2000). Οι ερευνητές αναφερόμενοι στις κοινωνικές δεξιότητες, άλλοτε τις κατατάσσουν στα στοιχεία προσωπικότητας (Spitzberg & Cupach, 1989), και άλλοτε στο σύνολο των ικανοτήτων που διαθέτει το άτομο (Friedman, 1979). «*Η ικανότητα του ατόμου... να δρα με σύνεση στις αντιδράσεις των άλλων*», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Thorndike (1920. σελ.228) θέτει στη βάση της, εν μέρει, ανάπτυξης των κοινωνικών δεξιοτήτων, την κοινωνική νοημοσύνη του ατόμου. Η δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής, προϋποθέτει, το άτομο να διαθέτει ικανότητες που να διευκολύνουν την έναρξη, την ανάπτυξη και τη διατήρηση του κοινωνικού του δικτύου (Riggio, Throckmorton, & DePaola, 1990). Όταν το άτομο έχει αναπτύξει επαρκώς τις κοινωνικές του δεξιότητες, τότε η επικοινωνία είναι προσφορότερη και η εναλλαγή κοινωνικών ρόλων επιτυχής. Έτσι, δομείται μια θετική κοινωνική αυτοεικόνα, η οποία ενισχύει την πεποίθηση στο άτομο, ότι μπορεί να επέμβει στις κοινωνικές καταστάσεις

και να τις διαφοροποιήσει (κοινωνική αυτοαποτελεσματικότητα) (Helmreich & Stapp, 1974. Moe & Zeiss, 1982). Έτσι, το άτομο είναι πιθανό να αισθάνεται ότι τονώνεται η αυτοεκτίμησή του και μειώνεται το κοινωνικό του άγχος (Riggio, Throckmorton, & DePaola, 1990). Στην αντίθετη περίπτωση, όπου οι κοινωνικές δεξιότητες είναι ελλιπείς, οι πιθανότητες δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών σχέσεων μειώνονται, ενώ τα συναισθήματα μοναξιάς αυξάνονται (Windle & Woods, 2004. Perlman & Peplau, 1981).

Σε έρευνα που διεξήχθη σε φοιτητικό πληθυσμό, οι μοναχικοί φοιτητές ανέφεραν δυσκολίες στην απόκτηση φίλων, στη σύσταση και παρουσίαση του εαυτού τους και στη συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις, σε σύγκριση με τους μη μοναχικούς φοιτητές (Horowitz, & French, R. de Sales, 1979).

Ο Riggio (1986, 1989), προτείνει το διαχωρισμό των δεξιοτήτων σε συναισθηματικές και κοινωνικές, με βάση το βαθμό εκφραστικότητας, ελέγχου και ευαισθησίας που διαθέτουμε. Έτσι, λοιπόν, ένα άτομο διαθέτει συναισθηματική εκφραστικότητα όταν είναι σε θέση να δείχνει και να εκφράζει τα συναισθήματά του· χαρακτηρίζεται από συναισθηματικό έλεγχο, όταν μπορεί να περιορίζει ή να εκφράζει ελεύθερα ένα συγκεκριμένο συναίσθημα, κατά βούληση· διαθέτει συναισθηματική ευαισθησία, όταν μπορεί και συναισθάνεται τους άλλους. Ομοίως, η κοινωνική εκφραστικότητα αφορά στη χρήση της γλώσσας του σώματος καθώς και άλλων κοινωνικών σημάτων κατά τις συναλλαγές μας με τους άλλους, ενώ η κοινωνική ευαισθησία έχει να κάνει με την ικανότητά μας να «μεταφράζουμε» τα σήματα αυτά. Τέλος, ο κοινωνικός έλεγχος αναφέρεται στην ικανότητα να ελέγξουμε εκούσια μια κοινωνική συμπεριφορά. Τα παραπάνω μπορούν, σε μεγάλο βαθμό να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου (Riggio, Throckmorton, & DePaola, 1990.1993) και να το ωθήσουν ώστε να εμπλέκεται συναισθηματικά και κοινωνικά με τους άλλους, μειώνοντας, έτσι, τα επίπεδα της μοναξιάς του (Riggio, 1986. Riggio, Watring, & Throckmorton, 1993. Segrin, 1993).

Μοναξιά και Στρατηγικές Διαχείρισης της μοναξιάς

Ο τρόπος που διαχειριζόμαστε τη μοναξιά μας μπορεί να σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της κουλτούρας που φέρουμε (Rokach, 1999), το αναπτυξιακό μας επίπεδο (Rokach, 2001. Rubinstein & Shaver, 1982) καθώς και αν διαβιούμε σε ατομικιστική ή ολοκρατούμενη κοινωνία (Netto & Barros, 2000). Ελάχιστες είναι οι έρευνες στο πεδίο των στρατηγικών διαχείρισης της μοναξιάς και ακόμα λιγότερες οι σχετικές θεωρίες. Εν τούτοις, ισχυρό εμπόδιο για τη μη αποτελεσματική διαχείριση αυτού του επώδυνου συναισθήματος είναι, η απροθυμία μας να παραδεχτούμε πως αισθανόμαστε μόνοι καθώς και η αποδοχή της μοναξιάς μας (Rokach & Brock, 1998. Rook, 1988).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το πείραμα των Taherifard, Omidian and Mobasheri (2014), όπου εκπαίδευσαν μαθητές γυμνασίου πως να διαχειρίζονται τη μοναξιά τους, μέσα από το παιχνίδι ρόλων, δραστηριότητες έκφρασης και συζήτηση, με βάση οκτώ στρατηγικές. Περιληπτικά αυτές αφορούσαν στην αποδοχή της κατάστασης, μετατροπή της επώδυνης μοναξιάς σε ευεργετική, καλλιέργεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ενεργητική ακρόαση και προσοχή όταν συνομιλούμε με τους άλλους και “αντοχή” στο να μπορούμε να μείνουμε μόνοι μας. Το πείραμα διήρκησε μία εβδομάδα και τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την υπόθεση των ερευνητών πως η εκπαίδευση σε στρατηγικές διαχείρισης μπορεί να είναι πολύ ωφέλιμη. Ομοίως οι Peplau & Perlman (1982) βρήκαν πως όταν ενήλικα μοναχικά άτομα έπαιρναν μέρος σε τέτοιες δραστηριότητες, σιγά σιγά αναλάμβαναν την ευθύνη της επικοινωνίας με τους άλλους, όπως είναι λ.χ. την έναρξη μιας συζήτησης.

Οι περισσότεροι σύμβουλοι μοναχικών ατόμων αναφέρουν πως οι μεγαλύτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν είναι η ισχυρή πεποίθηση των συμβουλευόμενων πως η κατάσταση δεν πρόκειται να αλλάξει καθώς και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες που έχουν από τις συναλλαγές τους με τους άλλους (Booth, 1983). Προκειμένου να βοηθήσουν τους συμβουλευόμενους τους χρησιμοποιούν στρατηγικές με επικέντρωση στο συναίσθημα (emotion focused), στη γνωστική επεξεργασία (cognitive focused) και στη συμπεριφορά (behavior focused). Η πρώτη περίπτωση περιλαμβάνει στρατηγικές ελέγχου του στρες που νιώθει κάποιος όταν είναι μόνος του και αυτό μπορεί να περιλαμβάνει λ.χ. τη διατήρηση ημερολογίου ή

τεχνικές χαλάρωσης (France, McDowell, & Knowles, 1984). Αναφορικά με τη δεύτερη περίπτωση στόχος είναι να τροποποιηθούν οι γνωσιακές πλάνες που έχει το άτομο για τις σχέσεις και εν τέλει να κατανοήσει πως δεν υπάρχει ιδανικός σύντροφος και τέλειος φίλος (Booth, 1983). Τέλος, οι στρατηγικές που επικεντρώνονται στη συμπεριφορά ενθαρρύνουν την καλλιέργεια λεκτικής και μη επικοινωνίας καθώς και την εξάλειψη δυσλειτουργικών συναισθημάτων όπως η ανημπόρια (Booth, 1983).

Οι πιο άρτιες, μέχρι τώρα, εργασίες που συναντώνται στη βιβλιογραφία είναι των Rubinstein & Shaver (1982) καθώς και των Rokach & Brock (1998). Η πρώτη εστιάζει περισσότερο σε συμπεριφορικούς (πρακτικούς) τρόπους διαχείρισης της μοναξιάς όπως είναι: η Ενεργητική Μόνωση (μελέτη ή εργασία, γράψιμο, μουσική, άσκηση, σινεμά, διάβασμα), Κοινωνική Επαφή (πρόσκληση φίλου ή επίσκεψη σε φίλο), Θλιβερή Παθητικότητα (κλάμα, ύπνος, αδράνεια, συνεχής σκέψη, αλκοόλ, ουσίες, τηλεόραση) και η Χρηματική Σπατάλη.

Από τη άλλη οι Rokach & Brock (1998) υποστήριζαν ένα μοντέλο διαχείρισης της μοναξιάς που να στηρίζεται όχι μόνο σε πρακτικές/συμπεριφορικές στρατηγικές, αλλά και σε πιο διανοητικές/πνευματικές στρατηγικές, όπως είναι λόγου χάρη, η *Θρησκεία και Πίστη*, που θα συναντήσουμε παρακάτω.

Προκειμένου να ομαδοποιήσουν καλύτερα τις στρατηγικές που προέκυψαν, οι συγγραφείς διατύπωσαν τρεις υπερκατηγορίες που να τις περιλαμβάνουν. Έτσι, λοιπόν, έχουμε την κατηγορία, *Αποδοχή και Διαμόρφωση Πόρων*, που περιέχει τις στρατηγικές *Αναλογισμός και Αποδοχή, Προσωπική Ανάπτυξη και Κατανόηση, Θρησκεία και Πίστη*, την κατηγορία, *Οικοδόμηση Κοινωνικής Γέφυρας*, που περιλαμβάνει τις στρατηγικές, *Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης και Αυξημένη Δραστηριότητα* και τέλος την κατηγορία, *Αποστασιοποίηση και Άρνηση*. Ακολουθεί αναλυτική περιγραφή των Στρατηγικών Διαχείρισης της Μοναξιάς.

Αποδοχή και διαμόρφωση πόρων

Αναλογισμός και αποδοχή

Τα άτομα που διαχειρίζονται τη μοναξιά τους κατά αυτό τον τρόπο, επιτυγχάνουν, από τη μια, να την αναγνωρίζουν και να την αποδέχονται, καθώς και να αποκτούν οικειότητα με τον εαυτό τους. Αξιοποιούν τη

μόνωσή τους ευεργετικά και αντιλαμβάνονται καλύτερα τους φόβους, τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους (Rokach, 1990). Πρόκειται για μια στρατηγική, που όπως αναφέρει ο André (1991), έχει ευεργετικά οφέλη και μπορεί να σταθεί ως αντίδοτο απέναντι στις απεγνωσμένες προσπάθειες του ατόμου να είναι με κάποιον «έτσι απλά για να είναι». Επομένως, με αυτό τον τρόπο, το άτομο είναι πιθανότερο να αυξήσει τα επίπεδα αυτοελέγχου, μειώνοντας ταυτόχρονα την εξάρτησή του από τους άλλους (Rook & Peplau, 1982). Εξάλλου, οι έρευνες έχουν δείξει ότι η ενασχόληση με δραστηριότητες αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι της κατάθλιψης, η οποία αρκετές φορές, πηγαίνει χέρι χέρι με τη μοναξιά (Fuchs & Rehn, 1977. Lewinsohn, Biglan, & Zeiss, 1976). Έτσι, όταν δεν βρισκόμαστε σε ένα διαρκή αγώνα άρνησης της μοναξιάς, αλλά αποδοχής της ως αναπόφευκτης ανθρώπινης συνθήκης, είναι πιο πιθανό, μέσω της αυτο-ανακάλυψης και της ενεργοποίησης των εσωτερικών μας πηγών, να τη διαχειριστούμε αποτελεσματικότερα (Rokach & Brock, 1998).

Προσωπική ανάπτυξη και κατανόηση

Τα άτομα μέσα από τη ενεργό συμμετοχή τους σε ομάδες ή οργανώσεις, όπως είναι λόγου χάρη οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί ή οι λέσχες γνωριμιών, επιτυγχάνουν να ανανεώνονται και να αναπτύσσονται προσωπικά. Στην εν λόγω στρατηγική περιλαμβάνεται τόσο η αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας και στήριξης, όσο και καθοδήγησης από το θρησκευτικό κλήρο (Rokach & Brock, 1998).

Θρησκεία και Πίστη

Η ανάγκη των ατόμων να συνδέονται ή/και να λατρεύουν κάτι πάνω από αυτούς, όπως είναι μια θεϊκή οντότητα, ο Θεός ή κάποιο υπέρτατο ον, φαίνεται πως δρα καταπραϋντικά απέναντι στη μοναξιά τους. Αναπτύσσοντας δεσμούς με την εκκλησία ή άλλες θρησκευτικές οργανώσεις, επιτυγχάνουν εσωτερική γαλήνη και ενδυναμώνουν το κοινωνικό τους αίσθημα, καθώς και το αίσθημα του «ανήκειν». (Rokach & Brock, 1998). Όπως εύστοχα διαπιστώνει ο André (1991), «...η παρηγοριά μέσα σε έναν ταραχώδη κόσμο μας ηρεμεί. Παρά τις αντιξοότητες μας προσδίδει γαλήνη» (σελ. 108). Δεν είναι λίγα τα άτομα που βρίσκουν παρηγοριά μέσα από την τελετουργία, η οποία φαίνεται να αποτελεί για αυτά μέσο σύνδεσης με το παρόν και το μέλλον.

Οικοδόμηση κοινωνικής γέφυρας

Δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης

Όταν το άτομο επανακτά την κοινωνική του δικτύωση, ουσιαστικά αυξάνει τις πιθανότητες να καρπωθεί την οικειότητα, το δέσιμο, τη ζεστασιά και τη φροντίδα που απορρέουν από αυτή την ένωση με τους άλλους. Ο Weiss (1974) θεωρεί ότι για να λειτουργήσει καλά ένα κοινωνικό δίκτυο, θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχει τα απαραίτητα κοινωνικά εφόδια στα άτομα που το διαμορφώνουν. Να σημειωθεί ότι η «ανοικοδόμηση» του κοινωνικού δικτύου καθώς και η εγκαθίδρυση στενών διαπροσωπικών σχέσεων, αποτελούν τους πιο αποτελεσματικούς παράγοντες διαχείρισης της μοναξιάς. Βέβαια, η κοινωνική συμμετοχή άλλοτε οδηγεί σε βαθύτερους και πιο ουσιαστικούς δεσμούς, που κάνουν το άτομο αποδεκτό και άξιο της αγάπης των γύρω του (Blieszner, 1988) και άλλοτε όχι. Η βίωση άγχους κατά τη διαμόρφωση σχέσεων, δηλαδή το σχεσιακό άγχος μπορεί να αποτελέσει για το άτομο κύριο παράγοντα ανάπτυξης μοναξιάς. Παράγοντες ενίσχυσης του «σχεσιακού άγχους» μπορούν να είναι οι διαπληκτισμοί και οι αποτυχίες, η κοινωνική απομόνωση, η οποία σχετίζεται με τον αυτοαποκλεισμό ή την απόκτηση λίγων ή καθόλου φίλων, η κοινωνική περιθωριοποίηση που βιώνεται από το άτομο ακόμα και όταν βρίσκεται μαζί με άλλους, δίχως όμως να τους συνδέει κάτι κοινό, καθώς και οι συγκρούσεις σε επίπεδο ερωτικών σχέσεων (Jones, Cavert, Snider, & Bruce, 1985). Επομένως, εύλογα διαπιστώνουμε πως η αποτελεσματική αντιμετώπιση της μοναξιάς, επιτυγχάνεται όταν μειώνεται το κοινωνικό κενό ανάμεσα στον εαυτό μας και τους άλλους, ενώ παράλληλα αυξάνεται η ομοιότητα, ως προς τις εμπειρίες και τις ικανότητες που φέρουμε, με τα άτομα που συναναστρεφόμαστε (Rokach & Brock, 1998).

Αυξημένη δραστηριότητα

Προκειμένου τα άτομα να διαχειριστούν τη μοναξιά τους καταφεύγουν σε δραστηριότητες που τα κινητοποιούν και τα αποδεσμεύουν από το απελπιστικό αυτό συναίσθημα. Συνήθως ένα τραυματικό γεγονός, όπως είναι ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, αποτελεί την αφορμή ώστε να διαμορφώσουν ευκαιρίες ενεργούς κοινωνικής συμμετοχής, όπως είναι λόγου χάρη η ενασχόληση με μια καινούρια δραστηριότητα (Rokach, 1988a). Το πιο σημαντικό είναι ότι, όταν τα άτομα αποφασίσουν να εμπλακούν πιο ενεργά σε δραστηριότητες, είναι πιο πιθανό να μην εξαρτώνται από τους άλλους προκειμένου να

αισθανθούν ικανοποίηση, ενώ μέσω της ευχαρίστησης που απορρέει από αυτές, είναι πιθανότερο να μειώσουν το αίσθημα της δυστυχίας ή της κατάθλιψης, τα οποία σχετίζονται με τη μοναξιά (Fuchs & Rehn, 1977. Lewinsohn, Biglan, & Zeiss, 1976).

Αποστασιοποίηση και Άρνηση

Η στρατηγική της αποστασιοποίησης και της άρνησης της μοναξιάς, συναντάται όταν τα άτομα, εξαιτίας του φόβου μήπως στιγματιστούν, δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να παραδεχθούν ότι υποφέρουν εξαιτίας της μοναξιάς τους (Rook & Replau, 1982). Έτσι, είτε βρίσκονται σε μια συνεχή προσπάθεια άρνησης (Moustakes, 1972), είτε επιλέγουν να αποστασιοποιηθούν από τα αισθήματα της αποτυχίας, του πόνου και της ανησυχίας, που η μοναξιά συνεπάγεται. Η κατάχρηση ουσιών, ο αλκοολισμός καθώς και η εσκεμμένη αποφυγή κοινωνικής αλληλεπίδρασης, αποτελούν συνήθεις πρακτικές αυτής της κατηγορίας (Rook, 1984a). Τα άτομα προκειμένου να προστατέψουν τον εαυτό τους από μια ενδεχόμενη αποτυχία, μέσω της συναναστροφής τους με τους άλλους, προτιμούν να κρατούν αποστάσεις ασφαλείας από αυτούς (Sullivan, 1953. Weiss, 1973). Αν και αυτού του είδους η στρατηγική καταφέρει να κατευνάσει το επώδυνο συναίσθημα, εν τούτοις δε φαίνεται να επαρκεί ώστε να αντιμετωπιστεί η μοναξιά σε μια πιο μακροπρόθεσμη βάση. Απεναντίας, δεν είναι καθόλου απίθανο, με αυτό τον τρόπο, το άτομο να οδηγηθεί σε επιπλέον προβλήματα (Moustakes, 1961).

Μοναξιά και Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη συγκαταλέγεται πλέον ανάμεσα στα μείζονα ερευνητικά πεδία, τόσο των κοινωνικών επιστημών, όσο και της γενετικής (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Koretz, Merikangas, Rush, Walters, & Wang, 2003), καθώς είναι ένα από τα μεγαλύτερα και πιο πειστικά προβλήματα στον τομέα της δημόσιας υγείας (Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant, 2006). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπάρχει πρόβλεψη ότι η κατάθλιψη το 2020 θα αποτελεί τη δεύτερη αιτία αναπηρίας μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (Murray & Lopez, 1996).

Από τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι το συναίσθημα θλίψης που είναι διαρκές και επίμονο, η ευερεθιστικότητα και απουσία ενδιαφέροντος, ή ικανοποίησης από οποιαδήποτε δραστηριότητα.

Επιπλέον, επιπτώσεις παρατηρούνται στον ύπνο (υπερυπνίες ή αϋπνίες), την όρεξη, τα επίπεδα δραστηριότητας και συγκέντρωσης, καθώς και στην αυτοεικόνα του ατόμου (Ξηροτύρης, 1979. American Psychiatric Association, 2002).

Επιπλέον στη συμπτωματολογία της κατάθλιψης έρχονται να προστεθούν οι απαισιόδοξες και αρνητικές σκέψεις, οι ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας (Schimelpfening, 2011), τα αισθήματα ενοχής και απαξίωσης του εαυτού, πιστεύοντας το άτομο πως δεν αξίζει την αγάπη των γύρω του, η έλλειψη συγκέντρωσης και αδυναμία λήψης αποφάσεων. Τέλος, πολλά από τα άτομα που εμφανίζουν κατάθλιψη υιοθετούν παράλληλα και έντονες τάσεις απομόνωσης, αφού έχουν την πεποίθηση πως κανείς δεν πρόκειται να τους καταλάβει (DSM IV-TR, 2013).

Προχωρώντας, ωστόσο διαπιστώνουμε πως τόσο η κατάθλιψη, όσο και η μοναξιά σχετίζονται με παρόμοια προβλήματα και δυσκολίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η κατάθλιψη, αρκετά συχνά, πάει χέρι-χέρι με την κατανάλωση αλκοόλ, ναρκωτικών, και καπνού, με διατροφικές διαταραχές, άγχος, αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα καθώς και αυξημένη τάση για αυτοχειρία (Eisenberg, Gollust, Golberstein, & Hefner, 2007. Ernst & Cacioppo, 1998. Kisch, Leino, & Silverman, 2005. Lenz, 2004. Weitzman, 2004). Η μοναξιά, από την άλλη πλευρά “ευθύνεται” για την αυξημένη συστολική πίεση, τις διαταραχές ύπνου και την αυξανόμενη κατανάλωση καπνού και αλκοόλ (Hawkley, Masi, Berry, & Cacioppo, 2006).

Από έρευνες σε ενήλικες έχει προκύψει πως η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση, αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες τα άτομα αυτά να βιώσουν κατάθλιψη μετέπειτα στη ζωή τους (Coyne, 1976. Joiner, 2002). Πρόκειται για ανθρώπους που έχουν δηλώσει δυσαρέσκεια για τον τρόπο που ζουν τη ζωή τους και συνήθως φέρουν αρνητικά συναισθήματα για το περιβάλλον τους (Hansen, Harrison, & Fambro, Bodnar, Heckman, & Sikkema, 2013. Hawkley & Cacioppo, 2010).

Αυτό έρχεται σε συμφωνία με ευρήματα σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, όπου διαπιστώθηκε πως τα μοναχικά άτομα εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης με το πέρας της ηλικίας τους (Patent, 2001. Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk, & Aslan, 2012). Η συναισθηματική μοναξιά βιώνεται συχνότερα από άτομα που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη σε σύγκριση με αυτούς που δε φέρουν το εν λόγω σύμπτωμα (Adams, Sanders, &

Auth, 2004. Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, van der Mast, & Westendorp, 2005). Επιπλέον, επιδημιολογικές μελέτες σε μεγαλύτερης ηλικίας πληθυσμούς, ανέδειξαν τη μοναξιά ως έναν από τους καθοριστικότερους παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Alpass & Neville, 2003. Adams, Sanders, & Auth, 2004. Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006b. Cohen-Mansfield & Pappura-Gill, 2007).

Μέρος Γ

Οι ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες των ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία

Ο ιατρός (αντίθετα από το φυσιοδίφη) ασχολείται...με ένα και μοναδικό οργανισμό, τον άνθρωπο σαν υποκείμενο, τη στιγμή που, κάτω από αντίξοες συνθήκες, αγωνίζεται να διατηρήσει την ταυτότητά του.

- Ivy McKenzie (1877-1959)

Η θεωρία δεσμού, όπως διατυπώθηκε από τον Bowlby, υποδηλώνει πως η ποιότητα του δεσμού που διαμορφώνεται στην αρχή της ζωής, ανάμεσα στο παιδί και το άτομο φροντίδας, έχει άμεση σύνδεση με την ψυχική υγεία και τη γενικότερη λειτουργικότητά του όταν αυτό περάσει στην ενηλικίωση. Το ασφαλές ύψος δεσμού λογίζεται ως προστατευτικός παράγοντας σε περιόδους άγχους, δυσάρεστων γεγονότων και ασθενειών (Ainsworth, 1979. Bartholomew & Shaver, 1998. Bretherton, 1995). Αρκετοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως ψυχολόγοι και ψυχίατροι, έχουν αναγνωρίσει εδώ και καιρό τη χρησιμότητα της θεωρίας δεσμού, καθώς αυτή σχετίζεται με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς τους και με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζουν (Bifulco, Mahon, Kwon, Moran, & Jacobs 2003. Hall, 2002. Feeney, 2000. Hooper, 2007. Marotta, 2002. Norcross & Wampold, 2011). Οι ιατροί υπόκεινται συχνά σε αγχογόνες και πιεστικές καταστάσεις, όπως είναι η αυξημένη ευθύνη για τους άλλους, ζητήματα αποφάσεων ζωής ή θανάτου, υπερωρίες, συνεχής εκπαίδευση (Maslach & Jackson, 1982). Η συναισθηματική τους εξάντληση, εξαιτίας των επιβαρύνσεων, έχει βρεθεί να συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους (Anagnostopoulos, Liolios, Persefonis, Sluter, Kafetsios, & Niakas, 2012). Ήδη οι ιατροί από τα πρώτα χρόνια φοίτησής τους αισθάνονται την πίεση του μελλοντικού τους επαγγέλματος (Hull, DiLalla, & Dorsey, 2008. Alvi, Assad, Ramzan, & Khan, 2010) και αυτό τους οδηγεί να αισθάνονται άγχος, μοναξιά και κατάθλιψη (Nogueira-Martins, Neto, Macedo, Cítero, & Mari, 2004. Woodside, Miller, Floyd, McGowen, & Pfortmiller, 2008). Οι περισσότερες έρευνες που σχετίζουν τη μοναξιά με το επάγγελμα των ιατρών αφορούν στην κοινωνική και συναισθηματική διάστασή της (Hoferek & Sarnowski, 1981. Wolf, Scurria & Webster, 1998). Μέχρι τώρα δεν υπάρχουν

καταγεγραμμένα ευρήματα σχετικά με τη βίωση της υπαρξιακής διάστασης της μοναξιάς από τον εν λόγω πληθυσμό.

Στα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και η αφόρητη κατάσταση στα δημόσια νοσοκομεία εξαιτίας των μέτρων λιτότητας που θεσπίστηκαν από την ελληνική Κυβέρνηση, επισήμως από το 2010 και προέβλεπαν τη μείωση στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων κατά 40% (European Commission, 2011). Ακόμη, το κλίμα αβεβαιότητας και αποσταθεροποίησης έχει οδηγήσει το προσωπικό (ιατρούς και νοσηλευτές) στην επιθυμία πρόωρης συνταξιοδότησης αλλά και μετανάστευσης, δίχως όμως το κράτος να καλύπτει το κενό αυτό με προσλήψεις.

Αν και η έρευνα που αφορά στους ιατρούς είναι εκτενής, εν τούτοις αναφορικά με την υγεία τους, χωρίζεται σε πορίσματα που αφορούν τη βιολογική/φυσική υγεία, από τη μια, και την ψυχική τους υγεία, από την άλλη. Στην πρώτη περίπτωση της βιολογικής/φυσικής υγείας, οι ιατροί σημειώνουν τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης αναρρωτικών αδειών (McKevitt, Morgan, Dundas, & Holland, 1997), καθώς διαθέτουν, γενικά, καλύτερη φυσική λειτουργικότητα σε σχέση με τους συναδέλφους τους φοιτητές (Stavem, Hofoss, Aasland, & Loge, 2001). Επιπλέον, αναφορικά με το φύλο, φαίνεται πως οι γυναίκες ιατροί υιοθετούν πιο υγιείς συμπεριφορές συγκρινόμενες με γυναίκες άλλων επαγγελματιών (Frank, Brogan, Mokdad, Simoes, Kahn, & Greenberg, 1998). Το βασικότερο, όμως είναι ότι οι ιατροί έχουν την υψηλότερη πρόσβαση στην υγεία τους και στις δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν όταν αυτή κλονιστεί, που τους καθιστά πολύ καλούς γνώστες και «χειριστές» των βιολογικών τους οργάνων και λειτουργιών (Toyry, Räsänen, Kujala, Aärimala, Juntunen, Kalimo, Luhtala, Mäkelä, Myllymäki, Seuri, & Husman, 2000).

Τούτο όμως που παρακινεί την εν λόγω έρευνα, δεν είναι η φυσική υγεία των ιατρών, αλλά η ψυχική τους υγεία. Η τάση εδώ διαφέρει. Μολονότι οι ιατροί διαθέτουν υψηλό κοινωνικοοικονομικό γόητρο και υπερέχουν αναφορικά με τη βιολογική τους υγεία, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, αυτά δεν είναι ικανά να τους αποτρέψουν από το να διαταραχθεί η ψυχική τους υγεία, κάποια στιγμή στην καριέρα τους.

Επιγραμματικά να αναφέρουμε, διότι αναλύονται παρακάτω, ότι οι ιατροί, τόσο οι νεότεροι, όσο και οι «φτασμένοι»/ εδραιωμένοι επαγγελματικά, βάζονται από καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτοκτονικούς ιδεασμούς, έντονο άγχος, επαγγελματική εξουθένωση και συχνά εμφανίζουν εξαρτητικές συμπεριφορές

(χρήση ουσιών, αλκοόλ, τζόγος κ.ο.κ). Η συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και ανάμεσα στους ιατρούς, φτάνει ακόμα και το 20% ετησίως στις Η.Π.Α. Αν εξαιρέσουμε τη σχιζοφρένεια, οι υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, είναι πιθανό να συναντώνται στους ιατρούς, όπως συμβαίνει και με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Setness, 2003).

Η ανάγκη μελέτης της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας καταδεικνύεται, και από τη στροφή του ερευνητικού ενδιαφέροντος στις συντρόφους/γυναίκες των ιατρών, οι οποίες «παρασέρνονται» στον κύκλο των εξαρτήσεων (Quinn, 1961. Sakinofsky, 1980). Δεν είναι λίγες οι φορές που οι άντρες ιατροί εμφανίζονται στο σπίτι με άλλη διάθεση από αυτή που έχουν στη δουλειά τους και συχνά με πολύ διαφοροποιημένα προσωπικά χαρακτηριστικά. Είναι, λόγω χάρη, περισσότερο κρύοι, αυστηροί και κυριαρχικοί έναντι των γυναικών τους, δίχως να ικανοποιούν τις ανάγκες των συντρόφων τους για εξάρτηση. Έτσι, αυτές είτε αποκτούν κατάθλιψη, είτε καταφεύγουν στην κατανάλωση ουσιών και αλκοόλ, ή ακόμα αποκτούν έντονα ψυχοσωματικά συμπτώματα (Evans, 1965. Miles et al., 1975). Με αυτό τον τρόπο, τουλάχιστον εν μέρει, ενισχύεται η άποψη ότι οι ιατροί τείνουν να διατηρούν «ατροφικούς γάμους», δίχως να επιδιώκουν την οικειότητα, την εγγύτητα αλλά ούτε και να προσφέρουν συμπαράσταση από την πλευρά τους (Zigmond, 1984). Τα παραπάνω ενδέχεται να είναι απόρροια της μεγαλύτερης αφοσίωσής τους στους ασθενείς τους, παρά στη σχέση/γάμο τους (Cristie-Seely, 1986).

Το επάγγελμα του ιατρού συγκαταλέγεται ανάμεσα στα πιο φθοροποιά για την ψυχική υγεία του ατόμου (Cozens & Payne, 1990). Η ισχυρή αντίστασή των ιατρών στην αναζήτηση βοήθειας καθώς και στην παραδοχή ότι νοσούν, αυξάνει η συνοσηρότητα ανάμεσα στους φροντιστές υγείας (Murray, 1976). Τόσο το αίσθημα ντροπής, ότι μπορεί να νοσούν το ίδιο ή και περισσότερο από τους ασθενείς τους, όσο και ο φόβος για ενδεχόμενο στιγματισμό από τους συναδέλφους τους, είναι παράγοντες που τους απομακρύνουν από την αναζήτηση βοήθειας (Mukherjee, Fialho, & Wijetunge, 2002. Tillett, 2003). Συνήθως αποφεύγουν να απευθυνθούν σε κάποιο ψυχίατρο ή έμπειρο συνάδελφο του στενού κοινωνικού τους δικτύου (Marshall, 2008). Αντί αυτού προτιμούν να καταφύγουν στην κατανάλωση αλκοόλ και χρήση ουσιών, παρά να παραδεχτούν την ανάγκη τους για φροντίδα (Adshead, 2005). Επομένως, δεν φαίνεται να

προσφέρουν την ίδια επαγγελματική βοήθεια στον εαυτό τους, όπως κάνουν με τους ασθενείς τους (Toyry, Räsänen, Kujala, Aärimala, Juntunen, Kalimo, Luhtala, Mäkelä, Myllymäki, Seuri, & Husman, 2000. Rosvold, Bjertness, & Alcorta, 2002. Tyssen, Rovik, Vaglum, Gronvold, & Ekeberg, 2004).

Βέβαια, να επισημάνουμε ότι, ούτε οι υπόλοιποι συνάδελφοί τους προσπαθούν να τους βοηθήσουν ακόμα κι αν βλέπουν σε αυτούς σημάδια έντονης αναποφασιστικότητας, αποδιοργάνωσης ή και κατάθλιψης (Vincent, Robinson & Lave, 1969). Σε σχετική συνέντευξη στην εφημερίδα *The Independent* (2009), η γιατρός Miller αναφέρει: *«Ο στιγματισμός και η προκατάληψη απέναντι στην ψυχική ασθένεια, για τον ιατρικό κόσμο είναι 10 φορές χειρότερη, από ότι για τον υπόλοιπο κόσμο. Ένας ιατρός σε ψυχιατρικό άσυλο, μοιάζει με αστυνομικό που μπήκε στη φυλακή»*. Επιπλέον, οι Baldwin και συν. (1997b) σε σχετική έρευνα που διεξήγαγαν σε ειδικευόμενους ιατρούς, βρήκαν ότι προκειμένου να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας, προτιμούσαν την αυτοϊαση, από την επίσημη γνώμη κάποιου συναδέλφου. Η πρακτική αυτή της αυτοϊασης, η οποία είναι ιδιαίτερα δημοφιλής ανάμεσα στους αναισθησιολόγους και τους ψυχιάτρους, φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη μετέπειτα χρήση ουσιών (Bennet & O'Donovan, 2001. Allibone, Oakes, & Shannon, 1981. Richards, 1989. Forsythe, 1999). Οι μέθοδοι της αυτοδιάγνωσης και αυτοθεραπείας συχνά περιπλέκουν τις συνθήκες (Gold, 1972) και δρουν εις βάρος μιας ολοκληρωμένης και αποτελεσματικής θεραπείας.

Έρευνα των Karaoglu, Pecsán, Durduran, Mergen, Odabasi, & Ors, (2015) σε ειδικευόμενους ιατρούς κατέδειξε πως, υψηλότερα στην κλίμακα της Κοινωνικής Μοναξιάς, βρίσκονταν οι ιατροί που δεν ήταν ούτε ικανοποιημένοι από την πόλη που ασκούσαν την ειδικότητά τους αλλά ούτε και από την καριέρα που είχαν ακολουθήσει. Οι ίδιοι ανέφεραν χαρακτηριστικά πως στην περίπτωση μιας δεύτερης ευκαιρίας θα επέλεγαν να κάνουν κάτι άλλο. Εντονότερη είναι η μοναξιά που βιώνουν οι ιατροί που επέλεξαν να μετακομίσουν από τον τόπο τους, προκειμένου να κάνουν την ειδικότητά τους. Η απομάκρυνση από συντρόφους και φίλους, εντείνει το άγχος τους και για τους παντρεμένους αυτή η αλλαγή, είναι ικανή, να επιφέρει διατάραξη στην οικογενειακή σταθερότητα (Myers, 1985).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση του ανθρωπολόγου Pfifferling (1980), ότι οι ιατροί είναι θύματα της καριέρας, της δύναμη καθώς και του έλεγχου που θέλουν να ασκούν στους άλλους.

Χαρακτηριστικά αναφέρει: «Μελετώντας τους συστηματικά, διαπίστωνα πως οι ιατροί κουβαλούν τεράστια συναισθήματα μοναξιάς. Αρχίσα να καταλαβαίνω τους τοίχους που όρθωναν γύρω από τον εαυτό τους- συνειδητά και μη- ανάμεσα σε αυτούς και τους ανωτέρους, τους συναδέλφους και τις οικογένειές τους».

Όσο πιο ευάλωτοι είναι συναισθηματικά, τόσο πιο πιθανό είναι να αναπτύσσουν ανεπιτυχώς αμυντικούς μηχανισμούς, όπως η άρνηση ή το να δουλεύουν πέραν του καθορισμένου ωραρίου τους, γεγονός το οποίο ενισχύει την επαγγελματική τους μόνωση (Myers, 2001). Ακόμη, στην προσπάθειά τους να εδραιώσουν ένα ανταγωνιστικό προφίλ συχνά καταλήγουν να αισθάνονται μόνοι (Marshall, 2008). Η συναισθηματική ευαλωτότητα των ιατρών, μεταφράζεται σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανασφάλεια και μοναξιά. Ως αντίβαρο, η χρήση ουσιών και η κατανάλωση αλκοόλ, επιλέγονται όλο και πιο συχνά ως “λύσεις”, όταν το άγχος τους μεγαλώνει (Virshup, Coombs & Kohatsu, 1993).

Αναμφισβήτητα, το επάγγελμα του ιατρού είναι αρκετά αγχογόνο, αν αναλογιστεί κανείς ότι απαιτεί συνεχή εκπαίδευση, μετακινήσεις (Allen, 1988), υπερωρίες, καθώς και μικρή εμπλοκή των συμβουλευτικών υπηρεσιών (Firth-Cozens, 1987). Επιπλέον, το άγχος για την εξασφάλιση μιας ισχυρής δημόσιας εικόνας, δεν τους αφήνει περιθώρια για συναισθηματισμούς ή ενδείξεις αδυναμίας, μιας και οι ιατροί οφείλουν να δείχνουν σκληροί και να διαθέτουν πυγμή (Gerber, 1983). Στο μυαλό μας, ο ιατρός είναι ένας άνθρωπος δυνατός, που προσδίδει υγεία και παρέχει λύσεις και απαντήσεις στους ασθενείς του. Για πολλούς αυτή η ομάδα των επαγγελματιών θεωρείται εύπορη, ευφυής και προνομιούχα. Πράγματι, η θνησιμότητα ανάμεσα στους ιατρούς, εξαιτίας κάποιας φυσικής ασθένειας, είναι μικρότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Baldwin, Dodd, & Wrate, 1997b. Frank, Rothenberg, Lewis, & Belodoff, 2000), μη παραβλέποντας, όμως μία σημαντική εξαίρεση. Την αυτοχειρία (Frank, Rothenberg, Lewis, & Belodoff, 2000. Schernhammer & Colditz, 2004).

Έρευνες σε Αγγλία και Αμερική καταδεικνύουν ότι τόσο οι ιατροί, όσο και οι φοιτητές ιατρικής υπεραντιπροσωπεύονται ανάμεσα στους αυτόχειρες. Ως μέσα αυτοχειρίας χρησιμοποιούν περισσότερο την υπερδοσολογία φαρμάκου (38% για τους άντρες-γιατρούς και 79% για τις γυναίκες γιατρούς) (Craig & Pitts, 1968. Steppacher & Mausner, 1974), ενώ, πιο συγκεκριμένα, για τους άντρες-ιατρούς, η οπλοχρησία, η ασφυξία, το μονοξείδιο του άνθρακα και ο αυτοτραυματισμός, αποτελούν συνήθη μέσα και πρακτικές

αυτοχειρίας (Sakinofsky, 1980). Για την Αμερική η συχνότητα των αυτοκτονιών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ήταν 1,15 φορές υψηλότερη για τους άντρες και 3 φορές για τις γυναίκες (Cozens-Firth, 1997), ενώ σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα, όπως δικηγόροι και αρχιτέκτονες, οι ιατροί βρίσκονται στην υψηλότερη θέση αυτοχειρίας (Pilowsky & O'Sullivan, 1989). Πιο συγκεκριμένα, στη Μεγάλη Βρετανία, οι επτά στις οκτώ αυτοκτονίες, διαπράττονται από ιατρούς κάτω των 50 ετών (Murray, 1976), με τους ψυχίατρους να προηγούνται των γενικών ιατρών και των ακτινολόγων (DeSole, Avonson, & Single, 1967). Οι Άγγλοι ιατροί έχουν 176% υψηλότερη τάση για αυτοκτονία σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ σε άρθρο της η New York Times (2010) αναφέρει ότι στις Η.Π.Α οι άνδρες ιατροί έχουν 40%, ενώ οι γυναίκες 130% υψηλότερη τάση για αυτοκτονία. Η υψηλή τάση για αυτοχειρία των γυναικών ιατρών (2-2,7 φορές) (Schernhammer & Colditz, 2004. Lindeman, Laara, Vuori, & Lonnqvist, 1997) συνδέεται στενά με το άγχος και την κατάθλιψη. Τόσο η κατάθλιψη, όσο και η χρήση ουσιών, από την πλευρά τους, συγκαταλέγονται στα αίτια της αυξητικής τάσης για αυτοχειρία (Hawton, Clements, & Sakarovitch, 2001. Henriksson, Aro, Marttunen, Heikkinen, Isometsa, Kuoppasalmi, & Lonnqvist, 1993. Isometsa, Henriksson, Aro, Heikkinen, Kuoppasalmi, & Lonnqvist, 1994).

Οι άντρες ιατροί αυτόχειρες είναι, συνήθως, 45- 65 ετών, όπου η συνταξιοδότηση και το διαζύγιο, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τη μετέπειτα πράξη τους. Από την άλλη πλευρά οι γυναίκες ιατροί αυτόχειρες, είναι συνήθως κάτω των 40 ετών και φτάνουν στην πράξη κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς τους (Steppacher & Mausner, 1974).

Η υψηλή αυτοκτονικότητα στις γυναίκες κρούει τον κώδωνα για μια πιο λεπτομερή διερεύνηση. Οι ανύπαντρες γυναίκες ιατροί φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτες, συγκρινόμενες με τις συναδέλφους τους σε άλλα επαγγέλματα (Sakinofsky, 1980). Συνολικά, οι γυναίκες ιατροί καλούνται να 'επιβιώσουν' σε ένα αρκετά στρεσογόνο περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, είναι πιθανό τόσο οι ασθενείς, όσο και το υπόλοιπο προσωπικό να τις αντιμετωπίζουν με επιφυλακτικότητα, ενισχύοντας το άγχος που φέρουν σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους. Συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους, οι γυναίκες ιατροί, πολλές φορές, δυσκολεύονται να συμβιβάσουν τους προσωπικούς και τους επαγγελματικούς τους στόχους, την οικογένεια και την καριέρα. Το ενδεχόμενο τεκνοποίησης συχνά τις φέρνει αντιμέτωπες με προκλήσεις που σχετίζονται

με τη σταδιοδρομία τους. Επομένως, ως απάντηση στις αγχογόνες αυτές συνθήκες, οι γυναίκες ιατροί, εμφανίζουν εκτός από κατάθλιψη, και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, που φαίνεται να ταλαιπωρούν αρκετά κατά όλη τη διάρκεια της καριέρας τους (Levey, 2001). Ενδεχομένως χρειάζεται να κατανοήσουμε την πολυπλοκότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των επαγγελματικών απαιτήσεων και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και να βρούμε καλύτερα μέσα που θα «φωτίσουν» την ταυτότητα των γυναικών ιατρών, που έχουν ροπή προς την αυτοκτονία (Guthrie & Black, 1997) και είναι περισσότερο ευάλωτες στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών.

Το άγχος και η κατάθλιψη στους ιατρούς έχει αρχίσει να απασχολεί τη διεθνή βιβλιογραφία μόλις τα τελευταία χρόνια. Αρκετά σημαντικά ποσοστά κατάθλιψης (38,2%) συναντώνται σε φοιτητές ιατρικής της Βραζιλίας (Baldassin, Alves, de Andrade, & Noqueira, 2008), της Εσθονίας (30,6%) (Eller, Aluoja, Vasar, & Veldi, 2006), της Νιγηρίας (23,3%) (Aniebue & Onyema, 2008), της Λιθουανίας (14%) (Adomas, Heller, Olson, Osborne, Karlsson, Nahalkova, Van Zyl, Sederoff, Stenlid, Finlay, & Asiegbu, 2008) και της Σουηδίας (12,9%) (Firth, 1986). Βέβαια, συναντάμε και έρευνες που υποστηρίζουν ότι τα επίπεδα κατάθλιψης που συναντώνται στους ιατρούς, δε διαφέρουν από αυτά του γενικού πληθυσμού (Katz, Sharp, & Ferguson, 2006. Ford, Mead, Chang, Cooper-Patrick, Wang, & Klag, 1998. Broquet & Rockey, 2004). Εν τούτοις, έχει βρεθεί ότι στους φοιτητές ιατρικής υπάρχουν προδιαθεσιακά χαρακτηριστικά προσωπικότητας για την εμφάνιση κατάθλιψης, όπως είναι η αυτοκριτική και η εξάρτηση. Η αυτοκριτική σχετίζεται με την κατάθλιψη (Vaglum & Falkum, 1999), ιδιαίτερα στους άνδρες ιατρούς, οι οποίοι υιοθετούν στάση εσωτερικής απόδοσης αιτιών, θεωρώντας τους εαυτούς τους υπεύθυνους τόσο για τα αρνητικά, όσο και για τα θετικά γεγονότα (Firth Cozens, 1992. Brewin & Firth Cozens, 1997). Ακόμη να πούμε πως οι πιο πολλοί ιατροί προτιμούν τη διάγνωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, από αυτή του άγχους ή της κατάθλιψης, εξαιτίας του επικείμενου στιγματισμού (Adshead, 2005).

Ως πηγές άγχους για τους ιατρούς αποτελούν οι δυσκολίες κατά τη διάγνωση και θεραπεία, οι θάνατοι των παιδιών και η επίδραση της δουλειάς τους στην προσωπική τους ζωή (Cramond, 1969). Η φύση της δουλειάς, η συνεχής εκπαίδευση, η δημόσια εικόνα τους, η οικογένεια και ο εαυτός τους, είναι, όπως αναφέρονται από τους ίδιους, οι κυριότεροι παράγοντες άγχους (Christie-Seely, 1986). Από τη μια η

εκπλήρωση των δικών τους ηθικών δεσμεύσεων και από την άλλη ο βαθμός ανταπόκρισης στις προσδοκίες της κοινωνίας. Αυτή η αγγογόνος πραγματικότητα είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί από τους ιατρούς είτε συγκαταβατικά, αποδεχόμενοι τους περιορισμούς των δυνατοτήτων τους, ή μέσω εκδήλωσης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Short, 1979).

Η περίοδος ανάληψης ειδικότητας για πολλούς ιατρούς λογίζεται ως περίοδος έντονου άγχους με επιπτώσεις στην αποδοτικότητά τους (Tokarz, Bremer, & Peters, 1979. Reuben, 1983. McGrew, 1985). Κατά αυτή την περίοδο, οι ειδικευόμενοι καλούνται, παράλληλα με την απόκτηση δεξιοτήτων, να παράσχουν και τις δέουσες υπηρεσίες στους ασθενείς τους. Ενώ δηλαδή από τη μια αυξάνονται οι ευθύνες τους για παροχή φροντίδας από την άλλη μειώνεται η αυτονομία τους, διότι βρίσκονται σε περίοδο εκπαίδευσης (Zis, Anagnostopoulos, & Sykioti, 2014). Τότε, φαίνεται να δυναμιτίζονται οι υποβόσκουσες ψυχικές τους δυσκολίες και να εμφανίζουν κατάθλιψη, τάση για αυτοκτονία, εξαρτητικές συμπεριφορές και οικογενειακές δυσλειτουργίες (Asken & Raham, 1983. Reuben, 1985). Προχωρώντας στην καριέρα τους αντιλαμβάνονται τις συνέπειες στην ποιότητα ζωής και συχνά η ικανοποίηση που απολαμβάνουν από τη δουλειά τους μειώνεται. Με τη σειρά της αυτή η μη ικανοποίηση των ιατρών από τον τρόπο που ζουν τη ζωή τους, οδηγεί σε περεταίρω μοναξιά και αυτοκτονικές ιδέες (Karaoglu, Avsaroglu, & Deniz, 2009. Swami, Chamorro-Premuzic, Sinniah, Maniam, Kannan, & Stanistreet, 2007. Corrao, Bagnardi, Zambon & La Vecchia, 2004).

Δεν είναι λίγες οι έρευνες που αναφέρονται σε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στους ειδικευόμενους ιατρούς (Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006. Rovik, Tyssen, Hem, Gude, Ekeberg, & Moum, 2007. Kjeldstadli, Tyssen, Finset, Hem, Gude, & Gronvold, 2006). Επίσης, η μετάβαση των φοιτητών ιατρικής από το δεύτερο στο τρίτο έτος σπουδών, όπου προστίθενται και τα κλινικά μαθήματα, πυροδοτεί την αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης, σε σχέση με τα προηγούμενα έτη (Ahmed, Banu, Al-Fageer, & Al-Suwaidi, 2009). Εύρημα το οποίο δεν είναι σε συμφωνία με άλλες έρευνες, που θέλουν τα ποσοστά κατάθλιψης να μειώνονται (από 30% σε κάτω από 20%) καθώς οι φοιτητές διαπερνούν τα έτη φοίτησης (Reuben, 1985. Caplan, 1994. Katz, Sharp, & Ferguson, 2006). Ακόμα και εδώ φαίνεται ότι οι γυναίκες προηγούνται, όπως δείχνουν σκανδιναβικές έρευνες σε γυναίκες φοιτήτριες της ιατρικής σχολής

(Dahlin, Joneborg & Runeson, 2005. Tyssen, Dolatowski, Rovik, Thorkildsen, Ekeberg, Hem, Gude, Gronvold, & Vaglum, 2007).

Συμπερασματικά, δεν είναι ξεκάθαρο εάν η ηλικία των ιατρών αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα εμφάνισης κατάθλιψης. Από τη μια πλευρά, υπάρχουν ενδείξεις ενδεχόμενης κορύφωσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης, για τους ιατρούς που βρίσκονται στην αρχή της καριέρας τους και από την άλλη υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν μια αυξητική τάση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους (Bruce, Sanger, Thomas, Petkus, & Yates, 2003. Kapur, Borrill, & Stride, 1998. Ramirez, Graham, Richards, Cull, & Gregory, 1996).

Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε το γενικότερο προβάδισμα των γυναικών, σχετικά με την ψυχολογική νοσηρότητα, συναντάμε το εξής παράδοξο. Ο γάμος για τα δύο φύλα ιατρών δε λογίζεται το ίδιο. Για τους άντρες αποτελεί προστατευτικό παράγοντα, ενώ για τις γυναίκες συνιστά παράγοντα κινδύνου μελλοντικής εμφάνισης ψυχικής διαταραχής. Για πολλές γυναίκες ιατρούς που είναι παντρεμένες με παιδιά, αποτελεί κανόνα και ουχί εξαίρεση η ανάληψη του σπιτιού και η διεκπεραίωση των οικιακών καθηκόντων, παράλληλα με την κύρια εργασία τους (Guthrie & Black, 1997).

Δεν είναι λίγες οι φορές που στο όνομα του επαγγελματισμού, υποθάλπονται συναισθηματικές δυσκολίες. Πίσω από ένα ήρεμο, ψύχραιμο και υπεύθυνο προσωπίο μπορεί να κρύβεται μια εσωτερική αναταραχή. Ορισμένοι ιατροί δε διστάζουν να αφήσουν να φανούν η ενδεχόμενη κούραση ή το στρες το οποίο βιώνουν, ενώ άλλοι στρέφονται προς το αλκοόλ και τις ουσίες, προκειμένου να διατηρήσουν το κύρος και το μύθο της παντοδυναμίας τους (Virshup, Coombs & Kohatsu, 1993).

Από τη βιβλιογραφία καθίσταται σαφές ότι, πολλοί ιατροί οι οποίοι εμφανίζουν εξαρτητικές συμπεριφορές μετέπειτα στην καριέρα τους, έχουν ήδη εκδηλώσει σημάδια ότι διαθέτουν ευάλωτη προσωπικότητα, από όταν ήταν φοιτητές (Marshall, 2008). Περίπου 1 στους 15 Βρετανούς ιατρούς, είναι πιθανό να εμφανίσει εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της καριέρας του (British Medical Association, 1998). Οι ιατροί παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών και κάνουν συχνότερα κατάχρηση ουσιών σε σχέση με άλλους επαγγελματίες αλλά και συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Παρασχάκης, 2009). Οι ίδιοι αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών τους

έκαναν χρήση αμφεταμινών ή βαρβιτουρικών (A'Brook, Hailstone, & McLauchlan, 1967), αν και γνωρίζουν καλύτερα από τους υπόλοιπους φοιτητές τις επιπτώσεις των καταχρήσεων για τον ανθρώπινο οργανισμό (Collier & Beales, 1989. File, Mabbutt, & Schaffer, 1994. Croen, Woesner, Herman, & Reichgott, 1997).

Μολονότι, τα προβλήματα σχετικά με τις εξαρτήσεις εκτείνονται σε όλες τις ειδικότητες, εν τούτοις, έρευνα σε Γεωργιανούς ιατρούς, θέλει τους αναισθησιολόγους και τους οικογενειακούς ιατρούς να προηγούνται (Talbot, Gallegos, Wilson, & Porter, 1987). Από την άλλη, συγκριτικές έρευνες στη Βόρεια Αμερική δείχνουν ότι οι ψυχίατροι εμφανίζουν ισχυρότερες τάσεις εξάρτησης από ουσίες (Hughes, DeWitt, Baldwin, Sheehan, Conard, & Storr, 1992. Vaillant, 1992). Δεν είναι λίγες οι φορές που παρασέρνουν και τις γυναίκες τους σε αυτό τον κύκλο των εξαρτητικών συμπεριφορών (Quinn, 1960).

Ο αλκοολισμός πλήττει επίσης σοβαρά τους άντρες ιατρούς (Παρασχάκης, 2009. Vincent, Robinson, & Lave, 1969), και δη τους χειρουργούς (Rosta, 2008. Rosta & Aasland, 2005), και φαίνεται να συνδέεται με υψηλά επίπεδα άγχους (Newbury-Birch, Walshaw, & Farhad, 2001). Ο θάνατος από κύρωση του ύπατος συμβαίνει 2,5 περισσότερο στους ιατρούς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Glatt, 1974). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι, η ομάδα των ιατρών διαθέτει μια πιο ισχυρή ροπή, στο να αρνείται ή να αγνοεί επανειλημμένα τη θεραπεία, σε σχέση με άλλα επαγγέλματα (Pearson & Strecker, 1960. Ottenberg, 1975). Επίσης, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι, το 54% των φοιτητών που έκαναν κατάχρηση αλκοόλ, ήταν οι περισσότερο ταλαντούχοι και καλοί φοιτητές (Short, 1979). Οι γυναίκες ιατροί με προβλήματα αλκοολισμού, συνήθως φέρουν οικογενειακό ιστορικό με εθισμούς, ήταν άριστες ως φοιτήτριες και εμφανίζουν ροπή προς την κατάθλιψη και την αυτοκτονία (Bissell & Skorina, 1987). Περαιτέρω προβληματισμό θέτουν τα ευρήματα που θέλουν τις γυναίκες ιατρούς, που βρίσκονται από το μέσον της καριέρας τους και μετά, να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με γυναίκες που απασχολούνται σε άλλα επαγγέλματα (Flaherty & Richman, 1993).

Ωστόσο, για ορισμένους ερευνητές, οι φοιτητές ιατρικής δεν φαίνεται να ξεπερνούν σε κατανάλωση αλκοόλ, αντίστοιχους φοιτητές άλλων σχολών (Newbury – Birch, 2001. Dahlin, Joneborg, & Runeson, 2011). Συχνά η κατανάλωση αλκοόλ είναι ο προθάλαμος για τη μετέπειτα χρήση ναρκωτικών (Anon, 1995. Newbury – Birch, White, & Kamali, 2000). Σε έρευνα που έγινε σε Αυστραλιανούς ιατρούς

βρέθηκε ότι την υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ κατείχαν άντρες γιατροί 40-49 ετών, εσωστρεφείς με νευρωτικά χαρακτηριστικά (Nash, Daly, Kelly, van Ekert, Walter, Walton, Willeick, & Tennant, 2010). Αλλού στη βιβλιογραφία η κατανάλωση αλκοόλ από τους ιατρούς, συναντάται στις ηλικίες 30-40 ετών, προτού, δηλαδή, εδραιωθούν επαγγελματικά, και 50-65 ετών, αφότου έχουν πια εδραιωθεί και λίγο πριν την κρίση της μέσης ηλικίας (Connolly, 1978).

Οι ίδιοι αποδίδουν την υψηλή κατανάλωση αλκοόλ σε «υποβόσκουσες ψυχολογικές» δυσκολίες, σε υπερωρίες καθώς και σε προβλήματα στο γάμο τους (Murray, 1976). Επιπλέον λόγοι οι οποίοι συναντώνται, αφορούν στην εύκολη πρόσβαση σε αλκοόλ και ναρκωτικά και στη μειωμένη ικανοποίηση που προσφέρει το επάγγελμά τους (Glaser, Brewster, & Sisson, 1986). Αν και από την πλευρά τους βιώνουν ντροπή και ενοχές αναφορικά με τους εθισμούς τους, αυτό που τους βοηθά να επιβιώνουν στη δουλειά τους είναι ένας συνδυασμός μυστικοπάθειας, άρνησης και διανοητικής ανάπτυξης (Marshall, 2008).

Η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή/και χρήση ουσιών είναι πολύ πιθανό να συνυπάρχουν μαζί με άγχος ή/και κατάθλιψη. Ο Jones (1967) σε σχετική έρευνα βρήκε ότι οι περισσότεροι ιατροί που ήταν χρήστες ουσιών έπασχαν από κατάθλιψη. Αργότερα σε έρευνά του ο ίδιος (Jones, 1977) σε ιατρικά αρχεία βρήκε ότι, οι μισοί σχεδόν (52%) ιατροί-ασθενείς που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρική δομή, υπέφεραν εξαιτίας του εθισμού τους σε αλκοόλ ή/και ουσίες. Σε αντίστοιχη έρευνα σε 36 γιατρούς- ασθενείς (Simon & Gayle, 1968), τα ποσοστά κατάθλιψης (80%), κατάχρησης αλκοόλ (69%) και ναρκωτικών (58%) αφορούσαν σημαντικά πάνω από τους μισούς ιατρούς-ασθενείς του δείγματος.

Γενικότερα, τα προβλήματα εξάρτησης των ειδικευόμενων ιατρών, ξεκινούν περί τα 30-40 έτη δίχως να αναζητείται θεραπεία για αυτά για τα επόμενα δύο έως τρία χρόνια (Shortt, 1979). Ακόμα, φαίνεται πως υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτά και σε στοιχεία προσωπικότητας των ιατρών. Έχει βρεθεί ότι χαρακτηριστικά όπως, εργασιομανία, ανταγωνιστικότητα, τελειομανία καθώς και ο αγώνας για την επιτυχία, είναι ικανά να ενισχύσουν τη ροπή προς την κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών (Jones, 1977). Τα παραπάνω χαρακτηριστικά συναντώνται και ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης και αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Pearson & Strecker, 1960).

Οι Έλληνες ερευνητές μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισαν να μελετούν την ψυχοσωματική

ισορροπία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (Αντωνίου & Τζαβάρα, 2005). Αν και οι περισσότερες έρευνες διεξήχθησαν σε νοσηλευτικό προσωπικό, όπως είναι λόγου χάρη στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης (Σιουρούνη, Θεοδώρου, & Χόνδρος, 2006), στα Νοσοκομεία των νησιών του Αιγαίου (Καρύδα Χατζόπουλος, & Γιοβάνη, 2004), καθώς και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Μιχαλοπούλου, 2003), εν τούτοις, ανέδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την εργασιακή απόδοση του επαγγελματία υγείας (Σταύρου & Αναγνωστόπουλος, 2005) και τόνισαν τη σημαντικότητα της διδασκαλίας τρόπων μείωσης του άγχους προκειμένου να αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση (Μιχαλοπούλου, 2003).

Τέλος, ο προσανατολισμός της έρευνας προς τα επαγγέλματα φροντίδας (ιατροί, νοσηλευτές και λοιπά επαγγέλματα), κατά τη γνώμη μας, είναι επιτακτικός, διότι η ποιότητα της ψυχικής υγείας του ατόμου που φροντίζει, δεν μπορεί να είναι στο ίδιο ή χαμηλότερο επίπεδο, από εκείνη του ατόμου που δέχεται τη φροντίδα. Δε φαντάζει υπερβολικό να σκεφτούμε ότι ένας, λόγου χάρη, καταθλιπτικός ιατρός, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία των υπόλοιπων ασθενών του (Adshead, 2005. Lockley, Cronin, Evans, Cade, Lee, Landrigan, Rothschild, Katz, Lilly, Stone, Aeshbach, & Czeisler, 2004. West, Tann, Habermann, Sloan, & Shanafelt, 2009), καθώς ενδέχεται να τους συμβουλεύσει λανθασμένα (Frank, Rothenberg, Lewis, & Belodoff, 2000). Οι επιπτώσεις της διαταραγμένης συμπεριφοράς ενός ιατρού δεν φαίνεται να είναι ίδια, λόγου χάρη με ενός βιβλιοθηκάρου, όπου η επίπτωση της ενδεχόμενης εξουθένωσής του έχει διαφορετική βαρύτητα, από αυτή του επαγγελματία υγείας (Παππά, Αναγνωστόπουλος, Νιάκα, 2008). Από την άλλη, οι ιατρικοί σύλλογοι δε φαίνεται να δρουν υποστηρικτικά, αφήνοντας τα μέλη τους εκτεθειμένα απέναντι στις αυξανόμενες απαιτήσεις του επαγγέλματος, ενισχύοντας, πιθανότατα, τη ροπή προς την κατάθλιψη και την αυτοκτονία (DeSole, Avonson, & Single, 1969). Επιπλέον, αν αναλογιστούμε τα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών ή ακόμα και τις διαδικασίες για την ανάληψη ειδικότητας, θα διαπιστώσουμε πως η ιατρική κοινότητα δεν προωθεί αρκετά τη σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας των μελών της (Zigmond, 1984). Έτσι, οποιαδήποτε προσπάθεια διερεύνησης προς αυτή την κατεύθυνση, προσδοκούμε να επιδράσει θετικά στη μείωση του στιγματισμού ενός ιατρού που μπορεί να νοσεί (Vincent, Robinson, & Lave, 1969). Κατά επέκταση, ένας ιατρός που νοσεί, επηρεάζει άμεσα το κοινωνικό περιβάλλον του, εφόσον μειώνεται

το ενδιαφέρον για την ανατροφή των παιδιών (Modlin & Montes, 1964) και ενισχύεται η απόσυρσή του από κάθε είδους ευθύνες και δραστηριότητες της οικογένειας (Small, Small, Assue, & Moore 1969).

Έτσι, λοιπόν, το ψυχικό σθένος, για όσους επιθυμούν να ασχοληθούν με την ιατρική, γίνεται συστατικό ζωτικής σημασίας και η ψυχική ευαλωτότητα οφείλει πλέον να λογιστεί με περισσότερη σοβαρότητα (Thomas, 1976) και υπευθυνότητα από τα προγράμματα σπουδών των εν λόγω πανεπιστημιακών σχολών.

Κλείνοντας, η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι συνδεδεμένη με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικράτησαν στη χώρα ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Παρά τα βήματα προόδου που έγιναν, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, ελλείψεις και ανεπάρκειες. Ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ένα από τα λιγότερο αναπτυγμένα κοινωνικο-οικονομικά υποσυστήματα (Θεοδώρου, Σαρρής, & Σούλης, 2001).

Είναι γνωστό ότι τα Δημόσια Ελληνικά Νοσοκομεία αντιμετωπίζουν καιρία προβλήματα διαχείρισης και εκσυγχρονισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Κύριος άξονας της αναποτελεσματικότητας της λειτουργίας τους είναι ο χαμηλός βαθμός της ικανοποίησης των πολιτών, αφού κάθε πολίτης που καταφεύγει σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο ζητώντας την απαραίτητη υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη, δηλώνει σιωπηρά την εμπιστοσύνη του στις υπηρεσίες παροχής υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, προβλήματα εστιάζονται στο αναποτελεσματικό σύστημα διοίκησης. Ειδικότερα η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της Δημόσιας Διοίκησης καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τη λειτουργία και τις δυνατότητες του συστήματος διοίκησης. Το υφιστάμενο σύστημα διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων δεν παρέχει πραγματική δυνατότητα άσκησης διοίκησης. Οι υφιστάμενοι περιορισμοί προκύπτουν κυρίως από το νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα. Το γεγονός αυτό, δυσχεραίνει την εφαρμογή ριζικών μεταβολών και εισαγωγή καινοτομιών στον τρόπο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων στο σύνολο τους.

Δεν είναι λίγες οι αναφορές ακόμα και του ξένου τύπου σχετικά με την αφόρητη κατάσταση που επικρατεί στα δημόσια νοσοκομεία. Οι The Times (23/05/15) χαρακτηρίζουν την κατάσταση έκρυθμη

αναφέροντας περιπτώσεις νοσοκομείων που ζητούν από τους ασθενείς τους να προσκομίσουν σεντόνια κατά τη νοσηλεία τους, ενώ δε λείπουν οι περιπτώσεις όπου ιατρικές διαδικασίες διεξάγονται χωρίς αναλγητικά. Ειδικευόμενος γιατρός του Νοσοκομείου ΚΑΤ αναφέρει χαρακτηριστικά ότι: *“Δεν υπάρχουν χρήματα για να επισκευαστεί ο ιατρικός εξοπλισμός, για πετρέλαιο ώστε να μετακινηθούν τα ασθενοφόρα, δεν υπάρχουν χρήματα για να προσληφθούν νοσοκόμες ή για να αγοραστεί σύγχρονος χειρουργικός εξοπλισμός”* (The Independent, 2015). Η Αθήνα διαθέτει 140 δημόσια νοσοκομεία, τα οποία “είδαν” τις προμήθειές τους να μειώνονται κατά 94% τους πρώτους μήνες του έτους (The Telegraph, 2015). Ο αρθρογράφος της Daily Mail διερωτάται “Πώς πεθαίνει ένα Έθνος”, για να διαπιστώσει, μετά από περιήγηση σε νοσοκομεία της Αθήνας, πως ένα έθνος πεθαίνει όταν οι ίδιοι οι άνθρωποι του πεθαίνουν κατά χιλιάδες επειδή το κράτος δεν αντέχει οικονομικά να τους θεραπεύσει.

Από όλα τα παραπάνω διαπιστώνουμε εύλογα, τις ψυχοπιεστικές συνθήκες μέσα στις οποίες ο ιατρός καλείται να ασκήσει τα καθήκοντά του. Πρόκειται για μια “άνιση μάχη” ανάμεσα στην ηθική ακεραιότητα, ψυχική ανθεκτικότητα, αφοσίωση και πρόθεση θεραπείας, από τη μια και στα διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα, το “φτωχό” εξοπλισμό, ελλειπές προσωπικό και τον αυξανόμενο αριθμό εισερχομένων ασθενών, από την άλλη. Θεωρούμε πως η εκάστοτε “νίκη” θα εξαρτάται από τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του κάθε ιατρού.

Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος

Γενικός στόχος είναι να διερευνήσουμε κατά πόσο η πιθανότητα εκδήλωσης Κατάθλιψης συσχετίζεται/ερμηνεύεται από την ιδιότητα του ιατρού, άλλους δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, καταγωγή), καταστασιακούς παράγοντες (της εργασίας και του κοινωνικού δικτύου), διαπροσωπικού χαρακτήρα ψυχολογικούς παράγοντες, όπως το άγχος και η αποφυγή, νοούμενοι μέσα από τη Θεωρία Δεσμού και άλλους ψυχολογικούς συντελεστές, όπως τα είδη μοναξιάς και οι στρατηγικές διαχείρισής τους. Αναμένουμε ότι, οι ψυχολογικοί παράγοντες της Υπαρξιακής Μοναξιάς και του Ύφους Σύναμης Δεσμού (ΥΣΔ), θα παίξουν ιδιαίτερα ισχυρό ρόλο στην πρόβλεψη/ερμηνεία της πιθανότητας εκδήλωσης κατάθλιψης μεταξύ των ιατρών παρά μεταξύ των μη ιατρών.

Ανάμεσα στους ειδικότερους στόχους τις έρευνας, αναμένεται πως ο πληθυσμός των ειδικευόμενων ιατρών θα επιβαρύνεται ψυχικά περισσότερο συγκριτικά με τον πληθυσμό των μη ιατρών. Προκειμένου να επιβεβαιωθεί η υπόθεσή μας προσδοκούμε πως, οι ειδικευόμενοι ιατροί θα βιώνουν υψηλότερα ποσοστά Μοναξιάς (Υπαρξιακή και Κοινωνική), Κατάθλιψης, καθώς και μεγαλύτερη Προτίμηση για Μόνωση. Παράλληλα αναμένουμε πως, θα διαθέτουν ελλιπέστερο Κοινωνικό Δίκτυο και πιο επιβαρύνουσες Συνθήκες Εργασίας, συγκριτικά με τους μη ιατρούς.

Πιο συγκεκριμένα για τον πληθυσμό των ειδικευόμενων ιατρών υποθέτουμε πως, οι χειρουργικές ειδικότητες θα βιώνουν υψηλότερα ποσοστά Μοναξιάς (Υπαρξιακή και Κοινωνική), Κατάθλιψης και θα έχουν μεγαλύτερη Προτίμηση για Μόνωση, σε σχέση με τις ψυχιατρικές/νευρολογικές ειδικότητες, τις παθολογικές ειδικότητες καθώς και τις ειδικότητες μητέρας/παιδιού. Ακόμη, αναμένουμε πως οι άντρες ιατροί θα νιώθουν υψηλότερη Μοναξιά (Υπαρξιακή και Κοινωνική), Κατάθλιψη και θα έχουν μεγαλύτερη Προτίμηση για Μόνωση, από ότι οι γυναίκες συνάδελφοί τους. Επιπλέον, οι μη έχοντες σχέση ειδικευόμενοι ιατροί, κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, πρόκειται να επιβαρύνονται περισσότερο ψυχικά σε σύγκριση με όσους διατηρούν συντροφική σχέση (ανεπίσημη ή γάμο). Τέλος, αναμένουμε πως τόσο η Μοναξιά (Υπαρξιακής και Κοινωνικής) όσο και Προτίμηση για Μόνωση αλλά και η Κατάθλιψη,

θα σχετίζονται σημαντικά με το έτος ειδικότητας στο οποίο βρίσκονται οι ειδικευόμενοι ιατροί κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας.

Τέλος, στόχος της παρούσας έρευνας είναι η λεπτομερέστερη διερεύνηση, του νέου είδους μοναξιάς, για τα ιατρικά ερευνητικά δεδομένα, της Υπαρξιακής Μοναξιάς, και του ρόλου αυτής αναφορικά με τη βίωση Κατάθλιψης ανάμεσα στις ειδικότητες των ειδικευόμενων ιατρών.

Κλείνοντας, βασική συμβολή της παρούσας έρευνας είναι και η διατύπωση προτάσεων και πρακτικών παρέμβασης, με σκοπό την ωφέλιμη διαχείριση του επώδυνου συναισθήματος της Μοναξιάς και της Κατάθλιψης, από τους ειδικευόμενους ιατρούς. Τόσο η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσο και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προσδοκούμε να αποτελέσουν τη βάση για τη διατύπωση των παραπάνω προτάσεων/πρακτικών.

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα (287), ήταν δείγμα ενηλίκων οι οποίοι προέρχονταν από ιατρικά (140) και μη ιατρικά επαγγέλματα (147) και οικειοθελώς ανταποκρίθηκαν στην πρόταση να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στα μη ιατρικά επαγγέλματα δεν περιλαμβάνονταν επαγγέλματα φροντίδας, όπως νοσηλεύτες, επισκέπτες υγείας, ψυχολόγοι, εκπαιδευτικοί, νηπιαγωγοί κ.ά. Κριτήρια συμμετοχής ήταν τα άτομα να είναι ενήλικες, 25-40 ετών, να μένουν και να εργάζονται στην Αθήνα. Ειδικότερα για τους ιατρούς να βρίσκονται εντός του χρόνου άσκησης της ειδικότητά τους. Από τους 287 συμμετέχοντες, το 48.8% (N=140) ήταν ειδικευόμενοι/ες ιατροί, ενώ οι υπόλοιποι 51.2% (N=147) προέρχονταν από μη ιατρικά επαγγέλματα. Στη συνολική σύσταση του δείγματος, αναφορικά με το φύλο, οι γυναίκες εκπροσωπούνται με ποσοστό 51.9% (N=149), έναντι των ανδρών 48.1% (N=138).

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι σε σχέση (39.4%, N=113), ακολουθούν όσοι δεν βρίσκονταν σε σχέση (34.5%, N=99) κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας και τέλος χαμηλότερη αντιπροσώπευση είχαν οι παντρεμένοι (23%, N=66) και ακόμα χαμηλότερη οι διαζευγμένοι (2.8%, N=8) και οι χήροι (0.3%, N=1).

Οι ιατροί

Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα των ειδικευόμενων ιατρών ήταν σχεδόν ισοκατανομημένο ανάμεσα στις γυναίκες (51.4%, N=72) και τους άνδρες (48.6%, N=68). Οι περισσότεροι δήλωσαν πως δεν είχαν κάποια ερωτική σχέση τη χρονική στιγμή της έρευνας (40.7%, N=57), ακολουθούν, με μικρή διαφορά μεταξύ τους, όσοι βρίσκονταν σε σχέση (30%, N=42), οι παντρεμένοι (26.4%, N=37) και τέλος λιγότεροι είναι οι διαζευγμένοι (2.1%, N=3) και οι χήροι (0.7%, N=1).

Προχωρώντας στην ειδικότητα, οι περισσότεροι που ανταποκρίθηκαν ήταν παθολόγοι (18.6%), ωτορινολαρυγγολόγοι (12.9%), ψυχίατροι (12.1%), καρδιολόγοι (9.3%), παιδοψυχίατροι (5.7%),

αναισθησιολόγοι (5.7%) και γενικοί χειρουργοί (5%). Ίση αντιπροσώπευση είχαν οι νευρολόγοι (4.3%), παιδίατροι (4.3%) και πλαστικοί χειρουργοί (4.3%), ενώ χαμηλότερη αντιπροσώπευση είχαν οι οφθαλμίατροι (2.9%), πνευμονολόγοι (2.1%), ορθοπεδικοί (2.1%), αιματολόγοι (1.4%), γενικοί γιατροί (1.4%), γυναικολόγοι (1.4%), νευροχειρουργοί (1.4%), ουρολόγοι (1.4%), και ακόμα χαμηλότερη οι γαστρεντερολόγοι (0.7%), γναθοπροσωπικοί χειρουργοί (0.7%), δερματολόγοι (0.7%), ειδικοί χειρουργοί (0.7%) και νεφρολόγοι (0.7%). Τέλος, η αντιπροσώπευση των νοσοκομείων είχε ως εξής: ΓΝΑ “Ο Ευαγγελισμός” (22.9%), ΓΝΑ “Γ. Γεννηματάς” (17.1%), ΓΝΑ “Ελπίς” (12.1%), ΝΠ “Η Αγία Σοφία” (11.4%), ΓΝΑ ΚΑΤ (10.7%), ΨΝΑ “Δαφνί” (4.3%), ΓΝΑ Λαϊκό (3.6%), ΓΝΑ “Αλεξάνδρα” (3.6%), ΓΝΑ “Ίπποκράτειο” (3.6%), ΓΝΝΘ “Η Σωτηρία” (2.9%), ΓΝΠ “Παναγιώτης & Αγλαΐα Κυριακού” (2.1%), ΨΝΑ “Δρομοκαΐτειο” (2.1%), ΠΓΝ “Αττικών” (1.4%), ΓΟΝΚ “Άγιοι Ανάργυροι” (1.4%) και ΓΝΑ “Σισμανόγλειο”(0.7%).

Οι μη ιατροί

Περνώντας στο δείγμα των μη ιατρών παρατηρούμε πως οι διαφοροποιήσεις αναφορικά με το φύλο είναι πολύ μικρές, με τις γυναίκες (52.4%, N=77) να έχουν υψηλότερο ποσοστό, έναντι των ανδρών (47.6%, N=70).

Διαφορές, όμως προκύπτουν από την οικογενειακή τους κατάσταση, καθώς στην προκειμένη περίπτωση των μη ιατρών, διπλάσιοι σχεδόν είναι αυτοί που δήλωσαν σε σχέση (48.3%, N=71), συγκριτικά με αυτούς που δεν είναι σε σχέση (28.6%, N=42) και ακόμα λιγότεροι όσοι είναι παντρεμένοι (19.7%, N=29) και διαζευγμένοι (3.4%, N=5), ενώ οι χήροι δεν αντιπροσωπεύονται στο συγκεκριμένο δείγμα.

Οι περισσότεροι των συμμετεχόντων μη ιατρών, είχαν πανεπιστημιακή μόρφωση (38.1%, N=56), ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου (36.7%, N=54), ενώ λιγότεροι ήταν οι απόφοιτοι λυκείου (9.5%, N=14), ΙΕΚ (8.8%, N=13) και όσοι κατείχουν διδακτορικό τίτλο (6.8%, N=10). Συγκριτικά με την επαγγελματική τους ιδιότητα, 51% (N=75) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, 36.1% (N=53) ελεύθεροι επαγγελματίες και 12.9%

(N=19) απασχολούνται στο δημόσιο τομέα.

Διαφορές ιατρών και μη ιατρών ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές, μεταξύ των ιατρών και μη ιατρών αναφορικά με το φύλο ($p=0.87$). Αντίθετα, στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση για τους δύο πληθυσμούς συνολικά ($p=0.01$). Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότεροι ιατροί του δείγματος δεν βρίσκονται σε κάποια σχέση τη χρονική διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας (40.7%), αντίθετα με τους μη ιατρούς, οι οποίοι βρίσκονταν σε σχέση σε ποσοστό 48.3%. Ακόμη, ο γάμος φαίνεται πως “ενδιαφέρει” περισσότερο τους ιατρούς (26.4%) σε σύγκριση με τους εργαζόμενους σε άλλα επαγγέλματα (19.7%). Τέλος, σε διάσταση δήλωσε μόλις το 2.1% των ιατρών, ποσοστό χαμηλότερο σε σχέση με τους μη ιατρούς (3.4%).

Ερευνητικά εργαλεία

Προκειμένου να αξιολογήσουμε τις διαπροσωπικές σχέσεις των ιατρών και μη ιατρών, χορηγήσαμε το *Ερωτηματολόγιο Σχέσεων* (Relationship Scale Questionnaire), ενώ για την εκτίμηση της ψυχικής τους υγείας, το *Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακής Μοναξιάς* (Existential Loneliness Questionnaire), τη σύντομη μορφή της *Κλίμακας Κοινωνική Μοναξιά* (The UCLA Loneliness Scale/ ULS-6), την *Κλίμακα Προτίμηση Μόνωσης* (The Preference for Solitude Scale), την *Κλίμακα Στρατηγικών Διαχείρισης Μοναξιάς* (The Coping Strategy Scale) και την υποκλίμακα *Κατάθλιψης του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας* (General Health Questionnaire- Depression). Τέλος, προκειμένου να αξιολογήσουμε το δίκτυο των συγγενών/φίλων και συνεργατών χορηγήσαμε την *Κλίμακα Κοινωνικού Δικτύου*, καθώς και το *Ερωτηματολόγιο Συνθηκών Εργασίας*, ώστε να εξάγουμε συμπεράσματα για τις εργασιακές τους συνθήκες

Ερωτηματολόγιο Σχέσεων (Relationship Scales Questionnaire [RSQ])

Προκειμένου να ελέγχξουμε εμπειρικά την υπόθεση αναφορικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις των ιατρών και μη ιατρών, χορηγήσαμε το *Ερωτηματολόγιο Σχέσεων* (Relationship Scale Questionnaire). Το εν λόγω εργαλείο επιλέχθηκε διότι έχει δείξει καλή συγκλίνουσα και προβλεπτική εγγυρότητα (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010). Επιπλέον, οι υψηλοί δείκτες άγχους και αποφυγής στο Ερωτηματολόγιο Σχέσεων, έχει βρεθεί πως αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας (Fortuna & Roisman, 2008), όπως είναι η κατάθλιψη για τη δική μας έρευνα.

Το Ερωτηματολόγιο Σχέσεων (RSQ), κατασκευάστηκε από τους Griffin και Bartholomew (1994) και πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με σκοπό τη διερεύνηση των διαστάσεων άγχους-αποφυγής, καθώς και των τεσσάρων τύπων ασφαλούς, φοβικού, έμμοικου και απορριπτικού δεσμού προς τους άλλους. Η διάσταση του άγχους αφορά στο βαθμό που το άτομο ανησυχεί πως ο/η σύντροφός του δεν

θα είναι διαθέσιμος όταν τον χρειαστεί, ενώ η διάσταση της αποφυγής αντανακλά το βαθμό που το άτομο δεν εμπιστεύεται την καλή πρόθεση του άλλου για συναλλαγή, καθώς παράλληλα προσπαθεί να διατηρήσει την ανεξαρτησία στη συμπεριφορά του και συναισθηματική απόσταση από αυτόν.

Αποτελείται από 30 ερωτήσεις, οι οποίες προέρχονται επιλεκτικά από τη Μέτρηση Δεσμού (Attachment Measure) των Hazan και Shaver (1987), το Ερωτηματολόγιο Σχέσεων (Relationship Questionnaire) των Bartholomew και Horowitz (1991) και την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων (Adult Attachment Scale) των Collins & Read (1990). Οι συμμετέχοντες απαντούν σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1= δεν μου ταιριάζει καθόλου, 2= μου ταιριάζει λίγο, 3= μου ταιριάζει κάπως, 4= μου ταιριάζει αρκετά, 5= μου ταιριάζει πάρα πολύ), δηλώνοντας με αυτό τον τρόπο το βαθμό στον οποίο η κάθε ερώτηση περιγράφει τον προσωπικό χαρακτηριστικό τρόπο και τα συναισθήματα για τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις (Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2012). Πέντε δηλώσεις αφορούν στον ασφαλή (3,9,10,15,28) και απορριπτικό τύπο δεσμού (2,6,19,22,26) και τέσσερις στο φοβικό (1,5,12,24) και υπερεμπλεκόμενο ή εμμονικό (6,8,16,25) τύπο σύναψης δεσμού. Η βαθμολογία στις επιμέρους διαστάσεις άγχους και αποφυγής, καθώς και στους τέσσερις τύπους δεσμού, προκύπτει από το μέσο όρο των ερωτήσεων που αντιστοιχούν στην κάθε επιμέρους κλίμακα. Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής για τους τύπους δεσμού έχουν βρεθεί να κυμαίνονται από 0.31 έως 0.47 (Griffin και Bartholomew, 1994), και από 0.50 έως 0.82 (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010). Αναφορικά με τις διαστάσεις άγχους-αποφυγής, έρευνα των Roisman, Ashley, Keren, Chris, Eric, & Alexis (2007), έδειξε αρκετά καλούς δείκτες εσωτερικής συνοχής, 0.86 και 0.84, αντίστοιχα. Ακολουθώντας το μοντέλο των Simpson, William, & Julia (1992) επιβεβαίωσε τα παραπάνω με δείκτες $\alpha = .77$ για τη διάσταση άγχους και $\alpha = .83$ για τη διάσταση της αποφυγής. Σε συμφωνία είναι τα αποτελέσματα μιας ακόμη πιο πρόσφατης έρευνας των Fraley, Waller, & Brennan (2013), οι οποίο μελέτησαν, διαχρονικά, παιδιά από 0-15 ετών και τους γονείς τους. Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής ήταν $\alpha = .86$ και $\alpha = .81$ αντίστοιχα.

Η προσαρμογή και επιμέλεια του εργαλείου στην ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε από τις Δασκάλου και Συγκολλίτου (2008), από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε με τυχαία δειγματοληψία σε 460 ενηλίκους μεταξύ 18-25 ετών και μέσο όρο ηλικίας τα 21 έτη.

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες φοιτούσαν σε δημόσια ΙΕΚ των νομών Θεσσαλονίκης και Χαλκιδικής, καθώς και σε σχολές του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Τα αποτελέσματά τους αναφορικά με τις διαστάσεις άγχους-αποφυγής συμφωνούν με το μοντέλο των Feeney και Hohaus (2001), όπου οι φορτίσεις των θεμάτων στο δείγμα, για τη διάσταση της αποφυγής, είναι ακριβώς ίδιες. Οι τέσσερις τύποι δεσμού, οι οποίοι δεν επιβεβαιώθηκαν ως πρότειναν οι κατασκευαστές του ερωτηματολογίου, ορίστηκαν βάση παραγοντικής ανάλυσης και συσχέτισης με τις δύο διαστάσεις. Οι δείκτες αξιοπιστίας για τις διαστάσεις άγχους-αποφυγής ήταν 0.83 και 0.60 αντίστοιχα, ενώ για τους τύπους κυμαίνονταν από 0.53 έως 0.74.

Σε δική μας πιλοτική έρευνα σε δείγμα 121 φοιτητών ψυχολογίας, φιλοσοφικής μαθηματικών και νομικής, του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2013, μοιράστηκαν σε φακέλους και επιστράφηκαν την επερχόμενη διδακτική συνάντηση στη γράφουσα. Και στη δική μας περίπτωση υπήρξε αδυναμία ως προς την επιβεβαίωση των τεσσάρων τύπων δεσμού. Πιο συγκεκριμένα, έχουμε τον ασφαλή τύπο με δείκτη α 0.14, στη συνέχεια το φοβικό με α 0.54 και τον υπερεμπλεκόμενο με α 0.24, τέλος τον απορριπτικό με δείκτη αξιοπιστίας α 0.34.

Από την πλευρά των διαστάσεων, που ενδιαφέρουν και τη δική μας έρευνα, τα αποτελέσματά ήταν πιο θετικά με τη διάσταση άγχους να έχει δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας 0.74 και τη διάσταση αποφυγής 0.60. Δείκτες σχεδόν αντίστοιχοι με την ελληνική έρευνα των Δασκάλου και Συγκολλίτου (2008).

Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακής Μοναξιάς (Existential Loneliness Questionnaire)

Προκειμένου να εκτιμήσουμε τη Υπαρξιακή Μοναξιά των συμμετεχόντων, χορηγήσαμε το *Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακής Μοναξιάς* (Existential Loneliness Questionnaire). Στη μέχρι τώρα βιβλιογραφία, εντοπίζονται μόλις δύο εργαλεία εκτίμησης της Υπαρξιακής Μοναξιάς: *Η Κλίμακα Παρατεταμένης Μοναξιάς του Belcher* (The Belcher Extended Loneliness Scale (BELS. Belcher, 1973) και το *Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακής Μοναξιάς* (The Existential Loneliness Questionnaire (ELQ. Mayers, Khoo, & Svartberg, 2002). Η BELS περιλαμβάνει συνολικά 60 λήμματα με οκτώ παράγοντες, μεταξύ των οποίων

έναν υπαρξιακό παράγοντα μοναξιάς (οκτώ λήμματα). Αυτός ο υπαρξιακός παράγοντας έχει βρεθεί πως συσχετίζεται μέτρια με τη συντομευμένη Κλίμακα Μοναξιάς ULS (Solano, 1980), που κι εμείς χορηγήσαμε, υποδηλώνοντας πως ο παράγοντας μπορεί να μην είναι ένα επαρκές μέτρο εκτίμησης της υπαρξιακής μοναξιάς. Η κλίμακα BELS έχει χαρακτηριστεί ως χρονοβόρα, δύσκολη στο χειρισμό της και εννοιολογικά πολύπλοκη (Scalise, Ginter, & Gerstein, 1984). Σε αντίθεση με τη BELS, το *Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακής Μοναξιάς (ELQ)*, εκτιμά μόνο την υπαρξιακή μοναξιά και έχει βρεθεί ότι διακρίνει καλά την υψηλή και χαμηλή μοναξιά ανάμεσα στους συμμετέχοντες (Mayers, Khoo, & Svartberg, 2001).

Το ερωτηματολόγιο της Υπαρξιακής Μοναξιάς κατασκευάστηκε από τους Anina Mayers, Siek-Toon Khoo και Martin Svartberg (2002) και εφαρμόστηκε σε πληθυσμό γυναικών, φορέων του AIDS. Πρόκειται για τη συντομευμένη μορφή (19 ερωτήσεις) του αρχικού Ερωτηματολογίου Υπαρξιακής Μοναξιάς (ELQ-P), που περιείχε 32 ερωτήσεις. Η πρώτη συγγραφέας διαπίστωσε πως, τα μέχρι τώρα ερωτηματολόγια μέτρησης της μοναξιάς, δεν επαρκούσαν ώστε να περιγράψουν το βαθύτερο αίσθημα μοναχικότητας που βίωναν αυτές οι γυναίκες και φιλοδόξησε με το εν λόγω ερωτηματολόγιο να καλύψει το κενό που υπάρχει στη βιβλιογραφία.

Με την άδεια της Anina Mayers το ερωτηματολόγιο αρχικά μεταφράστηκε από τη γράφουσα σε συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή. Στη συνέχεια δόθηκε σε δύο δίγλωσσους μεταπτυχιακούς φοιτητές ψυχολογίας του Αμερικανικού Κολλέγιου Ελλάδος (Deree) που δεν γνώριζαν το ερωτηματολόγιο, προκειμένου να γίνει επαναμετάφραση στα Αγγλικά. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώθηκε η ακρίβεια της ελληνικής εκδοχής. Στη συνέχεια, το Μάιο 2013, το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε φοιτητές ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, με σκοπό να ελεγχθεί η εγγυρότητα και αξιοπιστία του. Από τη χορήγηση προέκυψε ο αρκετά καλός δείκτης cronbach $\alpha = .78$.

Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε αποτελούνταν από 19 ερωτήσεις και τα υποκείμενα καλούνταν να απαντήσουν σε εξάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Οι απαντήσεις κυμαίνονταν από το 1 = *δεν ισχύει καθόλου για μένα* έως το 6 = *ισχύει πάρα πολύ για μένα*. Στην εκφώνηση τα άτομα προτρέπονταν να επιλέξουν τον αριθμό εκείνο, που τους αντιπροσωπεύει καλύτερα, για κάθε πρόταση που διάβαζαν. Έτσι, λόγου χάρη, στη δήλωση: “Αισθάνομαι πως είμαι στο έλεος του κόσμου”, το

υποκείμενο κυκλώνοντας το 1 δηλώνει πως η πρόταση δεν ισχύει καθόλου για αυτόν, κυκλώνοντας το 3 δηλώνει πως κάτι τέτοιο ισχύει μερικώς για αυτόν και τέλος το 6 μας δείχνει το μέγιστο βαθμό που η πρόταση ισχύει για αυτόν.

Τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου Υπαρξιακής Μοναξιάς προκύπτουν από το άθροισμα των αριθμών που θα κυκλώσει το υποκείμενο. Υψηλότερο άθροισμα υποδηλώνει και υψηλότερο βαθμό υπαρξιακής μοναξιάς. Ωστόσο, κλείνοντας να επισημάνουμε πως, για τις δηλώσεις 1, 2, 6, 12, 16, ισχύει το αντίστροφο σκοραρίσμα προκειμένου να τις υπολογίσουμε. Έτσι, λοιπόν, για τις προτάσεις αυτές, εάν το υποκείμενο επιλέξει το 6, ο βαθμός σκοραρίσματος που θα ισχύει θα είναι το 1, για το 5 θα είναι το 2, για το 4 το 3 και αντίστροφα.

Κλίμακα Κοινωνικής Μοναξιάς (The UCLA Loneliness Scale/ ULS-6)

Επιπρόσθετα, προκειμένου να αξιολογήσουμε την Κοινωνική Μοναξιά των συμμετεχόντων, χορηγήσαμε τη σύντομη μορφή της *Κλίμακας Κοινωνική Μοναξιά* (The UCLA Loneliness Scale/ ULS-6), η οποία έχει βρεθεί να έχει αρνητική συσχέτιση με τη γενικότερη ικανοποίηση των ατόμων από τη ζωή τους (Neto, 2014). Το αίσθημα ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του σχετίζεται με την κατάθλιψη που βιώνει (Koivumaa-Honkanen, Kaprio, Honkanen, Viinamäki, & Koskenvuo, 2004. Headey, Kelley, & Wearing, 1993) την οποία μελετά και η δική μας έρευνα.

Η κλίμακα μοναξιάς UCLA αναπτύχθηκε για τη μέτρηση των συναισθημάτων μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης (Σταλίκας, Ρούσση, & Τριλίβα, 2012). Τα στοιχεία για την αρχική έκδοση της κλίμακας βασίστηκαν στις δηλώσεις που χρησιμοποιήθηκαν από τα μοναχικά άτομα, με σκοπό να περιγράψουν τα αισθήματα της μοναξιάς (Russell, Paplau & Ferguson, 1978). Οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν σε μια «αρνητική ή μόνη» κατεύθυνση, σε μοναχικά άτομα, τα οποία περιγράφουν ό,τι αισθάνονται αυτό που περιγράφεται στην κλίμακα τεσσάρων σημείων, τα οποία παίρνουν τιμές από «ποτέ» ως «συχνά» και στην συνέχεια οι απαντήσεις βαθμολογούνταν ανάλογα, έχοντας σαν μέσο όρο της συνολικής βαθμολογίας το 20.

Στην πιο πρόσφατη, τρίτη, έκδοση της κλίμακας, έχει απλοποιηθεί η διατύπωση των ερωτήσεων και το σχήμα των απαντήσεων, έχοντας σκοπό να διευκολυνθεί η κατανόηση και η απάντηση των ερωτήσεων από τους λιγότερο μορφωμένους πληθυσμούς (Russell, 1996). Η UCLA (έκδοση 3η) περιέχει μια απαντητική κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών, όπου 1 = Ποτέ, 4 = Πολύ συχνά και το συνολικό σκορ μοναξιάς υπολογίζεται από το άθροισμα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις δέκα (10) ερωτήσεις (“Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι σου λείπουν οι παρέες;”, “Πόσο συχνά αισθάνεσαι μόνος/η;”). Υψηλότερος μέσος όρος υποδηλώνει υψηλότερο υποκειμενικό αίσθημα μοναξιάς. Ακόμη, ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α έχει λάβει διάφορες τιμές ξεκινώντας από 0.89 έως 0.94 (Russell, 1996. Al Khabit, 2012). Τέλος, η εγκυρότητα της κλίμακας αποδείχθηκε από τη συσχέτιση της με άλλες μετρήσεις μοναξιάς και υποστηρίχθηκε από τις σημαντικές σχέσεις της, με τις τιμές ικανοποίησης από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου (Russell, 1996).

Επίσης πραγματοποιήθηκαν έρευνες και στην Ελλάδα, ώστε να παρουσιαστεί η αξιοπιστία της κλίμακας μοναξιάς UCLA Loneliness scale και στον ελληνικό πληθυσμό. Μια ελληνική μετάφραση της αναθεωρημένης κλίμακας μοναξιάς UCLA, ήταν εσωτερικά αξιόπιστη ($\alpha = 0.89$) και συσχετίστηκε σημαντικά με την αγγλική έκδοση ($r = 0.94$) για ένα δείγμα δίγλωσσων σπουδαστών. Συγκεκριμένα, διεξήχθη μια έρευνα από το πανεπιστήμιο της Αθήνας (Malikiosi, Azizi & Anderson, 1994), της οποίας τα αποτελέσματα από την ελληνική μετάφραση του δείκτη ικανοποίησης ζωής συσχετίστηκαν με 0.95 με τα αποτελέσματα της αγγλικής έκδοσης για ένα δείγμα 36 Ελληνίδων φοιτητριών. Η εσωτερική αξιοπιστία της ελληνικής μετάφρασης εκτιμήθηκε σε $\alpha = 0.78$. Τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν σημαντικά -0.51 με αυτά μιας προηγούμενης έκδοσης ελληνικής μετάφρασης της αναθεωρημένης κλίμακας μοναξιάς UCLA και -0.37 με την κοινωνική μοναξιά και -0.40 με την συναισθηματική μοναξιά. Το ίδιο πρότυπο συσχετισμών βρέθηκε όταν η αγγλική έκδοξη δοκιμάστηκε σε φοιτητές και φοιτήτριες των ΗΠΑ. Επομένως ο έλεγχος της κλίμακας επιτρέπει τη χρήση της στην Ελλάδα (Malikiosi, Azizi, & Anderson, 1994).

Η διαφοροποιημένες μορφές όμως της UCLA Loneliness Scale δε σταματούν εδώ. Οι Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo (2004) δημιούργησαν μια αρκετά συντομευμένη μορφή της κλίμακας προκειμένου να είναι λειτουργική για τις συνεντεύξεις μέσω τηλεφώνου. Έτσι προέκυψε η Three-Item

Loneliness Scale (Κλίμακα Μοναξιάς των Τριών Σημείων) με ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία.

Στην έρευνά μας χορηγήσαμε μια, επίσης, συντομευμένη μορφή της κλίμακας, ULS - 6 , αποτελούμενη από έξι ερωτήσεις (“*Μου λείπουν οι παρέες*”, “*Νιώθω απομονωμένος από τους άλλους ανθρώπους*”), κατάλληλη για έρευνες σε μεγάλους πληθυσμούς (Neto, 2014). Η κλίμακα απαντάται στην ίδια τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert, όπως ακριβώς και οι προηγούμενες εκδόσεις της. Η ULS – 6 έχει χορηγηθεί σε φοιτητές (Neto, 2006), ενήλικες (Neto, 2002), ηλικιωμένους και μετανάστες, επιδεικνύοντας ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και υψηλή εσωτερική συνοχή (Neto, 2014).

Κλίμακα Προτίμησης Μόνωσης (The Preference for Solitude Scale)

Η κλίμακα Προτίμησης Μόνωσης (Burger, 1995), είναι το μοναδικό, μέχρι στιγμής, εργαλείο που εξετάζει την ροπή/τάση του ατόμου προς τη μόνωση από τους άλλους ανθρώπους. Η μετάφραση της κλίμακας έγινε από τη γράφουσα σε συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή. Στη συνέχεια δόθηκε σε δύο δίγλωσσους μεταπτυχιακούς φοιτητές ψυχολογίας του Αμερικανικού Κολλέγιου Ελλάδος (Deree) που δεν γνώριζαν το ερωτηματολόγιο, προκειμένου να γίνει επαναμετάφραση στα Αγγλικά. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώθηκε η ακρίβεια της ελληνικής εκδοχής. Στη συνέχεια, το Μάιο 2013, το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε φοιτητές ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, με σκοπό να ελεγχθεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία του. Η αφαίρεση δηλώσεων έγινε προκειμένου να βελτιώσουμε το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α , καθώς και να μειώσουμε τις δυσκολίες που προέκυψαν στην κατανόηση, η οποία διαπιστώθηκε ύστερα από συνέντευξη με ορισμένους από τους συμμετέχοντες. Ικανοποιητικός αριθμός ερευνών έχει αναδείξει την ψυχομετρική επάρκεια της Κλίμακας, της οποίας η εσωτερική συνοχή και καλή εγκυρότητα, την καθιστά κατάλληλη για ερευνητικούς σκοπούς (Cramer & Lake, 1998. Burger, 1995). Πιο συγκεκριμένα, η Κλίμακα Προτίμησης Μόνωσης διαθέτει καλό δείκτη εσωτερικής συνοχής (.70) και καλό δείκτη αξιοπιστίας αμφίδρομου ελέγχου (test-retest) (.72).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν από τα ζεύγη προτάσεων, αυτή που περιγράφει καλύτερα τον εαυτό τους. Σε κάθε ζεύγη προτάσεων, η μία δήλωση αντανακλά την προτίμησή των ατόμων για

μόνωση και η άλλη την προτίμησή τους να είναι με άλλους ανθρώπους. Παραδειγματικά, “*α. Απολαμβάνω να βρίσκομαι ανάμεσα σε ανθρώπους, β. Απολαμβάνω να είμαι μόνος/η μου.*” Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο περιέχει 12 ζεύγη ερωτήσεων, εκ των οποίων χρησιμοποιήσαμε τα 6 ζεύγη. Επομένως, για την καινούρια εκδοχή της κλίμακας, το μέγιστο σκορ είναι το 6, το οποίο και αντικατοπτρίζει τη μέγιστη τάση για μόνωση (αθροιστικό σκορ). Η κάθε δήλωση βαθμολογείται με μηδέν (0) ή ένα (1), με το υψηλότερο σκορ να καταδεικνύει την προτίμηση για μόνωση. Έτσι, λοιπόν, για την πρώτη δήλωση η επιλογή β=1, για τη δεύτερη β=1, για την τρίτη β=1, για την τέταρτη α=1, για την πέμπτη β=1 και για την έκτη β=1.

Κλίμακα Στρατηγικών Διαχείρισης της Μοναξιάς (The Coping Strategy Scale)

Προκειμένου να διερευνήσουμε τον τρόπο που οι συμμετέχοντες διαχειρίζονται τη μοναξιά τους χορηγήσαμε την *Κλίμακα Στρατηγικών Διαχείρισης Μοναξιάς* (The Coping Strategy Scale). Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες αναφορικά με τις πολιτισμικές διαφορές ως προς τη διαχείριση της μοναξιάς (Rokach, 1999), ενώ έχει χορηγηθεί και σε δείγμα νέων αστέγων (Rokach, 2005) και ατόμων σε ηγετικές θέσεις (Rokach, 2014). Επιλέξαμε την εξής κλίμακα, διότι οι Rokach & Brock (1998) υποστήριξαν ένα μοντέλο διαχείρισης της μοναξιάς που να στηρίζεται όχι μόνο σε πρακτικές/συμπεριφορικές στρατηγικές, αλλά και σε πιο διανοητικές/πνευματικές στρατηγικές, όπως είναι λόγου χάρη, ο Αναλογισμός και η Αποδοχή της μοναξιάς, η Θρησκεία και Πίστη, προκειμένου να έχουμε πιο ολοκληρωμένη εικόνα διαχείρισης του επώδυνου αυτού συναισθήματος. Ακόμη, στρατηγικές διαχείρισης της μοναξιάς, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ουσιών, που υπάγονται στην κατηγορία Αποστασιοποίηση και Άρνηση, έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την κατάθλιψη (Boden & Ferguson, 2011. Schuckit, 1994. Abraham & Fava, 1999) καθώς και να εντοπίζονται συχνά στον πληθυσμό των ιατρών (Παρασχάκης, 2009. Rosta, 2008. Rosta & Aasland, 2005).

Οι Rokach & Brock (1998) κατασκεύασαν την *Κλίμακα Στρατηγικών Διαχείρισης Μοναξιάς*, χρησιμοποιώντας στοιχεία που συνέλεξαν από τις περιγραφές των συμμετεχόντων αναφορικά με τη μοναξιά

που βίωναν. Πιο συγκεκριμένα, ο Rokach (1990), κατά την πρώτη φάση της έρευνάς του μελέτησε τις απαντήσεις και τις περιγραφές 526 ατόμων, αναφορικά με τους τρόπους που αντιμετωπίζουν τη μοναξιά τους. Τα στοιχεία που προέκυψαν από τις περιγραφές τροποποιήθηκαν και προσαρμόστηκαν με τη βοήθεια έξι ψυχολόγων και δύο φοιτητών ψυχολογίας. Το αποτέλεσμα ήταν να κατασκευαστεί η Κλίμακα Στρατηγικών Διαχείρισης Μοναξιάς η οποία περιλαμβάνει 86 δηλώσεις, όπου οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν με Ναι/Όχι.

Στη δεύτερη φάση της έρευνας (Rokach & Brock, 1998) η κλίμακα χορηγήθηκε σε 633 συμμετέχοντες, ηλικίας 13 έως 79 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 30 χρόνια, ενώ πάνω από το μισό του δείγματος εκπροσωπούσαν από εργένηδες (60%), ακολουθούσαν οι παντρεμένοι και σε σχέση (21%) και τέλος οι χωρισμένοι και χήροι (19%). Ύστερα από παραγοντική ανάλυση κατέληξαν στη διατύπωση έξι Κύριων Στρατηγικών Διαχείρισης της Μοναξιάς: **Αποδοχή και Διαμόρφωση Πόρων** που περιέχει τις στρατηγικές *Αναλογισμός και Αποδοχή, Προσωπική Ανάπτυξη και Κατανόηση, Θρησκεία και Πίστη, την Οικοδόμηση Κοινωνικής Γέφυρας* που περιλαμβάνει τις στρατηγικές *Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης και Αυξημένη Δραστηριότητα* και τέλος τη στρατηγική **Αποστασιοποίηση και Άρνηση**. Επιπλέον, να σημειωθεί πως ο Αναλογισμός και Αποδοχή, η Προσωπική Ανάπτυξη και Κατανόηση και η Οικοδόμηση Κοινωνικής Γέφυρας, ήταν οι συχνότερα επιλεγόμενες, από τους συμμετέχοντες, στρατηγικές διαχείρισης της μοναξιάς.

Στην τρίτη φάση της έρευνας (Rokach & Brock, 1998), οι συγγραφείς συσχέτισαν τις Στρατηγικές διαχείρισης της μοναξιάς με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και τη διάρκεια της μοναξιάς. Και εδώ ο Αναλογισμός και η Αποδοχή της μοναξιάς είναι η επικρατέστερη στρατηγική ανεξαρτήτως φύλου, οικογενειακής κατάστασης και διάρκειας μοναξιάς. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, η αμέσως επόμενη στρατηγική για τους εργένηδες, διαζευγμένους και χήρους είναι η Αποστασιοποίηση και Άρνηση, ενώ για τους παντρεμένους και σε σχέση συμμετέχοντες ήταν το Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης. Τέλος, ανάμεσα σε αυτούς που ένιωθαν μόνοι κατά τη διάρκεια διαξαγωγής της έρευνας, σε αυτούς που δεν ένιωθαν μόνοι, στους χρόνια μοναχικούς και στους περιοδικά μοναχικούς, η επικρατέστερη στρατηγική ήταν ο Αναλογισμός και η Αποδοχή.

Ύστερα από άδεια του πρώτου συγγραφέα, έγινε μετάφραση του ερωτηματολογίου από τη γράφουσα και τον επιβλέποντα καθηγητή. Στη συνέχεια δόθηκε σε δύο δίγλωσσους μεταπτυχιακούς φοιτητές ψυχολογίας του Αμερικανικού Κολλέγιου Ελλάδος (Deree) που δεν γνώριζαν το ερωτηματολόγιο, προκειμένου να γίνει επαναμετάφραση στα Αγγλικά. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώθηκε η ακρίβεια της ελληνικής εκδοχής. Ακόμη, προκειμένου να ελεγχθεί η εγγυρότητα και αξιοπιστία του το χορηγήσαμε σε 121 φοιτητές ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να επιλέξουν, ανάμεσα σε 26 δηλώσεις, τις προτάσεις εκείνες που δείχνουν τους τρόπους που διαχειρίζονται τη μοναξιά τους. Κάθε θετική απάντηση βαθμολογούνταν με 1, ενώ η κενή απάντηση με 0. Το αποτέλεσμα προέκυπτε αθροιστικά. Οι στρατηγικές που συγκέντρωναν τα υψηλότερα αθροίσματα ήταν και οι επικρατέστερες, ενώ με τα χαμηλότερα ήταν οι λιγότερο δημοφιλείς.

Στην κατηγορία Αναλογισμός και Αποδοχή αντιστοιχούν οι ερωτήσεις (9,10,14,22,20), στην Προσωπική Ανάπτυξη και Κατανόηση (1,11,12,16), στη Θρησκεία και Πίστη (8,13,21,25), στο Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης (2,3,5,19,24), στην Αυξημένη Δραστηριότητα (4,7,17) και τέλος στην Αποστασιοποίηση και Άρνηση (6,15,18,26,23). Πρόκειται για Κλίμακα όπου οι απαντήσεις είναι Ναι/Όχι και ως εκ τούτου δεν μπορούμε να αναμένουμε υπολογισμό του δείκτη *Cronbach a*.

Κλίμακα Κοινωνικού Δικτύου

Το Μάιο 2013 κατασκευάσαμε ερωτηματολόγιο που να αφορά στην αξιολόγηση του Κοινωνικού Δικτύου. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 10 ερωτήσεις και οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν είτε γράφοντας κάποιο αριθμό, που αφορούσε λ.χ. στον αριθμό των “στενών” φίλων, είτε σημειώνοντας αριθμό σε μια 6βαθμιαία κλίμακα, όπου 1: *Καμία φορά το μήνα* και 6: *Κάθε μέρα*. Να προσθέσουμε ότι, μία εκ των ερωτήσεων που αφορούσε στις προϋποθέσεις ανταλλαγής επισκέψεων, βαθμολογούνταν σε 5βαθμη κλίμακα, όπου, 1: *Καθόλου* και 5: *Πολύ*.

Μέσα από την παραγοντική ανάλυση του παραπάνω ερωτηματολογίου, όπως αυτό χορηγήθηκε στους πληθυσμούς ιατροί και μη ιατροί, προέκυψαν οι εξής τεσσέρις παράγοντες κοινωνικής δικτύωσης:

Συνθήκες ζωής (σπίτι, γειτονιά, πόλη) (ερωτήσεις 1,5,10), Αριθμός φίλων και Συχνότητα μη φυσικών επαφών (φίλοι/συγγενείς) (ερωτήσεις 2,6,7), Συχνότητα φυσικών επαφών (φίλοι/συγγενείς) (ερωτήσεις 3,4), Δραστηριότητες με συνεργάτες/συναδέλφους (ερωτήσεις 8,9). Η Κλίμακα αποτελείται από ερωτήσεις συχνότητας καθώς και κλίμακες, με αποτέλεσμα θα καθίσταται αμφίβολο αν ο υπολογισμός του *Cronbach α*, έχει στατιστική σημασία. Θεωρούμε πως η περαιτέρω χρήση και χορήγηση της Κλίμακας θα προσδιορίσει το βαθμό εγγυρότητας και αξιοπιστίας της.

Ερωτηματολόγιο Συνθηκών Εργασίας

Ομοίως με το ερωτηματολόγιο της Κοινωνικής Δικτύωσης κατασκευάσαμε και το Μάιο του 2013, το Ερωτηματολόγιο των Συνθηκών Εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 10 ερωτήσεις, που αξιολογούν τις συνθήκες εργασίας και τις ευκαιρίες/δυνατότητες συναναστροφών που αυτό παρέχει στους εργαζόμενους γιατρούς και μη. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert, όπου 1: Δεν ισχύει για μένα έως 5: Ισχύει απόλυτα για μένα. Από τη χορήγηση στον πληθυσμό των ιατρών και μη ιατρών προέκυψε καλός δείκτης Cronbach $\alpha = .509$.

Στη συνέχεια περάσαμε σε ανάλυση παραγόντων, από όπου προέκυψαν οι εξής κατηγορίες: Περιβάλλον Εργασίας (ερωτήσεις 1,3,5,6), Προσωπικές επιπτώσεις/Κόστη (χρόνος και ενέργεια) (ερωτήσεις 7,8,9) και Δυνατότητες Προσωπικής Επαφής (συνάδελφοι και πελάτες/εξυπηρετούμενοι) (ερωτήσεις 2,4,10).

Ο συντελεστής cronbach α υπολογίστηκε ξεχωριστά για τις δυο ομάδες ερωτήσεων σύμφωνα με το είδος της μεταβλητής/ απάντησης. Έτσι, για τις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7 ο δείκτης cronbach $\alpha = .62$ και για τις ερωτήσεις 1, 2, 8, 9, 10 ο cronbach $\alpha = .41$. Θεωρούμε τους δείκτες cronbach α ικανοποιητικούς αναλογιζόμενοι και το μικρό αριθμό των ερωτήσεων στις οποίες αντιστοιχούν.

Υποκλίμακα κατάθλιψης του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire GHQ-28, Goldberg & Hillier, 1979)

Προκειμένου να εξάγουμε συμπεράσματα αναφορικά με την κατάθλιψη που βιώνουν οι ιατροί, χορηγήσαμε την υποκλίμακα *Κατάθλιψης του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας* (General Health Questionnaire- Depression). Η υποκλίμακα Κατάθλιψη ενώ χρησιμοποιείται κλινικά (έχει δηλαδή “ουδό” παθολογίας) μπορεί με επαρκή ευαισθησία να καταγράψει διαβαθμίσεις κατάθλιψης και να ανιχνεύσει τόσο ατομικές διαφορές, όσο και διαφορές σε πληθυσμούς. Οι διαβαθμίσεις αυτές (ήπια κατάθλιψη έως σοβαρή κατάθλιψη) μας πληροφορούν για την κλινική εικόνα του ατόμου ώστε να αναζητηθεί η κατάλληλη επαγγελματική βοήθεια (Macaskill, 2012). Ακόμη, το γεγονός ότι, το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας δεν χάνει τη διαγνωστική του αξία, εφόσον “βρίσκει” τους νοσούντες, δικαιολογεί και την ευρέα χορήγησή του σε γενικούς πληθυσμούς (Pevalin, 2000. Montazeri, Harirchi, Shariati, Garmaroudi, Ebadi, & Fateh, 2003). Τέλος, από τη βιβλιογραφία γνωρίζουμε πως, ειδικά μεταξύ των ιατρών, παρατηρείται ιδιαίτερα αυξημένο ποσοστό κατάθλιψης, με στοιχεία αυτοκτονικού ιδεσμού (DeSole, Avonson, & Single, 1967. Hawton, Clements, & Sakarovitch, 2001. Isometsa, Henriksson, Aro, Heikkinen, Kuoppasalmi, & Lönnqvist, 1994), τα οποία αξιολογεί αρκετά καλά η υποκλίμακα της Κατάθλιψης.

Το GHQ-28, αποτελεί ανανεωμένη έκδοση του GHQ-60 και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς, ευρέως χρησιμοποιούμενο, που έχει ως στόχο την εκτίμηση της ψυχικής υγείας των ενηλίκων, καθώς και την επισήμανση ψυχικών διαταραχών και ελαφρών μορφών ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό. Η συμπλήρωσή του είναι εύκολη και δεν απαιτεί πάνω από δέκα λεπτά. Δημιουργήθηκε από τους Goldberg και Hillier (1979) και κυκλοφορεί σε τέσσερις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων: έτσι έχουμε την έκδοση των 60, 30, 28 και 12 ερωτήσεων. Η εκδοχή των 28 ερωτήσεων, που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, έχει σχεδιαστεί για μελέτες στις οποίες ένας ερευνητής χρειάζεται περισσότερη πληροφόρηση, από όση παίρνει από μια μόνο τιμή που δείχνει τη σοβαρότητα της κλινικής κατάστασης. Ωστόσο, το τεστ μπορεί να προσφέρει και μια τέτοια γενική τιμή, η οποία αντανάκλα την έννοια της “μόλις σημαντικής κλινικής διαταραχής” (Ευθυμίου, Ευσταθίου, & Καλντζή-Αζίζι, 2007).

Επιπλέον, η συγκεκριμένη έκδοση είναι η περισσότερο χρησιμοποιημένη, γεγονός που μας επιτρέπει να κάνουμε πιο αξιόπιστες συγκρίσεις (Jackson, 2007).

Οι 28 ερωτήσεις της τρίτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούν: α) την κατάθλιψη, β) το άγχος, γ) την κοινωνική δυσλειτουργικότητα και δ) τα σωματικά ενοχλήματα. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε υγιή, όσο και σε ασθενή πληθυσμό και έχει επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το μειονέκτημά του είναι ότι ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική υγεία και την ψυχική κατάσταση χωρίς να προσεγγίζει άλλες πτυχές της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Ακόμη, μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Μουτζούκη Αδαμοπούλου, Γαρυφαλλός, & Καραστεργίου (1990) και η στάθμισή του έγινε από τους Garyfallos, Karastergiou, Adamopoulou, Moutzoukis, Alagiozidou, Mala, & Garyfallos (1991). Σύμφωνα με τη μελέτη στάθμισής του το όριο για τον ελληνικό πληθυσμό είναι 5. Τούτο σημαίνει ότι η συνολική βαθμολογία (≤ 4) υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα, ενώ συνολική βαθμολογία (≥ 5) υποδηλώνει ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα. Όταν η συνολική τιμή του ερωτηματολογίου υπερβαίνει την τιμή αυτή, η πιθανότητα να διαγνωστεί κάποιος με ψυχική διαταραχή αυξάνεται. Επιπλέον, το ΕΓΥ – 28 επιτρέπει ξεχωριστή αξιολόγηση των τεσσάρων διαστάσεων. Έτσι, στις επιμέρους υποκλίμακες, υψηλότερες βαθμολογίες, υποδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα των συγκεκριμένων διαταραχών. Στην έρευνα απομονώσαμε την υποκλίμακα που αφορά στην κατάθλιψη και περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν τις αλλαγές που έχουν υπάρξει τις τελευταίες εβδομάδες. Η κάθε ερώτηση διερευνά αν το άτομο έχει εμφανίσει ένα ορισμένο σύμπτωμα ή είδος συμπεριφοράς, με μια κλίμακα που εκτείνεται από το “καθόλου” μέχρι το “πολύ περισσότερο απ’ότι συνήθως”, με εξαίρεση την τελευταία ερώτηση όπου η απάντηση εκτείνεται από το “σίγουρα όχι” μέχρι το “σίγουρα μου έχει περάσει”.

Διαδικασία

Οι συμμετέχοντες αναζητήθηκαν σε Δημόσια Νοσοκομεία της Αττικής, στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών, στο Σύλλογο Ειδικευόμενων Ιατρών του ΓΝΑ “Ο Ευαγγελισμός” καθώς και με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας. Η συλλογή των δεδομένων περιελάμβανε δύο τρόπους, έντυπη και ηλεκτρονική μορφή.

Στην πρώτη περίπτωση οι συμμετέχοντες λάμβαναν ερωτηματολόγια σε φακέλους, τα οποία επέστρεφαν, εσωκλείοντάς τα, σε προγραμματισμένο ραντεβού (μία εβδομάδα από την ημέρα παράδοσης). Το response rate κατά την επιστροφή των έντυπων ερωτηματολογίων ήταν 0. Στη δεύτερη περίπτωση, της ηλεκτρονικής μορφής, αναρτήθηκε ανακοίνωση στην ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και του Συλλόγου Ειδικευόμενων Ιατρών του ΓΝΑ “Ο Ευαγγελισμός”, όπου οι συμμετέχοντες με link μετέβαιναν στο προς συμπλήρωση ερωτηματολόγιο. Η ανακοίνωση ζητούσε άτομα να λάβουν μέρος σε έρευνα που αφορούσε τη μοναξιά και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 106 ερωτήσεις και ζητούσε από τους συμμετέχοντες είτε να “τικάρουν” τον αριθμό που είναι πιο κοντά στην απάντησή τους, είτε να επιλέξουν ανάμεσα σε *ναι - όχι*, ενώ σε άλλες να συμπληρώσουν έναν αριθμό. Αρχικά ζητούνταν πληροφορίες για τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και τόπος καταγωγής. Για τους μεν ιατρούς ζητούνταν επιπλέον να συμπληρώσουν την ειδικότητα, το νοσοκομείο που ασκούσαν την ειδικότητά τους, καθώς και το έτος ειδικότητας, προκειμένου να ελέγξουμε πως πρόκειται για ειδικευμένους. Δε χρειάστηκε να αποκλειστούν απαντήσεις, επομένως το response rate ήταν 0. Για τους μη ιατρούς ζητούνται να επιλέξουν το μορφωτικό τους επίπεδο, την επαγγελματική ιδιότητα και να συμπληρώσουν το επάγγελμά τους, προκειμένου να ελέγξουμε πως δεν ανήκαν σε φροντιστικά επαγγέλματα. Δε χρειάστηκε να αποκλειστούν απαντήσεις επομένως και εδώ το response rate ήταν 0. Η διαδικασία των δύο χορηγήσεων (έντυπη και ηλεκτρονική) διενεργήθηκε παράλληλα από τον Ιανουάριο 2015 έως τον Ιούνιο 2015 και ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν είκοσι λεπτά (20'). Οι συμμετέχοντες είχαν πληροφορηθεί για τους σκοπούς της έρευνας και είχαν συνενείσει σε αυτούς.

Αποτελέσματα

Για το έλεγχο του κύριου ερευνητικού μας ερωτήματος υποβάλαμε τις αποκρίσεις του συνόλου των συμμετεχόντων (ιατρών και μη ιατρών) σε ανάλυση παλινδρόμησης όπου οι δημογραφικές (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, καταγωγή, μορφωτικό επίπεδο), διαπροσωπικές (Διάσταση Άγχους, Διάσταση Αποφυγής), ψυχολογικές (Υπαρξιακή Μοναξιά, Κοινωνική Μοναξιά, Προτίμηση Μόνωσης), Στρατηγικές Διαχείρισης Μοναξιάς (Αποδοχή και Διαμόρφωση Πόρων: Αναλογισμός και Αποδοχή, Προσωπική Ανάπτυξη και Κατανόηση, Θρησκεία και Πίστη, Οικοδόμηση Κοινωνικής Γέφυρας: Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης, Αυξημένη Δραστηριότητα, Αποστασιοποίηση και Άρνηση) καθώς και καταστασιακές μεταβλητές του Κοινωνικού Δικτύου (Συνθήκες ζωής σπίτι/γειτονιά/πόλη, Αριθμός φίλων και μη φυσικές επαφές, Συχνότητα φυσικών επαφών, Δραστηριότητες με φίλους/συνεργάτες) και των Συνθηκών Εργασίας (Περιβάλλον Εργασίας, Προσωπικές επιπτώσεις/Κόστη, Δυνατότητες επαφής με συνεργάτες/εξυπηρετούμενους, ασθενείς) ήταν οι προβλεπτικές μεταβλητές και ο δείκτης κατάθλιψης η μεταβλητή κριτηρίου ή εξαρτημένη μεταβλητή.

Ο έλεγχος παραμετρικότητας/κανονικότητα υποδείξε ότι η ανάλυση είναι εφικτή. Ως προς την πολυγραμμικότητα, το VIF δεν υπερέβαινε σε καμία περίπτωση το 3, η δε «Ανοχή» κυμάνθηκε μεταξύ .70 και .91.

Το μοντέλο εξηγούσε ικανοποιητικά την μεταβλητότητα του κριτηρίου, $R^2=.45$, $F(23, 262) = 11.271$, $p < .001$, πλην όμως έδειξε ότι η ιδιότητα του συμμετέχοντος (ιατρός/μη ιατρός) αποτελούσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα $\beta=-.21$, $p < .05$ πράγμα που μας υπέδειξε ότι θα πρέπει να προβούμε σε αναλύσεις χωριστά για κάθε κατηγορία. Επομένως δεν παρουσιάζουμε εδώ τα υπόλοιπα ευρήματα της ανάλυσης. Ως προς το ερευνητικό μας ερώτημα πάντως, το αποτέλεσμα συνάδει προς την προσδοκία μας ότι διαφορετικοί παράγοντες εμπλέκονται στην εκδήλωση κατάθλιψης στους ιατρούς και μη ιατρούς.

Προχωρήσαμε λοιπόν σε κατά ιδιότητα αναλύσεις. Πρώτα δηλαδή υποβάλαμε σε ανάλυση παλινδρόμησης τις αποκρίσεις των μη ιατρών και κατόπιν των ιατρών, χρησιμοποιώντας τις αυτές προβλεπτικές μεταβλητές: δημογραφικές (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, καταγωγή, μορφωτικό επίπεδο),

διαπροσωπικές (Διάσταση Άγχους, Διάσταση Αποφυγής), ψυχολογικές (Υπαρξιακή Μοναξιά, Κοινωνική Μοναξιά, Προτίμηση Μόνωσης), Στρατηγικές Διαχείρισης Μοναξιάς (Αποδοχή και Διαμόρφωση Πόρων: Αναλογισμός και Αποδοχή, Προσωπική Ανάπτυξη και Κατανόηση, Θρησκεία και Πίστη, Οικοδόμηση Κοινωνικής Γέφυρας: Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης, Αυξημένη Δραστηριότητα, Αποστασιοποίηση και Άρνηση) καθώς και καταστασιακές μεταβλητές του Κοινωνικού Δικτύου (Συνθήκες ζωής σπίτι/γειτονιά/πόλη, Αριθμός φίλων και μη φυσικές επαφές, Συχνότητα φυσικών επαφών, Δραστηριότητες με φίλους/συνεργάτες) και των Συνθηκών Εργασίας (Περιβάλλον Εργασίας, Προσωπικές επιπτώσεις/Κόστη, Δυνατότητες επαφής με συνεργάτες/εξυπηρετούμενους, ασθενείς)

Στον Πίνακα 1 φαίνεται η Πολλαπλή Ανάλυση Παλινδρόμησης για τους μη ιατρούς ενώ στον Πίνακα 2 για τους ιατρούς. Στους Πίνακες 3 έως 14 φαίνονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις καθώς και οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται στις αντίστοιχες αναλύσεις.

Η Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για τους μη ιατρούς (Πίνακας 1) έδειξε ότι ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης ήταν ένας ψυχολογικός ενδοατομικός παράγοντας, η Υπαρξιακή Μοναξιά. Η μεγαλύτερη ένταση συνδεόταν με υψηλότερες ενδείξεις στο δείκτη της κατάθλιψης. Ακολουθούσαν έναν καταστασιακό και ένα δημογραφικό παράγοντα, τις συνθήκες ζωής και το φύλο. Οι χειρότερες αντικειμενικές συνθήκες ζωής, στην πόλη, στη γειτονιά και στο σπίτι συνδέονταν με περισσότερη κατάθλιψη. Ακόμη ήταν πιο πιθανό οι γυναίκες να έχουν υψηλότερο δείκτη κατάθλιψης από τους άνδρες.

Η Πολλαπλή Ανάλυση Παλινδρόμησης για τους ιατρούς (Πίνακας 2) έδειξε ότι ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης ήταν ένας κατά κάποιο τρόπο δημογραφικός, το ένα ο ιατρός είχε ή δεν είχε τρέχουσα στενή σχέση. Η ύπαρξη σχέσης συνδεόταν με λιγότερη κατάθλιψη. Σημειώνουμε ότι αυτό δεν είχε παρατηρηθεί στους μη ιατρούς. Κατά δεύτερο λόγο προέβλεπε την κατάθλιψη ο ψυχολογικός παράγοντας της Υπαρξιακής Μοναξιάς με τον ίδιο τρόπο όπως και στους μη ιατρούς. Ακολουθούσαν η στρατηγική του Δικτύου Κοινωνικής Υποστήριξης, η οποία αντίθετα από το αναμενόμενο φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη αυτοαναφερόμενη κατάθλιψη. Αντίθετα, η καταγωγή φαίνεται να συνδέεται με μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης όταν ο ιατρός κατάγεται από την επαρχία. Η Προτίμηση για Μόνωση επίσης

συνδέεται με αυξημένη κατάθλιψη ενώ αντίθετα η στρατηγική της Προσωπικής Ανάπτυξης και Κατανόησης με μειωμένη.

Πίν. 1

Πολλαπλή παλινδρόμηση για την πρόβλεψη/ερμηνεία της Κατάθλιψης (GHQ) μεταξύ **μη ιατρών** από δημογραφικές, καταστασιακές, ψυχολογικές μεταβλητές και στρατηγικές διαχείρισης της Μοναξιάς

Μεταβλητές	B	SEB	Βήτα
<u>Δημογραφικές</u>			
Φύλο	.54	.21	.20*
Οικογενειακή κατάσταση	-.13	.22	-.05
Καταγωγή	.10	.20	.04
Εκπαίδευση	.09	.10	.07
<u>Διαπροσωπικές</u>			
Άγχος	-.11	.22	-.05
Αποφυγή	-.21	.22	-.08
<u>Ψυχολογικές</u>			
Υπαρξιακή Μοναξιά	.87	.013	.66***
Κοινωνική Μοναξιά	-.03	.04	-.09
Προτίμηση Μόνωσης	.07	.07	.08
<u>Στρατηγικές Διαχείρισης Μοναξιάς</u>			
Αποδοχή/διαμόρφωση Πόρων			
Αναλογισμός /Αποδοχή	.06	.07	.06
Προσωπική Ανάπτυξη/Κατανόηση	-.03	.14	-.02
Θρησκεία και πίστη	.28	.14	.15~
Οικοδόμηση Κοινωνικής Γέφυρας			
Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης	-.03	.08	-.03
Αυξημένη Δραστηριότητα	-.01	.10	-.01
Αποστασιοποίηση/Αρνηση	.19	.14	.12
<u>Καταστασιακοί παράγοντες</u>			
Συνθήκες ζωής/πόλη/γειτονιά/σπίτι	.27	.10	.21**
Αριθμός φίλων και μη φυσικές επαφές	-.03	.12	-.02
Συχνότητα φυσικών επαφών	.20	.12	.16~
Δραστηριότητες με φίλους/συνεργάτες	-.14	.10	-.11
Περιβάλλον εργασίας	-.02	.10	-.01
Προσωπικές επιπτώσεις/κόστη	-.07	.10	-.05
Δυνατότητες επαφής με συνεργάτες/εξυπηρετούμενους, ασθενείς	-.05	.12	-.04

Σημείωση. $Radj.^2=.36$ (N=146), $F(23, 123) = 4.56$, $p < .000$. Δείκτες πολυγραμμικότητας: καμία τιμή του

VIF δεν ξεπέρασε το 2, οι τιμές Ανοχής κυμάνθηκαν από .47 - .88. Οι προϋποθέσεις κανονικότητας ικανοποιήθηκαν.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

~ οριακή στατιστική σημαντικότητα $p = .06$

~ ~οριακή στατιστική σημαντικότητα $p = .07$

Πίν. 2

Πολλαπλή παλινδρόμηση για την πρόβλεψη/ερμηνεία της Κατάθλιψης (GHQ) μεταξύ *ιατρών* από δημογραφικές, καταστασιακές, ψυχολογικές μεταβλητές και στρατηγικές διαχείρισης της Μοναξιάς

Μεταβλητές	<u>B</u>	<u>SEB</u>	<u>Βήτα</u>
<u>Δημογραφικές</u>			
Φύλο	-.11	.29	-.03
Οικογενειακή κατάσταση	1.69	.33	.38**
Καταγωγή	-.88	.28	-.20**
<u>Διαπροσωπικές</u>			
Άγχος	-.21	.31	-.06
Αποφυγή	.29	.30	.07
<u>Ψυχολογικές</u>			
Υπαρξιακή Μοναξιά	.05	.02	.34**
Κοινωνική Μοναξιά	.02	.06	.03
Προτίμηση Μόνωσης	.22	.09	.17*
<u>Στρατηγικές Διαχείρισης Μοναξιάς</u>			
Αποδοχή/διαμόρφωση Πόρων			
Αναλογισμός /Αποδοχή	.11	.10	.08
Προσωπική Ανάπτυξη/Κατανόηση	-.47	.24	-.13*
Θρησκεία και πίστη	-.10	.24	-.03
Οικοδόμηση Κοινωνικής γέφυρας			
Κοινωνική υποστήριξη	.46	.12	.27**
Αυξημένη Δραστηριότητα	-.07	.14	-.03
Αποστασιοποίηση-Άρνηση	-.23	.18	-.11
<u>Καταστασιακοί παράγοντες</u>			
Συνθήκες ζωής/πόλη/γειτονιά/σπίτι	-.28	.18	-.12
Αριθμός φίλων και μη φυσικές επαφές	-.18	.14	-.09
Συχνότητα φυσικών επαφών	.05	.18	.02
Δραστηριότητες με φίλους/συνεργάτες	.08	.15	.03
Περιβάλλον εργασίας	-.05	.17	-.02
Προσωπικές επιπτώσεις/κόστη	-.20	.16	-.08
Δυνατότητες επαφής με συνεργάτες/εξυπηρετούμενους, ασθενείς	-.05	.17	-.02

Σημείωση. $\text{Radj.}^2 = .59$ (N=138), $F(22, 116) = 10.12$, $p < .000$. Δεν υπήρχε μεταβλητή «Εκπαίδευση» για τους γιατρούς συμμετέχοντες. Οι προϋποθέσεις κανονικότητας ικανοποιήθηκαν. Δείκτες πολυγραμμικότητας: VIF Υπαρξιακής Μοναξιάς= 4.64, Κοινωνικής Μοναξιάς=4.36. Οι λοιπές δεν ξεπέρασαν το 2.21. Η Ανοχή κυμάνθηκε μεταξύ .22 και .85 Μολονότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι υψηλή, $r = .82$, $p < .001$, εξηγείται θεωρητικά εφόσον μάλιστα δεν έφτασε στο ίδιο επίπεδο μεταξύ των μη-ιατρών ($r = .60$, $p < .001$), όπου οι μεταβλητές δεν επέδειξαν ανάλογα VIF στην αντίστοιχη παλινδρόμηση (Υπαρξιακή μοναξιά=2.12, Κοινωνική μοναξιά= 2.17). Άρα το σχετικά υψηλό αλλά εντός συνηθισμένων αποδεκτών

ορίων VIF (κάτω από 5) μπορεί να γίνει ανεκτό.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Πίν.3

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με δημογραφικούς παράγοντες στους
ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1	2	3
Κατάθλιψη	1.41	2.20	-.22**	.59	-.19*
Δημογραφικοί παράγοντες					
4 Φύλο	1.51	0.50	--	-.18*	.16
5 Οικογενειακή κατάσταση	1.43	0.49	-.18*	--	.00
6 Καταγωγή	1.42	0.49	-.16	.00	--

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Πίν. 4

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με διαπροσωπικούς παράγοντες στους
ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1	2
Κατάθλιψη	1.41	2.20	.38**	.42**
Διαπροσωπικοί παράγοντες				
1. Διάσταση Άγχους	2.79	0.55	--	.26**
2. Διάσταση Αποφυγής	3.00	0.51	.26**	--

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Πίν. 5

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με ψυχολογικούς παράγοντες στους ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1	2	3
Κατάθλιψη	1.41	2.20	.64**	.51**	.41**
Ψυχολογικοί παράγοντες					
1. Υπαρξιακή Μοναξιά 37.97		14.02	--	.82**	.41**
2. Κοινωνική Μοναξιά 14.03		4.30	.82**	--	.38**
3. Προτίμηση Μόνωσης 2.70		1.74	.41**	.38**	--

*p< .05. **p< .01. ***p< .001.

Πίν. 6

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με επιπλέον ψυχολογικούς παράγοντες
(Στρατηγικές Διαχείρισης της Μοναξιάς) στους ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Κατάθλιψη	1.41	2.20	.14	.30**	-.24**	-.05	.00	.02	-0.3	.39**
Στρατηγικές Διαχείρισης Μοναξιάς										
Αποδοχή/Διαμόρφωση Πόρων										
1. ΑνΑ	2.44	1.56	.85**	--	.13	-.05	.10	.05	.10	.25**
2. ΠΑΚ	0.47	0.62	.53**	.13	--	.29**	.16	.19*	.02	-.12
3. ΘΠ	0.18	0.59	.36**	-0.5	.29**	--	.15	.13	.07	.12
Οικοδόμηση Κοινωνικής Γέφυρας										
4. ΔΚΥ	1.47	1.28	.15	.05	.19*	.13	.81**	--	.06	-.14
5. ΑΔ	1.19	0.97	.12	.10	.02	.07	.63**	.06	--	-.11
6. ΑΑ	0.60	1.00	.20*	.25**	-.12	.12	-.18*	-.14	-.11	--

*p< .05. **p< .01. ***p< .001.

Σημείωση: ΑνΑ = Αναλογισμός και Αποδοχή, ΠΑΚ = Προσωπική Ανάπτυξη και Κατανόηση, ΘΠ = Θρησκεία και Πίστη, ΔΚΥ = Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης, ΑΔ = Αυξημένη Δραστηριότητα, ΑΑ = Αποστασιοποίηση και Άρνηση.

Πίν. 7

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με καταστασιακούς παράγοντες (Κοινωνικό Δίκτυο) στους ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1.	2.	3.	4.
Κατάθλιψη	1.41	2.20	-.41**	-.16**	-.12	-.13
Κοινωνικό Δίκτυο						
1. Συνθήκες Ζωής (σπίτι, γειτονιά, πόλη)	-0.10	0.94	--	.23**	.24**	.32**
2. Αριθμός φίλων/ μη φυσική επαφή	-0.03	1.09	.23**	--	.31**	.21*
3. Συχνότητα Φυσικών Επαφών	-0.15	0.88	.24**	.31**	--	.28**
4. Δυνατότητες Επαφής (συνάδελφοι/συνεργάτες)	-0.02	0.94	.32**	.21*	.28**	--

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Πίν. 8

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με καταστασιακούς παράγοντες (Συνθήκες Εργασίας) στους ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1.	2.	3.
Κατάθλιψη	1.41	2.20	-.03	.20*	-.32**
Συνθήκες Εργασίας					
1. Περιβάλλον Εργασίας	0.37	0.67	--	-.14	.31**
2. Προσωπικές Επιπτώσεις/ Κόστη	0.29	0.91	-.14	--	-.21*
5. Δυνατότητες Επαφής (συνάδελφοι/εξυπηρετούμενοι, ασθενείς)	0.04	1.02	.31**	-.21*	--

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με δημογραφικούς παράγοντες στους μη ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1	2	3	4
Κατάθλιψη	0.70	1.34	.15	.05	-.09	.09
Δημογραφικοί παράγοντες						
1. Φύλο	1.52	0.50	–	-.16*	.02	.14
2. Οικογενειακή κατάσταση	1.31	0.46	-.16*	–	-.09	-.13
3. Καταγωγή	1.42	0.49	.02	-.09	–	-.12
4. Μορφωτικό επίπεδο	3.22	1.03	.14	-.13	-.12	--

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Πίν. 10

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με διαπροσωπικούς παράγοντες στους μη ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1	2
Κατάθλιψη	0.70	1.34	.25**	.04
Διαπροσωπικοί παράγοντες				
1. Διάσταση Άγχους	2.91	0.55	--	.15
2. Διάσταση Αποφυγής	2.97	0.51	.15	--

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Πίν. 11

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με ψυχολογικούς παράγοντες στους μη ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1	2	3
Κατάθλιψη	0.70	1.34	.55**	.26**	.09
Ψυχολογικοί παράγοντες					
1. Υπαρξιακή Μοναξιά	35.53	10.08	--	.59**	.12
2. Κοινωνική Μοναξιά	13.08	2.76	.59**	--	.25**
3. Προτίμηση Μόνωσης	2.68	1.58	.12	.25**	--

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με επιπλέον ψυχολογικούς παράγοντες
(Στρατηγικές Διαχείρισης της Μοναξιάς) στους μη ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Κατάθλιψη	0.70	1.34	.12	.08	.08	.05	.01	.00	.00	.21*
Στρατηγικές Διαχείρισης Μοναξιάς										
Αποδοχή/Διαμόρφωση Πόρων										
1. ΑνΑ	2.24	1.57	.82**	--	.04	.03	.18*	.13	.15	.27**
2. ΠΑΚ	0.68	0.75	.47**	.04	--	.14	.31**	.31**	.16	.26**
3. ΘΠ	0.21	0.70	.43**	.03	.14	--	.27**	.23**	.18*	.00
Οικοδόμηση Κοινωνικής Γέφυρας										
4. ΔΚΥ	1.75	1.29	.31**	.13	.31**	.23**	.82**	--	.18*	.19*
5. ΑΔ	1.27	1.01	.25**	.15	.16	.18*	.70**	.18*	--	.08
6. ΑΑ	0.67	0.88	.32**	.27**	.26**	.00	.19*	.19*	.08	--

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Σημείωση: ΑνΑ = Αναλογισμός και Αποδοχή, ΠΑΚ = Προσωπική Ανάπτυξη και Κατανόηση, ΘΠ = Θρησκεία και Πίστη, ΔΚΥ = Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης, ΑΔ = Αυξημένη Δραστηριότητα, ΑΑ = Αποστασιοποίηση και Άρνηση.

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με καταστασιακούς παράγοντες (Κοινωνικό Δίκτυο) στους μη ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1.	2.	3.	4.
Κατάθλιψη	0.70	1.34	.11	-.09	.10	-.13
Κοινωνικό Δίκτυο						
1. Συνθήκες Ζωής (σπίτι, γειτονιά, πόλη)	0.10	1.04	--	.28**	.29**	.10
2. Αριθμός φίλων/ μη φυσική επαφή	0.03	0.90	.28**	--	.44**	.11
3. Συχνότητα Φυσικών Επαφών	0.15	1.08	.29**	.44**	--	.02
4. Δυνατότητες Επαφής (συνάδελφοι/συνεργάτες)	0.02	1.05	.10	.11	0.2	--

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Συσχετίσεις Κατάθλιψης με καταστασιακούς παράγοντες (Συνθήκες Εργασίας) στους μη ιατρούς

Μεταβλητή	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	1.	2.	3.
Κατάθλιψη	0.70	1.34	-.13	-.04	-.05
Συνθήκες Εργασίας					
1. Περιβάλλον Εργασίας	-0.35	1.12	--	-.05	.52**
2. Προσωπικές Επιπτώσεις/Κόστη	-0.28	0.99	-.05	--	.01
3. Δυνατότητες Επαφής	-0.04	0.98	.52**	.01	--
(συνάδελφοι/εξυπηρετούμενοι, ασθενείς)					

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .00$

Διαφορές ιατρών και μη ιατρών ως προς τους ψυχολογικούς (Υπαρξιακή και Κοινωνική Μοναξιά, Προτίμηση Μόνωσης, Κατάθλιψη) και καταστασιακούς (Κοινωνικό Δίκτυο, Συνθήκες Εργασίας) παράγοντες.

Προκειμένου να ελεγχξουμε την υπόθεσή μας πως οι ιατροί θα επιβαρύνονται περισσότερο ψυχικά συγκριτικά με τους μη ιατρούς διαπιστώσαμε τα εξής: Αναφορικά με το βίωμα της Υπαρξιακής μοναξιάς και την Προτίμηση Μόνωσης, δεν παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο πληθυσμών ($p=0.09$, $p=0.89$ αντίστοιχα). Δε συμβαίνει όμως το ίδιο και με την Κοινωνική μοναξιά και την Κατάθλιψη, όπου εδώ συναντάμε στατιστικώς σημαντικές διαφορές ($p=0.04$, $p<0.001$ αντίστοιχα), με τους ιατρούς να προηγούνται των μη ιατρών.

Στη συνέχεια προκειμένου να ελέγξουμε την υπόθεση πως οι ιατροί θα διαθέτουν ελλιπέστερο κοινωνικό δίκτυο και πιο επιβαρυντικές συνθήκες εργασίας συγκριτικά με τους μη ιατρούς, προβήκαμε σε συγκρίσεις των παραγόντων του Κοινωνικού Δικτύου και των Συνθηκών Εργασίας. Ωστόσο, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, ως προς τις *Συνθήκες ζωής* (σπίτι, γειτονιά, πόλη, $p=0.07$), τον *Αριθμό φίλων* και τη *Συχνότητα των μη φυσικών επαφών* ($p=0.55$) καθώς και στις *Δραστηριότητες με τους συνεργάτες/συναδέλφους* ($p=0.67$). Στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται, μεταξύ ιατρών και μη ιατρών, στη *Συχνότητα των φυσικών επαφών*, όπου παρατηρείται στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή για τον πληθυσμό των ιατρών ($p=0.05$).

Στη συνέχεια, οι ιατροί έχουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές των παραγόντων, *Περιβάλλον Εργασίας* ($p<0.001$) και *Προσωπικές Επιπτώσεις/Κόστη* ($p<0.001$). Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές για τον παράγοντα *Δυνατότητες Επαφής* (συνάδελφοι και πελάτες/εξυπηρετούμενοι) για τους δύο πληθυσμούς ($p=0.44$) (Πίνακας 15).

Διαφορές ιατρών και μη ιατρών αναφορικά με ψυχολογικούς καθώς και καταστασιακούς παράγοντες

Ψυχολογικοί/ Καταστασιακοί παράγοντες	<u>Ιατροί</u>		<u>μη- Ιατροί</u>		<u>t</u>
	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	
Υπαρξιακή Μοναξιά	37.97	14.02	35.53	10.08	1.69
Προτίμηση Μόνωσης	2.70	1.74	2.68	1.58	0.13
Κοινωνική Μοναξιά	14.03	4.30	13.08	3.76	2.00*
Αποδοχή και Διαμόρφωση Πόρων	3.10	1.88	3.14	1.97	-0.15
Αναλογισμός και Αποδοχή	2.44	1.56	2.24	1.57	1.07
Προσωπική Ανάπτυξη/Κατανόηση	0.47	0.62	0.68	0.75	-2.44*
Θρησκεία και Πίστη	0.18	0.59	0.21	0.70	-0.41
Οικοδόμηση Κοινωνικής Γέφυρας	2.67	1.65	3.03	1.79	-1.77
Δίκτυο Κοινωνικής Υποστήριξης	1.47	1.28	1.75	1.29	-1.81
Αυξημένη Δραστηριότητα	1.19	0.07	1.27	1.01	-0.73
Αποστασιοποίηση και Άρνηση	0.60	1.00	0.67	0.88	-0.65
Κατάθλιψη	1.41	2.20	0.70	1.34	3.30***
Συνθήκες Ζωής	-0.10	0.94	0.10	1.04	-1.77
(σπίτι, γειτονιά, πόλη)					
Αριθμός Φίλων και	-0.30	1.09	0.34	0.90	-0.59
Συχνότητα μη φυσικών επαφών					
Συνότητα Φυσικών Επαφών	-0.15	0.88	0.15	1.08	-2.66***
Δραστηριότητες με συνεργάτες/	-0.02	0.94	0.02	1.05	-0.42

συναδέλφους					
Περιβάλλον Εργασίας	0.37	0.67	-0.35	1.12	6.56***
Προσωπικές Επιπτώσεις/	0.29	0.91	-0.28	0.99	0.51***
Κόστη					
Δυνατότητες επαφής	0.46	1.02	-0.04	0.98	0.77
(συνάδελφοι/εξυπηρετούμενοι, ασθενείς)					

*p < .05, ***p< .001

Διαφορές ειδικότητας, φύλου, οικογενειακής κατάστασης και έτους ειδικότητας στους ιατρούς

Αρχικά να αναφέρουμε πως, η κατηγοριοποίηση των ειδικοτήτων έγινε με βάση την κατάταξη των ιατρικών ειδικοτήτων σε τομείς στις ιατρικές σχολές. Πιο συγκεκριμένα συμβουλευτήκαμε τον Οδηγό Σπουδών της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Έτσι προέκυψαν οι εξής κατηγορίες ειδικοτήτων: Παθολογικές Ειδικότητες (N=49, 35%), Χειρουργικές Ειδικότητες (N=52, 37.1%), Ψυχιατρικές/Νευρολογικές Ειδικότητες (N=31, 22.1%), Ειδικότητες Μητέρας-Παιδιού (N=8, 5.7%). Με τον όρο οικογενειακή κατάσταση εννοούμε τη σχέση-μη σχέση. Στη σχέση περικλείονται η ανεπίσημη σχέση και ο γάμος.

Στη συνέχεια υποθέσαμε πως οι χειρουργικές ειδικότητες θα βιώνουν υψηλότερα ποσοστά μοναξιάς (υπαρξιακή και κοινωνική), κατάθλιψης και θα έχουν υψηλότερη προτίμηση για μόνωση, σε σχέση με τις ψυχιατρικές/νευρολογικές ειδικότητες και ειδικότητες μητέρας/παιδιού.

Από τις ανά ειδικότητα συγκρίσεις προέκυψε πως, οι ιατροί που ανήκαν στις χειρουργικές ειδικότητες, αισθάνονταν περισσότερο υπαρξιακά μόνοι σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που ανήκαν στις παθολογικές ($p < 0.001$) και ψυχιατρικές/νευρολογικές ειδικότητες ($p = 0.01$), αλλά όχι στην ειδικότητα μητέρας-παιδιού ($p = 0.25$). Επιπλέον, οι χειρουργοί αισθάνονταν περισσότερο κοινωνικά μόνοι συγκριτικά με τους παθολόγους ($p < 0.001$) και τους νευρολόγους/ψυχιάτρους ($p = 0.3$), όχι όμως και με τους ιατρούς της ειδικότητας μητέρας-παιδιού, όπου εδώ δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p = 0.99$). Ακόμη, οι χειρουργικές ειδικότητες βρέθηκε να βιώνουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης συγκριτικά με τις παθολογικές ειδικότητες ($p < 0.001$) και ειδικότητες μητέρας-παιδιού ($p < 0.001$), ενώ δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις χειρουργικές και ψυχιατρικές/νευρολογικές ειδικότητες, αναφορικά με την εμφάνιση κατάθλιψης ($p = 0.99$). Οι ιατροί της ψυχιατρικής/νευρολογικής ειδικότητας βίωναν σημαντικά υψηλότερη κατάθλιψη σε σχέση με τους συναδέλφους τους, της ειδικότητας μητέρας-παιδιού ($p = 0.02$), αλλά όχι συγκριτικά με τους παθολόγους ($p = 0.07$) και τους χειρουργούς ($p = 0.99$) (Πίν. 8). Τέλος η Προτίμηση για Μόνωση δεν βρέθηκε να διαφοροποιείται στατιστικώς σημαντικά

ανάμεσα στις κατηγορίες των ειδικοτήτων ($p= 0.84$) (Πίνακας 16).

Στη συνέχεια, προκειμένου να ελέγχσουμε την υπόθεσή μας πως οι άντρες ιατροί θα βιώνουν υψηλότερη μοναξιά (κοινωνική και υπαρξιακή), κατάθλιψη και θα έχουν μεγαλύτερη προτίμηση για μόνωση, από ότι οι γυναίκες συναδέλφοί τους, προχωρήσαμε σε συγκρίσεις αναφορικά με το φύλο.

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τη βίωση της Υπαρξιακής Μοναξιάς, με τους άντρες ιατρούς να προηγούνται έναντι των συναδέλφων τους γυναικών ($p< 0.001$). Ακόμη, στην περίπτωση της Κατάθλιψης οι άντρες ιατροί τείνουν και εδώ να είναι περισσότερο ευάλωτοι σε σχέση με τις γυναίκες ιατρούς ($p= 0.008$). Από την άλλη πλευρά, δεν αναφέρονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, τη βίωση Κοινωνικής Μοναξιάς και την Προτίμηση για Μόνωση ($p= 0.06$, $p= 0.29$ αντίστοιχα) (Πίνακας 17).

Ακόμη, κάναμε αναλύσεις αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ιατρών προκειμένου να ελέγχσουμε την υπόθεσή μας πως, οι μη έχοντες σχέση, ιατροί θα επιβαρύνονται περισσότερο ψυχικά (υπαρξιακή και κοινωνική μοναξιά, προτίμηση για μόνωση, κατάθλιψη) συγκριτικά με τους έχοντες σχέση ιατρούς. Ωστόσο να αναφέρουμε πως, εξαιρέσαμε τους διαζευγμένους και χήρους, διότι δεν αντιπροσωπεύονταν επαρκώς από συμμετέχοντες (N διαζευγμένοι = 3, N χήροι= 1)

Στατιστικά σημαντικές διαφορές προέκυψαν ανάμεσα στις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης και τους δύο τύπους μοναξιάς: Υπαρξιακή και Κοινωνική. Αναφορικά με την Υπαρξιακή Μοναξιά, παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους έχοντες σχέση ιατρούς σε σύγκριση με όσους δεν ήταν σε σχέση ($p<0.001$), κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Φαίνεται πως όσοι ιατροί δεν είναι σε σχέση βιώνουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά Υπαρξιακής Μοναξιάς και είχαν υψηλότερη Προτίμηση για Μόνωση σε σχέση με τους συναδέλφους τους που βρίσκονται σε σχέση ($p<0.001$, $p<0.004$ αντίστοιχα). Επιπλέον, η Κοινωνική Μοναξιά βρέθηκε να διαφοροποιείται στατιστικώς σημαντικά ανάμεσα στις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης. Και εδώ, οι μη έχοντες σχέση ιατροί, ένιωθαν κοινωνικά περισσότερο μόνοι συγκριτικά με αυτούς που ήταν σε σχέση ($p<0.001$). Προχωρώντας, παρατηρήσαμε πως και η κατάθλιψη διαφοροποιείται στατιστικώς σημαντικά ανάμεσα στις κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης ($p<0.001$). Έτσι, οι ιατροί που δεν διατηρούσαν κάποια σχέση, κατά τη διάρκεια της έρευνας,

είχαν εντονότερη ροπή προς την Κατάθλιψη, σε σχέση με τους συναδέλφους τους που βρίσκονταν σε σχέση ($p < 0.001$) (Πίνακας 18).

Κλείνοντας, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανάμεσα στα έτη άσκησης ειδικότητας των ειδικευόμενων ιατρών και τη βίωση Υπαρξιακής Μοναξιάς ($p = 0.35$), Κοινωνικής Μοναξιάς ($p = 0.16$), της Προτίμησης για Μόνωση ($p = 0.21$) και Κατάθλιψης ($p = 0.06$) (Πίνακες 19, 20).

Πίν. 16

Σύγκριση ειδικότητας ως προς τη Μοναξιά, Προτίμηση Μόνωσης και την Κατάθλιψη στους ιατρούς

Μοναξιά/Κατάθλιψη	<u>Παθολογική</u>		<u>Χειρουργική</u>		<u>Ψυχιατρική/</u>		<u>Μητέρας/</u>		p
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>Μητέρας/</u>	<u>Παιδιού</u>	
Υπαρξιακή Μοναξιά	33.55	8.43	44.71	17.80	34.51	11.11	34.62	5.95	.001
Κοινωνική Μοναξιά	12.69	3.31	15.71	5.06	12.96	3.60	15.50	2.97	.001
Προτίμηση Μόνωσης	2.59	1.79	2.84	1.71	2.74	1.82	2.37	1.50	.84
Κατάθλιψη	0.48	1.06	2.17	2.33	1.90	2.91	0.25	0.46	.001

Πίν.17

Σύγκριση φύλου ως προς τη Μοναξιά, Προτίμηση Μόνωσης και την Κατάθλιψη στους ιατρούς

Μοναξιά/Κατάθλιψη	<u>Άντρες</u>		<u>Γυναίκες</u>		p
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
Υπαρξιακή Μοναξιά	41.77	15.96	34.37	10.82	.001
Κοινωνική Μοναξιά	14.73	4.69	13.37	3.81	.06
Προτίμηση Μόνωσης	2.86	1.71	2.55	1.76	.29
Κατάθλιψη	1.92	2.44	0.93	1.85	.008

Πίν.18

Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης ως προς τη Μοναξιά, Προτίμηση Μόνωσης και την Κατάθλιψη στους ιατρούς

Μοναξιά/Κατάθλιψη	<u>Σε σχέση</u>		<u>Χωρίς σχέση</u>		p
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
Υπαρξιακή Μοναξιά	31.52	9.34	47.66	14.60	.001
Κοινωνική Μοναξιά	12.33	3.55	16.47	4.32	.001
Προτίμηση Μόνωσης	2.42	1.48	3.26	1.77	.004
Κατάθλιψη	0.34	0.76	3.10	2.56	.001

Πίν. 19

Σύγκριση έτους ειδικότητας ως προς τη Μοναξιά, Προτίμηση Μόνωσης και την Κατάθλιψη στους ιατρούς

	<u>1°</u>		<u>2°</u>		<u>3°</u>		<u>p</u>
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
Μοναξιά/Κατάθλιψη							
Υπαρξιακή Μοναξιά	40.29	15.87	38.48	15.27	37.21	14.11	.35
Κοινωνική Μοναξιά	14	5.12	14.56	4.79	14.24	3.69	.16
Προτίμηση Μόνωσης	2.48	1.78	2.56	1.50	2.63	1.69	.21
Κατάθλιψη	1.14	1.74	1.80	2.48	1.09	1.83	.06

Πίν. 20

Σύγκριση έτους ειδικότητας ως προς τη Μοναξιά, Προτίμηση Μόνωσης και την Κατάθλιψη στους ιατρούς

	<u>4°</u>		<u>5°</u>		<u>6°</u>		<u>p</u>
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
Μοναξιά/Κατάθλιψη							
Υπαρξιακή Μοναξιά	40.70	14.20	32.80	9.49	32.20	5.93	.35
Κοινωνική Μοναξιά	15.10	4.19	12	3.52	12	1.41	.16
Προτίμηση Μόνωσης	3.36	1.65	2.20	2.11	3.20	1.48	.21
Κατάθλιψη	2.33	2.85	0.55	1.57	0.80	1.30	.06

Συγκρίσεις ειδικοτήτων ως προς την Κατάθλιψη με ή χωρίς βάρος στην Υπαρξιακή

Μοναξιά

Προκειμένου να εξετάσουμε λεπτομερέστερα το ρόλο της Υπαρξιακής Μοναξιάς ως προς το βίωμα της Κατάθλιψης, προχωρήσαμε σε Ανάλυση Διασποράς με Στάθμιση Ελαχίστων Τετραγώνων (ANOVA WLS). Ανεξάρτητη μεταβλητή στον έλεγχο αυτό ήταν η Ειδικότητα (με επίπεδα: Χειρουργική, Παθολογική, Μητέρα-παιδιού και Ψυχιατρική/Νευρολογική) ενώ εξαρτημένη ο Δείκτης Κατάθλιψης κατά GHQ. Ο παράγοντας στάθμισης ήταν η Υπαρξιακή Μοναξιά. Διαπιστώθηκε Κύρια Επίδραση για την Ειδικότητα, $F(3, 135) = 11,86, p < .001, \eta^2 \text{ partial} = .21, R^2 \text{ adj.} = .19$. Ακολούθησε εκ των υστέρων έλεγχος με τη μέθοδο Scheffe και βρέθηκε (βλ. ΜΟ και ΤΑ στον Πίνακα 21) ότι οι Χειρουργική Ειδικότητα κατέγραφε υψηλότερη τιμή στο Δείκτη Κατάθλιψης από την Παθολογική και την ειδικότητα Μητέρα-Παιδιού. Ομοίως η Ψυχιατρική/Νευρολογική Ειδικότητα κατέγραφε υψηλότερη τιμή στο Δείκτη Κατάθλιψης από την Παθολογική. Οι Χειρουργοί και Ψυχίατροι/Νευρολόγοι δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς τον Δείκτη Κατάθλιψης.

Στη συνέχεια, η ίδια ανάλυση πραγματοποιήθηκε αφαιρώντας τη στάθμιση για την Υπαρξιακή Μοναξιά. Υπήρχε και πάλι Κύρια Επίδραση για την Ειδικότητα, $F(3, 135) = 6,928, p < .001, \eta^2 \text{ partial} = .13, R^2 \text{ adj.} = .11$. Η δεύτερη ανάλυση κατέδειξε ότι όταν λαμβάνεται υπόψη ο ρόλος της Υπαρξιακής Μοναξιάς στην μεταβλητότητα του Δείκτη Κατάθλιψης, αυξάνεται η εξηγητική ικανότητα του παράγοντα Ειδικότητα πάνω στον Δείκτη ($\eta^2 \text{ partial} = .21$ στην πρώτη ανάλυση και μόνο $.13$ όταν η στάθμιση της Υπαρξιακής Μοναξιάς αφαιρείται). Εκ των υστέρων προχωρήσαμε και πάλι σε συγκρίσεις Scheffe (για ΜΟ και ΤΑ βλ. Πίνακα 22) οι οποίες ανέδειξαν το ίδιο πρότυπο διαφορών μεταξύ των Ειδικοτήτων με τη διαφοροποίηση ότι η Ειδικότητα Μητέρα-Παιδιού δεν διέφερε διόλου από τις άλλες Ειδικότητες ως προς τον Δείκτη Κατάθλιψης.

Πίν. 21

Σύγκριση ειδικότητας ως προς την Κατάθλιψη με βάρος στην Υπαρξιακή Μοναξιά στους ιατρούς

	<u>Παθολογική</u>		<u>Χειρουργική</u>		<u>Ψυχιατρική/</u>		<u>Μητέρας/</u>		<u>F</u> (3, 135)	<u>η²</u>
	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>		
Κατάθλιψη	0.62 ^{ab}	6.78	2.94 ^{ac}	15.23	2.20 ^b	17.30	0.24 ^c	2.69	11.86 ^{***}	.20

Σημείωση: Οι Μέσοι Όροι που συνοδεύονται από όμοια γράμματα διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σύμφωνα με έλεγχο Scheffe ($\alpha=.05$). Οι μεγαλύτερες τιμές Μέσων Όρων δηλώνουν αυξημένη τιμή στο Δείκτη Κατάθλιψης κατά GHQ.

Πίν. 22

Σύγκριση ειδικότητας ως προς την Κατάθλιψη χωρίς βάρος στην Υπαρξιακή Μοναξιά στους ιατρούς

	<u>Παθολογική</u>		<u>Χειρουργική</u>		<u>Ψυχιατρική/</u>		<u>Μητέρας/</u>		<u>F</u> (3, 135)	<u>η²</u>	
	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>	<u>ΜΟ</u>	<u>ΤΑ</u>			
Κατάθλιψη		0.48 ^{ab}	1.06	2.17 ^a	2.33	1.90 ^b	2.91	0.25	0.46	6.92 ^{***}	.13

*** $p < .001$.

Συζήτηση

Βασικός στόχος της έρευνάς μας ήταν, αρχικά, να διερευνήσουμε κατά πόσο η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης συσχετίζεται/ερμηνεύεται από την ιδιότητα του ιατρού. Τα αποτελέσματα, επιβεβαίωσαν την υπόθεσή μας, εφόσον βρέθηκε πως η ιδιότητα του ιατρού συσχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης. Το εύρημά μας είναι σε συνέπεια και με άλλες έρευνες, που θέλουν το επάγγελμα του ιατρού να συγκαταλέγεται ανάμεσα στα πιο φθοροποιά επαγγέλματα για την ψυχική υγεία του ατόμου, σε σύγκριση με τα υπόλοιπα μη φροντιστικά επαγγέλματα (Dyrbye, Thomas & Shanafelt, 2006. Rovik, Tyssen, Hem, Gude, Ekeberg, & Moum, 2007. Kjeldstadli, Tyssen, Finset, Hem, Gude, & Gronvold, 2006). Φαίνεται πως η φύση του επαγγέλματός τους για συνεχή παροχή βοήθειας και υποστήριξης στους ασθενείς τους, σε συνδιασμό με τη μειωμένη παραδοχή, από πλευράς τους, πως και οι ίδιοι μπορεί να χρειάζονται ψυχική στήριξη, εξαιτίας του στιγματισμού τους, τους καταλέγει ανάμεσα στις ομάδες “υψηλού κινδύνου” (Schwenk, 2015. Mata, Ramos, Bansal, Guille, Di Angelantonio, & Sen, 2015). Δεν είναι λίγες οι φορές που οι ιατροί επιλέγουν να σιωπήσουν παρά να παραδεχτούν ότι νοσούν, ακόμα και αν είναι γνώστες των καταθλιπτικών τους συμπτωμάτων (Wible, 2017).

Στη συνέχεια στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε κατά πόσο η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης συσχετίζεται/ερμηνεύεται από άλλους δημογραφικούς παράγοντες, όπως είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η καταγωγή. Τα αποτελέσματά μας έδειξαν πως οι δημογραφικοί παράγοντες μπορούν να συσχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, για τους μη ιατρούς, το φύλο φαίνεται να είναι αποφασιστικής σημασίας, εφόσον οι γυναίκες τείνουν να δηλώνουν μεγαλύτερη κατάθλιψη από τους άνδρες πράγμα που δεν συμβαίνει στους ιατρούς. Εύρημα το οποίο είναι σε συμφωνία και με άλλες έρευνες που θέλουν τις γυναίκες να είναι σε υψηλότερες θέσεις εμφάνισης κατάθλιψης συγκριτικά με τους άντρες (Cyranowsky, Frank, Young, & Shear, 2000. Hagen & Rosenstrom, 2016). Προφανώς οι κάθε είδους κοινωνικές ανισότητες μεταξύ των φύλων έχουν εντονότερο αντίκτυπο στις γυναίκες εκτός του ιατρικού επαγγέλματος, εντός του οποίου, η υψηλή εκπαίδευση, οι επαγγελματικοί κανόνες, το κύρος, ίσως και το εισόδημα μπορούν να δρουν εξισωτικά (Golberstein, 2015). Προχωρώντας, στους υπόλοιπους δημογραφικούς παράγοντες, βρέθηκε πως για τον πληθυσμό των ιατρών, τόσο η καταγωγή από την επαρχία

όσο και η ύπαρξη σχέσης δρουν ως προστατευτικοί παράγοντες, συνδεδεμένοι με μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης. Αναφορικά με την καταγωγή, μπορούμε να υποθέσουμε πως οι ιατροί με καταγωγή από την επαρχία, βρίσκονται σε δυνατότητα σύγκρισης των δύο περιβάλλοντων (επαρχία, πόλη) και πιθανόν να διαπιστώνουν καλύτερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, δυνατότητες εξέλιξης και μια καλύτερη ποιότητα ζωής στην πόλη που ασκούν την ειδικότητά τους (Lu, 2010. Crowell, George, Blazer, & Landerman, 1986). Σε συνέχεια, ο γάμος καθώς και η διατήρηση συντροφικής σχέσης αποτελεί τον κυριότερο προστατευτικό παράγοντα απέναντι στη μοναξιά και την κατάθλιψη. Τα ζευγάρια τείνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό να εκφράζουν ικανοποίηση από η ζωή και να είναι χαμηλότερα στην κλίμακα της κατάθλιψης και του άγχους, συγκριτικά με τους εργένηδες (Miller-Tutzauer, Leonard, & Windle, 1991).

Ακόμη, στους στόχους της έρευνάς μας, ήταν να διερευνήσουμε κατά πόσο η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης συσχετίζεται/ερμηνεύεται από καταστασιακούς παράγοντες, του κοινωνικού δικτύου και των συνθηκών εργασίας. Η υποθεσή μας επιβεβαιώνεται εν μέρει, διότι βρέθηκε πως μόλις οι καταστασιακοί παράγοντες του κοινωνικού δικτύου είναι σε θέση να προβλέψουν την εμφάνιση κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα για τους μη ιατρούς βρέθηκε πως, η ποιότητα της καθημερινής ζωής στην πόλη, τη γειτονιά και το σπίτι, είναι ικανή συνθήκη να ερμηνέψει ενδεχόμενη εμφάνιση κατάθλιψης. Έτσι, λοιπόν, όταν οι μη ιατροί διατηρούν “στενές” φιλίες, έχουν δυνατότητα επαφής με γειτόνους και παράλληλα πληρούνται οι προϋποθέσεις για ανταλλαγή επισκέψεων με αυτούς (όπως ευρύχωρο σπίτι, δυνατότητα μετακίνησης), τότε μειώνονται οι πιθανότητες βίωσης κατάθλιψης. Εξάλλου η ποιότητα ζωής έχει βρεθεί και σε άλλες έρευνες να συνδέεται με τη κατάθλιψη (Barge-Schaapveld, Nicolson, Berkhof, & deVries 1999. Endicott, Nee, Harisson & Blumenthal, 1993). Το παραπάνω δεν παρατηρείται στους ιατρούς όπου δεν έπαιξε ρόλο κανένας καταστασιακός παράγοντας, πιθανότατα γιατί ως ομάδα θεωρούν τις μεν δυσμενείς αντικειμενικές συνθήκες δεδομένες (τις φυσικοποιούν), ενώ η καθημερινή, εκτός επαγγέλματος ζωή τους, μπορεί αν είναι όντως ποιοτικότερη λόγω του κοινωνικού στάτους, εν μέρει του εισοδήματος και της δυνατότητας να αντιμετωπίζουν την καθημερινότητα με ισχυρότερα φίλτρα υποκειμενικότητας και μεγαλύτερη εκλεκτικότητα. Επομένως διαπιστώνουμε πως, για τους ιατρούς η εμφάνιση κατάθλιψης δεν αποδίδεται σε εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι το αν διαθέτουν επαρκή αριθμό φίλων ή αν επικοινωνούν συχνά με

φίλους ή συγγενείς, ούτε επίσης φαίνεται να συνδέεται με το αν υπάρχουν συναναστροφές με συναργάτες εντός της εργασίας τους. Το παραπάνω είναι σε συμφωνία με έρευνες που θέλουν την κατάθλιψη να συνδέεται με εσωτερική απόδοση αιτιών (Ingram & Smith, 1984. Zawawi & Hamaideh, 2009. Inozu, Yorulmaz, & Terzi, 2012).

Στη συνέχεια, στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε κατά πόσο η δυνατότητα εκδήλωσης κατάθλιψης συσχετίζεται/ερμηνεύεται από διαπροσωπικού χαρακτήρα ψυχολογικούς παράγοντες, όπως το άγχος και η αποφυγή, νοούμενοι μέσα από τη Θεωρία Δεσμού. Η υπόθεσή μας δεν επιβεβαιώθηκε, καθώς δεν βρέθηκε πως, οι διαπροσωπικοί παράγοντες, άγχος και αποφυγή, αποτελούν συντελεστές πρόβλεψης κατάθλιψης για κανέναν από τους δύο πληθυσμούς, ιατροί και μη ιατροί. Επομένως, το ΥΣΔ δεν φαίνεται πως αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης του αισθήματος κατάθλιψης που το άτομο θα βιώσει μετέπειτα στη ζωή του. Εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με τις μέχρι τώρα έρευνες (Besser & Priel, 2003. Davila, Ramsay, Stroud, & Steinberg, 2005. Hankin, Kassel, & Abela, 2005. Shaver, Schachner, & Mikulincer, 2005).

Επιπλέον, στόχος της έρευνάς μας ήταν να διερευνήσουμε κατά πόσο η πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης συσχετίζεται/ερμηνεύεται από άλλους ψυχολογικούς συντελεστές, όπως τα είδη της μοναξιάς, η προτίμηση μόνωσης και οι σταρτηγικές διαχείρισης της μοναξιάς. Η υπόθεσή μας επιβεβαιώνεται σε μεγάλο βαθμό, διότι βρέθηκε πως, η υπαρξιακή μοναξιά, η προτίμηση για μόνωση και οι στατηγικές διαχείρισης της μοναξιάς είναι συντελεστές που συσχετίζονται με την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης. Δεν παρατηρήθηκε, ωστόσο, το ίδιο για την κοινωνική μοναξιά. Συγκεκριμένα, η υπαρξιακή μοναξιά, ως ψυχολογικός, ενδοατομικός παράγοντας, βρέθηκε να παίζει σημαντικό ρόλο στη εκδήλωση κατάθλιψης μεταξύ και των δύο πληθυσμών. Η ιδιαίτερη αυτή μορφή μοναξιάς είναι ανεξάρτητη από την ύπαρξη ή μη ουσιαστικών σχέσεων στη ζωή μας καθώς αποτελεί μια βαθύτερη αίσθηση κενού και ευαλωτότητας απέναντι στα καίρια ζητήματα της ζωής, όπως είναι λόγου χάρη ο θάνατος. Οι άνθρωποι που αισθάνονται υπαρξιακά μόνοι συχνά υιοθετούν απόψεις όπως ότι *“τίποτα στη ζωή δεν έχει νόημα ή/και πως κανείς δεν με καταλαβαίνει”*, εμποδίζοντας με αυτό τον τρόπο την άντληση ευχαρίστησης και ικανοποίησης από τον τρόπο που ζουν τη ζωή τους, οδηγούμενοι στη απομόνωση και την εμφάνιση κατάθλιψης (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted 2006b. Heinrich & Gullone, 2006). Αναφορικά με την προτίμηση για μόνωση,

συναντήσαμε το εξής παράδοξο. Όταν οι ιατροί προτιμούν να περνούν χρόνο με τον εαυτό τους, όταν υπάρχει αυτή η επιλογή, δεν βρέθηκε να βοηθάει στη μείωση της πιθανότητας εκδήλωσης κατάθλιψης. Ενδεχομένως αυτή η προτίμησή τους να είναι αποτέλεσμα της μη ικανοποίησής τους από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, του κοινωνικού άγχους που μπορεί να πυροδοτηθεί μέσα από τη συναναστροφή τους με τους άλλους ή στη γενικότερη απροθυμία τους να επενδύσουν συναισθηματικά στις σχέσεις τους (Leary, 1983a. DePaulo, Ebstein, & LeMay, 1990. Cheek & Buss, 1981). Τέλος, αναφορικά με τις στρατηγικές διαχείρισης της μοναξιάς, διαπιστώθηκε πως μόνον οι ιατροί τις χρησιμοποιούν. Η προσωπική ανάπτυξη και κατανόηση, που αφορά στη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης καθώς και στην παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων, συνιστά μια ενδεχομένως καλύτερη ποιότητα ζωής, έχει βρεθεί να συνδέεται με μειωμένη κατάθλιψη (Robinson-Smith, Johnston, & Allen, 2000. Hansson, 2002). Από την άλλη, η συμμετοχή τους σε πάρτυ και κοινωνικές εκδηλώσεις καθώς και η επιδίωξη για περισσότερα ραντεβού, δεν φαίνεται να λειτουργούν ως μέσα αντιμετώπισης της αυξημένης τους κατάθλιψης. Το παραπάνω μας ωθεί να υποθέσουμε πως ενδεχομένως, οι ιατροί, να αντιμετωπίζουν τις σχέσεις τους πιο αποστασιοποιημένα ή να μην αποδίδουν ιδιαίτερη αξία στις αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους (Zigmond, 1984. Gundersen, 2001).

Επιπροσθέτως, αναμέναμε πως οι ψυχολογικοί παράγοντες της υπαρξιακής μοναξιάς και του ύφους σύναψης δεσμού, θα παίξουν ιδιαίτερα ισχυρό ρόλο στην ερμηνεία της πιθανότητας εκδήλωσης κατάθλιψης μεταξύ των ιατρών παρά μεταξύ των μη ιατρών. Η υπόθεσή μας δεν επιβεβαιώθηκε καθώς, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η υπαρξιακή μοναξιά είναι ικανή να προβλέψει/ερμηνέψει κατάθλιψη και στους δύο πληθυσμούς εξίσου. Από την άλλη, το ύφος σύναψης δεσμού δεν αποτέλεσε, όπως προαναφέραμε, παράγοντα συσχέτισης με την κατάθλιψη για κανέναν από τους δύο πληθυσμούς.

Αναφορικά με τους ειδικότερους στόχους της έρευνάς μας, αναμέναμε πως ο πληθυσμός των ειδικευόμενων ιατρών θα επιβαρύνεται ψυχικά περισσότερο συγκριτικά με τον πληθυσμό των μη ιατρών. Προκειμένου να επιβεβαιωθεί η υπόθεσή μας προσδοκούσαμε πως, οι ειδικευόμενοι ιατροί θα βιώνουν υψηλότερα ποσοστά Μοναξιάς (Υπαρξιακή και Κοινωνική), Κατάθλιψης, καθώς και μεγαλύτερη Προτίμηση για Μόνωση. Παράλληλα αναμέναμε πως, οι ιατροί θα διαθέτουν ελλιπέστερο Κοινωνικό

Δίκτυο και πιο επιβαρύνουσες Συνθήκες Εργασίας, συγκριτικά με τους μη ιατρούς. Η υπόθεσή μας επιβεβαιώνεται σε σημαντικό βαθμό, εφόσον βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στους δύο πληθυσμούς ως προς τη βίωση κοινωνικής μοναξιάς, κατάθλιψη καθώς και σε παράγοντες που αφορούν το κοινωνικό δίκτυο και τις συνθήκες εργασίας τους. Πιο αναλυτικά, διαπιστώθηκε πως οι ιατροί αισθάνονται περισσότερο απομονωμένοι κοινωνικά σε σχέση με τους μη ιατρούς, ακόμη και αν οι συναναστροφές με τους φίλους τους ήταν συχνότερες. Αυτό σημαίνει πως ακόμα κι αν διαθέτουν φίλους ή υπάρχουν άνθρωποι γύρω τους, οι ίδιοι ενδεχομένως να μην τους αισθάνονται “κοντά” τους. Επιπλέον, εμφανίζουν κατάθλιψη, σε μεγαλύτερο βαθμό από τους μη ιατρούς. Με άλλα λόγια, αισθάνονται πως η ζωή τους δεν έχει νόημα, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που τους περνάει από το μυαλό να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Τα παραπάνω ευρήματα επικυρώνονται μέσα και από άλλες έρευνες (Karaoglu, Pecsán, Durduran, Mergen, Odabasi, & Ors, 2015. Swami, Chamorro-Premuzic, Sinniah, Maniam, Kannan, & Stanistreet, 2007. Åkerlind & Hörnquist, 1992. Corrao, Bagnardi, Zambon & La Vecchia, 2004). Η εμφάνιση υψηλής κατάθλιψης στους ιατρούς, μπορεί να οφείλεται είτε σε υψηλές προσδοκίες που έχει το περιβάλλον από τους ίδιους, είτε στην υψηλή τους τάση για τελειομανία και “υπέρμετρη” ανάληψη ευθύνης. Τα παραπάνω αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες βίωσης κατάθλιψης (Pearson & Strecker, 1960). Ακόμη, οι απαιτήσεις του ρόλου τους είναι τόσο υψηλές και οι στόχοι πολλές φορές μη ρεαλιστικοί, γεγονός το οποίο τους προκαλεί πίεση, η οποία μετριάζεται είτε με τη χρήση ουσιών είτε με την κατανάλωση αλκοόλ. Τα παραπάνω είναι ικανά να πυροδοτήσουν κατάθλιψη μετέπειτα στη ζωή τους (Emschwiller, 1973. Murray, 1967. Cunningham, 1994. Brooke, Edwards & Taylor, 1991). Επιπλέον, ακόμη και αν βιώνουν κατάθλιψη ή οποιαδήποτε ψυχοσυναισθηματική δυσκολία, τείνουν να την αποκρύπτουν από το περιβάλλον και το χώρο εργασίας τους, με αποτέλεσμα η ψυχοπαθολογία τους να συντηρείται, δίχως την εξεύρεση κάποιας λύσης (Duffy & Litin, 1964. Editorial, 1970. Murray, 1977. Vaillant, Sobowall, & McCarthur, 1972. Marshall, 2008. Warhaft, 2004). Τέλος, οι ιατροί βρέθηκε να έχουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές των παραγόντων, περιβάλλον εργασίας και προσωπικές επιπτώσεις/κόστη (χρόνος και ενέργεια). Τούτο μπορεί να σημαίνει πως, μολονότι οι ιατροί, στο χώρο εργασίας τους έχουν περισσότερες ευκαιρίες συνεργασίας και συναναστροφής με άλλους συναδέλφους ή/και ασθενείς, δηλώνουν πως η φύση της

δουλειάς τους τους απομυζεί μεγάλο μέρος ενέργειας και ελεύθερου χρόνου, συγκριτικά με τους μη ιατρούς. Μια πιθανή ερμηνεία μπορεί να είναι πως, δηλώνουν υψηλότερη αφοσίωση και φροντίδα στους ασθενείς τους συγκριτικά με τη φροντίδα του εαυτού τους ή του συντρόφου τους, γεγονός το οποίο τους κοστίζει τόσο σε χρόνο, όσο και σε ενέργεια (Modlin & Montes, 1964. Christie-Seely, 1983).

Η υπόθεσή μας αναφορικά με τις ειδικότητες των ιατρών, που θέλει τους χειρουργούς να βιώνουν υψηλότερη μοναξιά, προτίμηση για μόνωση και κατάθλιψη, συγκριτικά με τις ψυχιατρικές/νευρολογικές ειδικότητες, τις παθολογικές ειδικότητες, καθώς και τις ειδικότητες μητέρας-παιδιού, επιβεβαιώνεται εν μέρει. Διαπιστώθηκε πως οι χειρουργοί αισθάνονται το ίδιο υπαρξιακά και κοινωνικά μόνοι όσο και οι συνάδελφοί τους με την ειδικότητα μητέρας-παιδιού. Ενδεχομένως οι ιατροί αυτών των ειδικοτήτων να αισθάνονται μεγαλύτερη πίεση από τις απαιτήσεις της ειδικότητάς τους, γεγονός το οποίο μπορεί να αυξάνει το άγχος τους καθώς παράλληλα να μειώνει την ικανοποίησή τους από το επάγγελμα που έχουν επιλέξει. Έχει βρεθεί πως περισσότερο κοινωνικά μόνοι αισθάνονται οι ιατροί που δεν ήταν ικανοποιημένοι από την πόλη που ασκούσαν την ειδικότητά τους καθώς και την καριέρα που είχαν ακολουθήσει (Karaoglou, Pecsán, Durduran, Mergen, Odabasi, 2015). Επιπλέον, διαπιστώσαμε πως τον ίδιο βαθμό κατάθλιψης βιώνει ένας χειρουργός και ένας ψυχίατρος/νευρολόγος. Έχει βρεθεί πως η κατανάλωση αλκοόλ και χρήση ουσιών συνδέεται με την εμφάνιση κατάθλιψης και πως οι ειδικότητες που πλήτονται συχνότερα είναι οι χειρουργοί και οι ψυχίατροι (Hughes, DeWitt, Baldwin, Sheehan, Conard, & Storr, 1992. Vaillant, 1992. Rosta, 2008. Rosta & Aasland, 2005). Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως οι χειρουργοί αισθάνονται περισσότερο μόνοι υπαρξιακά και κοινωνικά σε σύγκριση με τους παθολόγους και τους νευρολόγους/ψυχιάτρους, ενώ εμφανίζουν υψηλότερη κατάθλιψη από τους παθολόγους και τους συναδέλφους τους με την ειδικότητα μητέρας-παιδιού. Ευρήματα τα οποία είναι σε συμφωνία και με άλλες έρευνες (Blackley et al., 1968. Rich & Pitts, 1980. Newbury-Birch, Walshaw, & Farhad, 2001. Rosta, 2008. Rosta, 2005. Guthrie, Tattan, T., Williams, E., Black, D., & Bacliocotti, 1999).

Επιπρόσθετα, για τον πληθυσμό των ιατρών, υποθέσαμε πως οι άντρες ιατροί θα νιώθουν υψηλότερη μοναξιά (υπαρξιακή και κοινωνική), κατάθλιψη και θα έχουν μεγαλύτερη προτίμηση για μόνωση, από ότι οι γυναίκες συνάδελφοί τους. Η υπόθεσή μας επιβεβαιώθηκε – εν μέρει -, διότι διαφορές

διαπιστώθηκαν αναφορικά με την υπαρξιακή μοναξιά και την κατάθλιψη. Το έυρημά μας, ωστόσο, βρίσκεται σε συμφωνία και με άλλες έρευνες, που θέλουν τους άντρες ιατρούς να βάζονται περισσότερο συναισθηματικά συγκριτικά με τις γυναίκες συναδέλφους τους, εφόσον τα επίπεδα υπαρξιακής μοναξιάς και κατάθλιψης που βιώνουν είναι υψηλότερα (Newbury-Birch, Walshaw, & Farhad, 2001). Αντίθετα, άλλες έρευνες έχουν δείξει οι γυναίκες ιατροί, εμφανίζουν εκτός από κατάθλιψη, και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τους άντρες, και φαίνεται να τις ταλαιπωρούν αρκετά κατά όλη τη διάρκεια της καριέρας τους (Levey, 2001). Οι λόγοι μπορεί να οφείλονται είτε στις δεξιότητες που το κάθε φύλο διαθέτει, έχει βρεθεί λόγου χάρη πως οι γυναίκες “επικοινωνούν” καλύτερα τα συναισθήματά τους, είτε στα εμπόδια που επιφέρει το κοινωνικό στερεότυπο για τους άντρες (Parker & Brotchie, 2010. Nolen- Hoeksema, 2001. Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz, Tylee, 2002). Επιπλέον, οι γυναίκες αναζητούν πιο συχνά βοήθεια όταν αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις και πιστεύουν περισσότερο πως οι άλλοι θα τους την προσφέρουν (Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz, Tylee, 2002). Η αυτοκριτική σχετίζεται με την κατάθλιψη (Vaglum & Falkum, 1999), ιδιαίτερα στους άνδρες ιατρούς, οι οποίοι υιοθετούν στάση εσωτερικής απόδοσης αιτιών, θεωρώντας τους εαυτούς τους υπεύθυνους τόσο για τα αρνητικά, όσο και για τα θετικά γεγονότα (Firth Cozens & Hardy, 1992. Brewin & Firth Cozens, 1997).

Στη συνέχεια, αναμέναμε πως οι μη έχοντες σχέση ειδικευόμενοι ιατροί, κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, πρόκειται να επιβαρύνονται περισσότερο ψυχικά σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που διατηρούσαν συντροφική σχέση (ανεπίσημη ή γάμο). Η υπόθεσή μας επιβεβαιώθηκε, διότι διαπιστώσαμε πως τα επίπεδα της μοναξιάς, και της κατάθλιψης στους ιατρούς διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης. Υψηλότερη υπαρξιακή και κοινωνική μοναξιά, προτίμηση για μόνωση, καθώς και κατάθλιψη βίωναν οι ιατροί που δεν ήταν σε σχέση κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Ο γάμος και η σύναψη συντροφικής σχέσης δρουν “απορροφητικά” απέναντι στις ψυχικές επιβαρύνσεις των ιατρών (Shortt, 1979. Adshead, 2005) και αποτελούν προστευτικούς παράγοντες έναντι στη βίωση μοναξιάς, κατάθλιψης και της τάση τους προς τη μόνωση (Whitley, Allison, Gallery, & Cockington, 1994. Gallery, Whitley, Klonis, Anzinger, & Revicki,

1992). Γενικά, η σύναψη συντροφικής σχέσης, θεωρείται ο κυριότερος προστατευτικός παράγοντας έναντι στις ψυχικές επιβαρύνσεις, διότι οι εμπλεκόμενοι νιώθουν «δεμένοι» και ικανοποιείται η ανάγκη τους για εμπιστοσύνη και συμπαράσταση (Olson & Wong, 2001. Perlman, Gerson & Spinner, 1978).

Τέλος, αναμέναμε πως τόσο η μοναξιά (υπαρξιακής και κοινωνικής) όσο και προτίμηση για μόνωση αλλά και η κατάθλιψη, θα σχετίζονται σημαντικά με το έτος ειδικότητας στο οποίο βρίσκονται οι ειδικευόμενοι ιατροί κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Η υπόθεσή μας δεν επιβεβαιώθηκε εφόσον βρέθηκε πως, οι ιατροί αισθάνονται κοινωνικά και υπαρξιακά μόνοι, έχουν την ίδια προτίμηση για μόνωση και εμφανίζουν τα ίδια επίπεδα κατάθλιψης ανεξάρτητα από το έτος ειδικότητας που διανύουν. Αν και το εύρημα δεν επιβεβαιώνει την υπόθεσή μας, εν τούτοις, αναδεικνύει την περίοδο ανάληψης ειδικότητας, ως περίοδο όπου υποβόσκουσες ψυχικές δυσκολίες, όπως κατάθλιψη, αυτοκτονικές ιδέες και εξαρτητικές συμπεριφορές έρχονται στην επιφάνεια (Reuben, 1983. Asken & Raham, 1983).

Κλείνοντας, ανάμεσα στους στόχους της παρούσας έρευνας ήταν και η λεπτομερέστερη διερεύνηση, του νέου είδους μοναξιάς, για τα ιατρικά ερευνητικά δεδομένα, της υπαρξιακής Μοναξιάς, και του ρόλου αυτής αναφορικά με τη βίωση κατάθλιψης ανάμεσα στις ειδικότητες των ειδικευόμενων ιατρών. Από τις ανά ειδικότητα συγκρίσεις ως προς την κατάθλιψη, όταν δεν δίνονατν βάρος στην υπαρξιακή μοναξιά παρατηρήσαμε πως οι διαφορές των μέσων όρων ανάμεσα στις ειδικότητες μειώνονταν. Ενώ στην αντίθετη περίπτωση αυξάνονταν. Το παραπάνω εύρημα μας ωθεί να συμπεράνουμε πως, πιθανότατα, η βίωση κατάθλιψης για τους ιατρούς “περνάει” μέσα από τη βίωση υπαρξιακής μοναξιάς. Επομένως, η υπαρξιακή μοναξιά για τους ιατρούς αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα εμφάνισης κατάθλιψης και μας δίνει τη δυνατότητα να στρέψουμε την παρέμβασή μας προς την κατεύθυνση της μετατροπής, αυτής της εξαιρετικά επώδυνης και ισωπεδωτικής εμπειρίας “κενού και “ανυπαρξίας” σε μια διαδικασία εσωτερικής ανάπτυξης, προκειμένου να μειωθεί η κατάθλιψή τους. Η μετατροπή αυτή, είναι ικανή να τους μετασχηματίσει και να τους ανοίξει νέους δρόμους συσχέτισης με τον εαυτό τους και τους άλλους (Ettema, Derksen & van Leeuwen, 2010), να ενισχύσει την εσωτερική τους δύναμη και την προσωπική τους αξία και εν τέλει να βελτιώσει τις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Yalom, 1980).

Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, πιστεύουμε πως προγράμματα πρόληψης ενταγμένα στους οδηγούς σπουδών των ιατρικών σχολών, κρίνονται απαραίτητα. Καλό θα ήταν η επιλογή των φοιτητών να μη γίνεται με κριτήρια μόνο τις ακαδημαϊκές επιδόσεις, αλλά και με βάση τα στοιχεία της προσωπικότητάς τους. Εφόσον η μοναξιά και η κατάθλιψη συνδέονται στενά με την υιοθέτηση εξαρτητικών συμπεριφορών, σημεία στα οποία θα πρέπει οι σχολές ιατρικής να δίνουν περισσότερη έμφαση είναι οι κίνδυνοι της χρήσης ουσιών και κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και η ενθάρρυνση για αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης. Επιπλέον, ενημέρωση αναφορικά με τα ψυχοκοινωνικά οφέλη της σύναψης συντροφικής σχέσης καθώς και της ανάπτυξης ενός υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου.

Επιπλέον, εφόσον η υπαρξιακή μοναξιά βρέθηκε να σχετίζεται με την κατάθλιψη που οι ιατροί βιώνουν, προτείνεται η σύσταση ομάδων θεραπείας για τους ειδικευόμενους ιατρούς, με σκοπό τη μετατροπή του αρνητικού συναισθήματος της υπαρξιακής μοναξιάς σε θετικό. Μέσα από την εμπλοκή τους σε ομάδες θεραπείας, οι ιατροί θα ενθαρρυνθούν να μοιραστούν ανησυχίες, προβληματισμούς και φοβίες, θα αυξηθεί η αίσθηση του “ανήκειν”, ενώ παράλληλα θα μειωθεί η αίσθησή τους πως βρίσκονται “στο έλεος του κόσμου” και πως “κανείς δεν μπορεί να καταλάβει τα συναισθήματά τους”. Με τον τρόπο αυτό θα καταφέρουν να διαχειρίζονται καλύτερα τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις, υπό τις οποίες καθημερινά καλούνται να εργαστούν και θα ενισχυθεί με αυτό τον τρόπο η προσφορά υπηρεσιών και η αποτελεσματικότητά τους απέναντι στους ασθενείς τους.

Επιπλέον προτείνεται, η δημιουργία μονάδων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης τόσο μέσα στις ιατρικές σχολές, όσο και στις νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες θα λειτουργούν με βάση την εχεμύθεια, την ενίσχυση, δίχως τιμωρητική διάθεση απέναντι στους ιατρούς. Παράλληλα με τη χρήση των μονάδων, προτείνουμε τη δημιουργία τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας και υποστήριξης για ζητήματα που θα αφορούν τη μοναξιά, κατάθλιψη καθώς και τις εξαρτήσεις. Τέλος, θα θέλαμε να παραθέσουμε το παράδειγμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard την οποία θεωρούμε και ως πρότυπο στα προγράμματα παρέμβασης των ιατρικών σχολών: *“Η φιλοσοφία της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard είναι πως, η ψυχιατρική βοήθεια αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι και μέρος της ρουτίνας των υπηρεσιών υγείας για*

τον εκολαπτόμενο ιατρό. Κάθε εισερχόμενος φοιτητής υποβάλλεται όχι μόνο σε πλήρη φυσική εξέταση, αλλά και σε συνέντευξη με ψυχίατρο. Υπάρχει η αίσθηση ότι μια τέτοια πρόωρη επαφή με έναν ψυχίατρο, ως μέρος της γενικής αξιολόγησης της υγείας, δημιουργεί ένα κατάλληλο πλαίσιο αναφοράς για το φοιτητή, ο οποίος γνωρίζει που μπορεί να απευθυνθεί όταν χρειαστεί. Ωστόσο, η χρησιμότητα και η ανάγκη για μια τέτοια υπηρεσία αντανακλάται και στα στατιστικά αποτελέσματα που προκύπτουν: κάθε χρόνο το κατά μέσο όρο 13% του φοιτητικού σώματος συμβουλευέται τον ψυχίατρο της σχολής. Η θεραπεία, που προσφέρεται στους φοιτητές, είναι κατά κύριο λόγο βραχεία, εντατική ψυχοθεραπεία. ωστόσο, γίνεται μια προσπάθεια να επεκταθεί (η θεραπεία), αν είναι δυνατόν, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις νευρώσεων ή άλλων πιο σοβαρών συναισθηματικών προβλήματων.”

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Το πεδίο διερεύνησης των μορφών μοναξιάς και δη της υπαρξιακής είναι αρκετά πρόσφατο και ο πληθυσμός των ειδικευόμενων ιατρών επίσης αρκετά ανεξερεύνητος. Μέχρι πρότινος δεν υπήρχε ψυχομετρικό εργαλείο, στην ελληνική βιβλιογραφία, που να μπορεί να αξιολογήσει την *Υπαρξιακή Μοναξιά*, την *Προτίμηση Μόνωσης* καθώς και τις *Στρατηγικές Διαχείρισης της Μοναξιάς*. Επομένως, κρίνεται αναγκαία η χρήση τους σε διαφορετικούς πληθυσμούς και ηλικιακές ομάδες προκειμένου να ενισχυθούν οι δείκτες εγγυρότητας και αξιοπιστίας.

Ακόμη, μεγαλύτερος αριθμός ερευνών θα συμβάλλει, κατά τη γνώμη μας, στην περαιτέρω μείωση του στίγματος των ιατρών που χρειάζονται βοήθεια. Έτσι, λοιπόν, η εμβάθυνση σε επιπλέον πτυχές τόσο της προσωπικότητάς τους (όπως π.χ. Εσωστρέφεια-εξωστρέφεια), όσο και των συνθηκών εργασίας τους θα συμβάλλει κατα πολύ στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης/παρέμβασης.

Περιορισμοί

Στους περιορισμούς της έρευνας συγκαταλέγονται, ο αριθμός του δείγματος των ιατρών (N=140), η υπεραντιπροσώπευση των Γενικών Νοσοκομείων “Ευαγγελισμός”, “Γ. Γεννηματάς”, “Ελπίς” και “ΚΑΤ ΕΚΑ”, καθώς και η συγχρονικότητα της έρευνας, τα οποία δεν μας δίνουν τη δυνατότητα επαρκούς γενίκευσης των αποτελεσμάτων μας. Επιπλέον, να αναφέρουμε πως το δείγμα μας δεν ήταν αντιπροσωπευτικό και πως τα αποτελέσματά μας δηλώνουν την τάση και δεν μπορούν να γενικευτούν.

Βιβλιογραφία

- Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S., & Palgi, Y. (2013). Associations of loneliness in older married men and women. *Aging & Mental Health, 17*, 33–39.
- Abraham, H. D., & Fava, M. (1999). Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry, 40* (1), 44-50.
- A'Brook, M. F., Hailstone, J. D., & McLauchlan, I. E. J. (1967). Psychiatric illness in the medical profession. *British Journal of Psychiatry, 113*, 1013-1023.
- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health, 8*, 475–485.
- Adomas, A., Heller, G., Olson, A., Osborne, J., Karlsson, M., Nahalkova, J., Van Zyl, L., Sederoff, R., Stenlid, J., Finlay, R., & Asiegbu, F. O. (2008). Comparative analysis of transcript abundance in *Pinus sylvestris* after challenge with a saprotrophic, pathogenic or mutualistic fungus. *Tree Physiology, 28* (6), 885-897.
- Adshead, G. (2005). Healing ourselves: ethical issues in the care of sick doctors. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*, 330-337.
- Ahmed, I., Banu, H., Al-Fageer, R., & Al-Suwaidi, R. (2009). Cognitive emotions: Depression and anxiety in medical students and staff. ICCC 2009 Meeting Abstracts. *Journal of Critical Care, 24*, 1-8.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. In J. S. Rosenblatt, R. A. Hinde, C. Beer, & M. C. Busnel (Eds.), *Advances in the study of behavior* (Vol. 9, pp. 1-51). New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

- Åkerlind, I., & Hörnquist, J. O. (1992). Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social Science & Medicine*, 34(4), 405-414.
- Al Khatib, S. A. (2012). Exploring the Relationship among Loneliness, Self-esteem, Self-efficacy and Gender in United Arab Emirates College Students. *Europe's Journal of Psychology*, 8(1), 159-181.
- Allen, I. (1988). *"Any room at the top?" - a study of doctors and their careers*. Oxford: Pinter Publications.
- Allibone, A., Oakes, D., & Shannon, H. (1981). The health and health care of doctors. *Journal of the Royal College of General Practice*, 31, 728-734.
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7, 212–216.
- Altman, I. (1975). *The environment and social behavior*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Alvi, T., Assad, F., Ramzan, M., & Khan, F.A. (2010). Depression, anxiety and their associated factors among medical students. *Journal of the College Physicians and Surgeons Pakistan*, 20, 122-126.
- American Psychiatric Association (APA 2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington.
- Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis, G., Sluter, J., Kafetsios, K., & Niakas, D. (2012). Physician Burnout and Patient Satisfaction with Consultation in Primary Health Care Settings: Evidence of Relationships from a one-with-many Design. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19 (4), 401-410.
- André, R. (1991). *Positive solitude: A practical program for mastering loneliness and achieving self-fulfillment*. New York: HarperCollins.
- Αντωνίου, Α., & Τζαβάρα, Χ. (2005). Ψυχοσωματική υγεία και εργασιακό stress των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. *Νέα Υγεία*, 47, 8.

- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252 (5), 201-209.
- Aniebue, P. N., & Onyema, G.O. (2008). Prevalence of depressive symptoms among Nigerian medical undergraduates. *Tropical Doctor*, 38(3), 157-158.
- Anon, (1995). Alcohol and the Young. *Journal of the Royal College of Physicians in London*, 29(6), 470-474.
- Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.). *Πολιτικά*. (Ιβάννα Ζάζα μτφρ.). Εκδόσεις: Το Ποντίκι.
- Asher, S., & Wheeler, V. A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 500-505.
- Asken, M. J., & Raham, D. C. (1983). Resident performance and sleep deprivation: a review. *Journal of Medical Education*, 58, 382-388.
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B. Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 548-554.
- Baldassin, S., Alves T.C., de Andrade, A.G., & Noqueira, M. (2008). *The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study*. *BMC Medical Education*, 8 (60). doi: 10.1186/1472-6920-8-60.
- Baldwin, P., Dodd, M., & Wrate, R. (1997b). Young doctors' health-II. Health and health behavior. *Social Science and Medicine*, 45(1), 41-44.
- Barge-Schaapveld, D.C.M., Nicolson, N.A, Berkhof, J., & deVries, M. W. (1999). Quality of life in depression: daily life determinants and variability. *Psychiatry Research*, 88(3), 173-189.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a

- four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Measures of attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25–45). New York: Guilford Press.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.
- Baumeister, R. F., Reis, H. T., & Delespaul, P.A.E.G. (1995). Subjective, and experiential correlates of guilt in daily life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1256-1268.
- Baumeister, R. F., & Buschman, B. J. (2011). *Social Psychology and Human Nature* (2nd ed.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Beach, S. R., Fincham, F. D., Katz, J., & Bradbury, T. N. (1996). Social support in marriage: A cognitive perspective. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (pp. 43–65). New York: Plenum Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatments*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Belcher, M. (1973). The measurement of loneliness: A validation study of the Belcher Extended Loneliness Scale (BELS). *Dissertation Abstracts International*, 35, 1035-B, University Microfilms No. 74–56, 990.
- Bennet, J., & O'Donovan, D. (2001). Substance misuse by doctors, nurses and other health care workers. *Current opinion in Psychiatry*, 14, 195-199.
- Besser, A., & Priel, B. (2003). A multisource approach to self-critical vulnerability to depression: The moderating role of attachment. *Journal of Personality*, 71, 515-555.
- Bissell, L., & Skorina, J. K. (1987). One hundred alcoholic women in medicine. An interview study. *Journal of American Medical Association*, 257, 2939-2944.

- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 47-91.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of Depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blieszner, R. (1988). Individual development and intimate relationships in middle and late adulthood. In R. M. Milardo (Ed.), *Families and social networks* (pp. 147-167). Newbury Park, CA: Sage.
- Bifulco, A., Mahon, J., Kwon, J. H., Moran, P. M., & Jacobs, C. (2003). The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): an interview-based measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychological Medicine, 33*(6), 1099-1110.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction, 106* (5), 906-914.
- Bogaerts, S., Vanheule, S., & Desmet, M. (2006). Feelings of subjective emotional loneliness: An exploration of attachment. *Social Behavior and Personality, 34*(7), 797-812.
- Bondevik, M., & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research, 20*, 325-343.
- Booth, R. (1983). Toward an understanding of loneliness. *Social Work, 28*, 116-119.
- Booth, R. (1997). Existential loneliness: The other side of the void. *The International Journal of Interpersonal Studies, 16* (1), 23-32.
- Booth, R., Bartlett, D., & Bohnsack, J. (1992). An examination of the relationship between happiness, loneliness, and shyness in college students. *Journal of College Student Development, 33*, 157-162.
- Borys, S., & Perlman, D. (1985). Gender differences in loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 11*, 63-74.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic

Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic

Books.

Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (2008). *Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Bowman, J. S. (1975). The ecology movement: a viewpoint. *International Journal of Environmental Studies*, 8 (2), 91-97.

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: The Guilford Press.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory. Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development* (pp. 3–35). Wiley.

Bretherton, I. (1991). The roots and growing points of attachment theory. In C. M. Parker, J. S. Hinde and P. Marris (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle* (pp. 9-32). London: Tavistock/Routledge.

Bretherton, I., & Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *The handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford.

Brewin, C., & Firth Cozens, J. (1997). Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 242-246.

British Medical Association (1998). *The Misuse of Alcohol and Other Drugs by Doctors. Report of a Working Group. British Medical Association*, 1-15.

Brooke, D., Edwards, G., & Taylor, C. (1991). Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 86, 1011-1016.

- Broquet, K. E., & Rockey P. H. (2004). Teaching residents and program directors about physician impairment. *Academic Psychiatry, 28*, 221-225.
- Brown, A. S. (1996). *The social processes of aging and old age* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bruce, C. T., Sanger, M. M., Thomas, P. S., Petkus, J. R., & Yates, D. H. (2003). Factors affecting female or male consultant stress in a Australian teaching hospital. *Medical Journal of Australia, 179*(3), 174-175.
- Buber, M. (1958). *I and thou* (R. G. Smith, Trans.). New York: Charles Scribner's Sons.
- Buchholz, E. S., & Catton, R. (1999). Adolescents' perceptions of aloneness and loneliness. *Adolescence, 34*, 203-213.
- Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M. T., & Reis, H. R. (1988). Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 991-1008.
- Burger, J. M. (1995). Individual differences in preference for solitude. *Journal of Research in Personality, 29*, 85-108.
- Burger, J. M. (1998). Solitude. In *Encyclopedia of mental health* (Vol.3, pp. 563-569). San Diego, CA: Academic Press.
- Burton, A. (1961). On the nature of loneliness. *American Journal of Psychoanalysis, 21*, 34-39.
- Buss, A. (1999). *Psychological dimensions of the self*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006b). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychological and Aging, 21*, 140-151.
- Carter, M. A. (2000). Abiding loneliness: An existential perspective on loneliness. *Second Opinion 3*. <http://www.parkridgecenter.org/Page437.html>. (Τελευταία Πρόσβαση: 5 Δεκεμβρίου, 2012).

- Caplan, R. P. (1994). Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *British Medical Journal*, *309*(6964), 1261-1263.
- Carcedo, R. J., Perlman, D., Orgaz, M.B., López, F., Fernández-Rouco, N., & Faldowski, R.A. (2011). Heterosexual Romantic Relationships Inside of Prison: Partner Status as Predictor of Loneliness, Sexual Satisfaction, and Quality of Life. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *55*(6,) 898–924.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Cheek, J. M. & Buss, A. H. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*, 330-339.
- Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, *104*(3), 627-37.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, *19*, 279–294.
- Collier, D. J., & Beales, I. J. P. (1989). Drinking among medical students: a questionnaire survey. *British Medical Journal*, *299*, 19-22.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 644–663.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. In D. Mashek & A. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 163–187). Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Collins, W. E. (1989). A sermon from hell: Toward a theology of loneliness. *Journal of Religion and Health* *28* (1), 70–79.
- Connelly, J. C. (1978). The alcoholic physician. *The Journal of the Kansas Medical Society*, *79*,

601-604.

- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1380–1397.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & La Vecchia C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine, 38*, 613-619.
- Costello, A. E., & Long, A. E. (2014). Existential isolation and its psychological and physical health correlates. *Poster presentation at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.*
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Journal for the Study of Interpersonal Processes, 39(1)*, 28–40.
- Cozens-Firth, J., & Payne, R. (1990). *Stress in Health Professionals*. Psychological and Organizational causes of internentions. London: Wiley.
- Craig, A. G., & Pitts, F. N. (1968). Suicide by physicians. *Disorders of Nervous System, 29*, 763-772.
- Cramer, M. K., & Barry, E. J. (1999). Conceptualizations and measures of loneliness: a comparison of subscales. *Personality and Individual Differences, 27*, 491-502.
- Cramer, M. K., & Lake, R. P. (1998). The preference for Solitude Scale: Psychometric properties and factor structure. *Personality and Individual Differences, 24(2)*, 193-199.
- Cramond, W. A. (1969). Anxiety in medical practice. The doctor's own anxiety. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry, 3*, 324-328.
- Crandall, C. S., & Cohen, C. (1994). The personality of the stigmatizer: Cultural world view, conventionalism, and self-esteem. *Journal of Research in Personality, 28*, 461-480.
- Cristie-Seely, J. (1986) Marriage and Medicine: The Physician as partner, parent, and person. *Canadian Family Physician, 32*, 360-368.
- Croen, L. G. Woesner, M., Herman, M., & Reichgott, M. (1997). A longitudinal study of substance

- use and abuse in a single class of medical students. *Academic Medicine*, 72, 376-381.
- Crowell, B. A., George, L. K., Blazer, D., & Landerman, R. (1986). Psychosocial risk factors and urban/rural differences in the prevalence of major depression. *The British Journal of Psychiatry*, 149 (3), 307-314.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper-Collins.
- Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Cutrona, C. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In L. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (pp. 291-309). New York: John Wiley & Sons.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 21-27.
- D'Abo, J. E. (1972). Loneliness: An investigation of terminology. *Dissertation Abstracts International*, 33(07), UMI No. AAT7232823.
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross sectional study. *Medical Education*, 39(6), 594-604.
- Daly, J. A., & Stafford, L. (1984). Correlates and consequences of social communicative anxiety. In Daly, J. A., & McCroskey, J. C. (Eds), *Avoiding communication* (pp. 125-144). Beverly Hills, Calif.: Sage Press.
- Δασκάλου, Β., & Συγκολλίτου, Ε. (2008). Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Σχέσεων Προσκόλλησης (RSQ, Relationship Scales Questionnaire). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα: Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*. (επιμ.) Σταλίκας Α., Τριλίβα Σ., Ρούσση Π. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.

- Davila, J., Ramsay, M., Stroud, C. B., & Steinberg, S. (2005). Attachment as vulnerability to the development of psychopathology. In B. L. Hankin, & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 215-242). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Davis, S. F., Miller, K. M., Johnson, D., Mc Auley, K., & Dingers, D. (1992). The relationship between optimism-pessimism, loneliness, and death anxiety. *Bulletin of the Psychonomic Society, 30*, 135-136.
- Davis, S. F., Miller, K. M., Johnson, D., Mc Auley, K., & Dingers, D. (1992). The relationship between optimism-pessimism, loneliness, and level of self-esteem in college students. *College Student Journal, 26*, 244-247.
- De Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personal and Social Psychology, 53*, 119–28.
- De Jong Gierveld, J. (1989). Personal relationships, social support, and loneliness. *Journal of Social and Personal Relationships, 6*, 197–221.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. G. (1999a). *Manual of the loneliness scale*. Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Social Research Methodology.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (1999b). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: Coresidence values and behavior and their consequences for loneliness. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 14*, 1-24.
- De Jong Gierveld, J., Van Tilburg T., & Dykstra, A.P (2006). Loneliness and Social Isolation. In Vangelisti, A., & Perlman, D., (Eds.) *Cambridge handbook of Personal Relationships* (pp 485-500). London: Cambridge University Press.
- de Jong Gierveld, J., van Groenou, M. B., Hoogendoorn, A. W., & Smit, J. H. (2009). Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *Journals of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences, 64B*, 497–506.

- DePaulo, B. M., Ebstein, J. A., & LeMay, C.S. (1990). Responses of the socially anxious to the prospect of interpersonal evaluation. *Journal of Personality, 58*, 623-640.
- DeSole, D. Avonson, S., & Single, P. (1967). Suicide and role strain among physicians. 123rd *Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 8-12 May*. Detroit, Michigan.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013).
- Dickens, W.J., & Perlman, D. (1981). Friendship over the life cycle. In Duck, S.W., and Gilmour, R., (Eds.), *Developing Personal Relationships* (pp 91-122). London: Academic Press.
- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1993). Social and emotional loneliness: a reexamination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences, 22*, 417-427.
- DiTommaso, E., Brannen-McNulty, C., Ross, L., & Burgess, M. (2003). Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences, 35*, 303-312.
- Dolega, Z. (2015). Family cohesion and the loneliness of adolescents from temporarily disconnected families due to economic migration. *Polish Psychological Bulletin, 46 (1)*, 45-52.
- Donaldson, J.M., & Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *Journal of Advanced Nursing, 24*, 952-959.
- Duffy, J. C., & Litin, E. M. (1964). Psychiatric morbidity of physicians. *Journal of the American Medical Association, 189*, 989-992.
- Dykstra, P. A., & De Jong Gierveld, J. (2004). Gender and marital-history differences in social and emotional loneliness among Dutch older adults. *Canadian Journal on Aging, 23*, 141-155.
- Dykstra, P. A., van Tilburg, T., & De Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging, 27*, 725-747.
- Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2007). Social and Emotional Loneliness Among Divorced and Married Men and Women: Comparing the Deficit and Cognitive Perspectives. *Basic and Applied Social Psychology, 29(1)*, 1-12.

- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S and Canadian medical students. *Academic Medicine, 81*(4), 354-373.
- Edelstein, R. S., & Shaver, P. R. (2004). Avoidant attachment: Exploration of an oxymoron. In D. Mashek & A. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 397-412). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Editorial (1970). Drug abuse. Growing occupational hazard for doctord. *Hospital Physician, 6*, 60-65.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*, 534–542. doi: 10.1037/0002-9432.77.4.534.
- Eller, T., Aluoja, A., Vasar, V., & Veldi, M. (2006). Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depression and Anxiety, 23*(4), 250-256.
- Emschwiler, J. (1973). Doctors still drink too much and pop too many pills. *Medical Times, 101*, 58-61.
- Ernst, J., & Cacioppo, J. T. (1998). Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied and Preventive Psychology, 8*, 1-22.
- Ettema, E. J., Derksen L. D., & van Leeuwen, E. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics, 31*, 141–169.
- European Commission. *The Economic Adjustment Programme for Greece, Fourth Review - Spring 2011*. Brussels: European Commission, 2011.
- Ευθυμίου, Κ., Ευσταθίου, Γ., & Καλντζή-Αζίζι, Α. (2007). *Πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα ψυχικής υγείας στο φοιτητικό πληθυσμό*. Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Αθήνα. Εκδόσεις: Τόπος.

- Evans, J. L. (1965). Psychiatric illness in the physician's life. *American Journal of Psychiatry*, *122*, 159-163.
- Feeney, J. A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, health and development*, *26(4)*, 277-288.
- Fessman, N., & Lester, D. (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *International Journal of Aging and Human Development*, *51*, 137-41.
- File, S. E., Mabbutt, P. S., & Schaffer, J. (1994). Alcohol consumption and lifestyle in medical students. *Journal of Psychopharmacology*, *8*, 22-26.
- Firth-Cozens, J. (1986). Levels and sources in medical students. *British Medical Journal*, *292*, 1177-1180.
- Firth-Cozens, J. (1987). Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal*, *295*, 533-536.
- Flaherty, J. A., & Richman, J. A. (1993). Substance use and addiction among medical students, residents and psysicians. *Psychiatric Clinic of North Amerika*, *16 (1)*, 189-197.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 22-31.
- Ford, D. E., Mead, L.A., Chang, P. P., Cooper-Patrick, L., Wang, N. Y., & Klag, M. J. (1998). Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: The Precursors Study. *Archives of International Medicine*, *158(13)*, 1422-1426.
- Forsythe, M., Calnan, M., & Wall B. (1999). Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *British Medical Journal*, *319*, 605-608.
- Forsythe, B. (2004). Loneliness and cellular confinement in English prisons 1878-1921. *British*

Journal of Criminology, 44, 759-770.

- Fortuna, K., & Roisman, G. I. (2008). Insecurity, stress, and symptoms of psychopathology: contrasting results from self-reports versus interviews of adult attachment. *Attachment and Human Development*, 10(1), 11-28.
- Φρόνυτ, Σ. (1977). *Νέα σειρά των παραδόσεων για την εισαγωγή στην ψυχανάλυση*. Εκδόσεις: Επίκουρος. Αθήνα.
- Fox, C. M., Harper, A. P., Hyner, G. C., & Lyle, R. M. (1994). Loneliness, emotional repression, marital quality, and major life events in women who develop breast cancer. *Journal of Community Health*, 19, 467-482.
- Fraley, R. C., & Phillips, R. (2009). Self-report measures of adult attachment in clinical practice. In J. Obegi & E Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*. (pp.153-180). New York: The Guilford Press.
- Fraley, R.C., Roisman, G. I., Booth-LaForce, C., Owen, M. T., & Holland, A. S. (2013). Interpersonal and genetic origins of adult attachment styles: A longitudinal study from infancy to early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104 (5), 817-838.
- France, M., McDowell, C., & Knowles, D. (1984). Understanding and coping with loneliness. *The School Counselor*, 32, 11-17.
- Frank, E., Brogan, D. J., Mokdad, A. H., Simoes, E. J., Kahn, H. S., & Greenberg, R.S (1998). Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States. *Archives of the International Medicine*, 158(4), 342-348.
- Frank, E., & Dingle, A. D. (1999). Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1887-1894.
- Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, C., & Belodoff, B. F. (2000). Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. *Archives of Family Medicine*, 9(4), 359-367.

- Franklin, A. S. (2009). On Loneliness. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography* 91 (4), 343-354.
- Friedman, H. S. (1979). The concept of skill in nonverbal communication: Implications for understanding social interaction. In Rosenthal, R. (Ed.), *Skill in nonverbal communication* (pp. 2-27). Cambridge, Mass.: Oelgeschlager, Gunn & Hain.
- Fromm Reichmann, F. (1959). Loneliness. *Psychiatry*, 22, 1-15.
- Fuchs, C. Z., & Rehn, L. P. (1977). A self-control behaviour therapy program for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- Gaev, D. (1976). *The psychology of loneliness*. Chicago: Adams.
- Gage, M. G., & Christensen, D. H. (1991). Parental Role Socialization and the Transition to Parenthood. *Family Relations*, 40 (3), 332-337.
- Γαλανάκη, Ε. (2006). *Μοναξιά: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Ατραπός.
- Gallery, M. E., Whitley, T. W., Klonis, K. L., Anzinger, R. K., & Revicki, D. A. (1992). A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 21(1), 58-64.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D., & Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 475-493.
- Gladstone, J.W. (1995). Elderly married persons living in long term care institutions: qualitative analysis of feelings. *Ageing and Society*, 15, 493-513.
- Glaser, F. B., Brewster, J. M., & Sisson, B. V. (1986). Alcohol and Drug Problems in Ontario Physicians: Characteristics of the Physician Sample. *Canadian Family Physician*, 32, 993-999.
- Glatt, M. M. (1974). Alcoholism among doctors. *Lancet*, 2, 342-343.
- Gerber, L. (1983). *Married to their careers*. New York: Tavistock Publications.

- Golberstein, E. (2015). The Effects of Income on Mental Health: Evidence from the Social Security Notch. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 18 (1), 27-37.
- Gold, N. (1972). The doctor, his illness and the patient. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 6, 209- 213.
- Goldberg, S. (2000). *Attachment and development*. London: Arnold.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- Gotesky, R. (1965). Aloneness, loneliness, isolation, solitude. In J. M. Edie (Ed.) *An invitation to phenomenology*. Chicago: Quadrangle Books.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2007). *The Impact of Attachment to Mother and Father at an Early Age on Children's Psychosocial Development through Young Adulthood*. Encyclopedia on Early Childhood Development. Διαθέσιμο σε: http://www.child-encyclopedia.com/pages/pdf/grossmannangxp_rev.pdf.
(Τελευταία πρόσβαση 07/10/2012).
- Gundersen, L. (2001). Physician Burnout. *Annals of Internal Medicine*, 135(2), 145-148.
- Guthrie, E. & Black (1997). Psychiatric disorder, stress and burn-out. *Advances in Psychiatric Treatment*, 3, 275-281.
- Guthrie, E., Tattan, T., Williams, E., Black, D., & Bacliocotti, H. (1999). Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists: Comparison of junior doctors, senior registrars and consultants. *Psychiatric Bulletin*, 23, 207-212.
- Hagen, E. & Rosenstrom, T. (2016). Explain the sex difference in depression with a unified bargaining model of anger and depression. *Evolution, Medicine, & Public Health*, 117-132.
- Halamandaris, K. F., & Power, K. G. (1997). Individual differences, dysfunctional attitudes, and social support: A study of the psychosocial adjustment to university life of home students. *Personality and Individual Differences*, 22 (1), 93-104.

- Hall, J. (2002). Relieving Parentified Children's Burdens in Families with Insecure Attachment Patterns. *Family Process, 41*(3), 375-388.
- Hankin, B. L., Kassel, J. D., & Abela, J. R. Z. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality Social Psychology Bulletin, 31*, 136-151.
- Hansen, N. B., Harrison, B., & Fambro, S., Bodnar, S., Heckman, T. G., & Sikkema, K. J. (2013). The structure of coping among older adults living with HIV/AIDS and depressive symptoms. *Journal of Health Psychology 18*, 198–211.
- Hansson, L. (2002). Quality of life in depression and anxiety. *International Review of Psychiatry, 14*, 185–189.
- Hansson, R. O., Briggs, S. R., & Rule, B. L. (1990). Old age and unemployment: Predictors of perceived control, depression, and loneliness. *Journal of Applied Gerontology, 9*, 230- 240.
- Hasin, D., Goodwin, R., Stinson, F., & Grant, B. (2006). Epidemiology of major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 62*, 1097-1106.
- Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*, 218–227.
- Hawkley, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., & Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology & Aging, 21*, 152–164.
- Hawton, K., Clements, A., & Sakarovitch, C. (2001). Suicide in doctors. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 296-300.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 59 (2), 270-280.

Headey, B., Kelley, J., & Wearing, A. (1993). Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*, 29 (1), 63-82.

Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Oxford: Blackwell.

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychological Review*, 26 (6), 695–718.

Helmreich, R., & Stapp, J. (1974). Short forms of the Texas Social Behavior Inventory, an objective measure of self-esteem. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 4, 473-475.

Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I., & Lönnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 935-940.

Hill, C. T., Rubin, Z., & Peplau, L.A. (1976). Breakups before marriage: The end of 103 affairs. *Journal of Social Issues*, 32, 147-168.

Hoferek, M. J., & Sarnowski, A. A. (1981). Feelings of loneliness in women medical students. *Journal of Medical Education*, 56, 397-403.

Hooper, L. M. (2007). The Application of Attachment Theory and Family Systems Theory to the Phenomena of Parentification. *The Family Journal*, 15 (3), 217-223.

Horney, K. (1945). *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis*. New York: Norton.

Horowitz, L. M., & French, R. de Sales (1979). Interpersonal problems of people who describe themselves as lonely. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 762-764.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549–560.

Hughes, P. H., DeWitt, M. D. Baldwin, C. Jr, Sheehan, D. V., Conard, S., & Storr, C. L. (1992).

- Resident physician substance use, by specialty. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1348-1354.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys Results From Two Population-Based Studies. *Research on Aging*, 26(6), 655-672.
- Hull, S. K., DiLalla, L. F., & Dorsey, J. K. (2008). Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Academic Psychiatry*, 32, 31-38.
- Ingram, R. E., & Smith, T. W. (1984). Depression and internal versus external focus of attention. *Cognitive Therapy and Research*, 8(2), 139-151.
- Inozu, M., Yorulmaz, O., & Terzi, S. (2012). Locus of control in obsessive-compulsive (OC) and depression symptoms: The moderating effect of externality and obsessive-related control beliefs in OC symptoms. *Behavioral Change*, 29, 148-163.
- Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M., Heikkinen, M. E., Kuoppasalmi, K. I., & Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 530-536.
- Joiner, T. E. (2002). Depression in its interpersonal context. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen, (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 295-313). New York: Guilford Press.
- Joiner, T. E., Alfano, M. S., & Metalsky, G. I. (1992). When depression breeds contempt: Reassurance seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 165-173.
- Jones, C. H. (1967). Narcotic addiction of physicians. *Northwest Medical*, 66(6), 559-564.
- Jones, R. E. (1977). A study of 100 physician psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1119-1123.
- Jones, W. H., Cavert, C. W., Snider, R. L., & Bruce, T. (1985). Relational stress: An analysis of situations and events associated with loneliness. In S. Duck & D. Perlman (Eds.),

Understanding personal relationships (pp. 221-242). London: Sage.

Jones, W. H., & Kugler, K. (1993). Interpersonal correlates of the Guilt Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 61, 246-258.

Jones, S. E., & LeBaron, C. D. (2002). Research on the Relationship Between Verbal and Nonverbal Communication: Emerging Integrations. *Journal of Communication*, 52 (3), 499-521.

Kafetsios, K., & Sideridis, G. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 863-876.

Kamath, M., & Kanekar, S. (1993). Loneliness, shyness, self-esteem, and extraversion. *Journal of Social Psychology*, 133, 855-857.

Kapur, N., Borrill, C., & Stride, C. (1998). Psychological morbidity and job satisfaction in hospital consultants and junior house officers: multicentre, cross sectional survey. *British Medical Journal*, 317(7157), 511-512.

Karaoglu, N., Avsaroglu, S., & Deniz, M. E. (2009). Yalnız misin? Selçuk Üniversitesi öğrencilerinde yalnızlık düzeyi ile ilgili bir çalışma. *Marmara Medical Journal*, 22, 19-26.

Karaoglu, N., Pecsán, S., Durduran, Y., Mergen, H., Odabasi, D., & Ors, R. (2015). A sample of paediatric residents' loneliness-anxiety-depression-burnout and job satisfaction with probable affecting factors. *Journal of Pakistan Medical Association*, 65, 183- 191.

Καρύδα, Σ., Χατζόπουλος, Π., & Γιοβάνη, Μ. (2004). Βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικού προσωπικού. *Επιθεώρηση Υγείας*, 15, 23-28.

Καφέτσιος, Κ. (2005). *Δεσμός, Συναίσθημα και Διαπροσωπικές Σχέσεις*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Katz, E. D., Sharp, L., & Ferguson, E. (2006). Depression among emergency medicine residents over an academic year. *Academic Emergency Medicine*, 13(3), 284-287.

Khan, M. (2015). Why the state of Greek hospitals tell us the drachma could be coming. The Telegraph. Available at <http://www.telegraph.co.uk/finance/economics/11689465/Why-the->

[state-of- Greek- hospitals-tell-us-the-drachma-could-be-coming.html](http://state-of-Greek-hospitals-tell-us-the-drachma-could-be-coming.html) [Τελευταία πρόσβαση 27/07/2015].

Kierkegaard, S. A. (1985). *Fear and trembling*. New York: Penguin.

Kim, O. (1999). Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant women living in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1082-1088.

Kisch, J., Leino, E. V., & Silverman, M. M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: Results from the Spring 2000 National College Health Assessment Survey. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35, 3–13. doi: 10.1521/suli.35.1.3.59263.

Kjeldstadli, K., Tyssen, R., Finset, A., Hem, E., Gude, T., & Gronvold, N. T. (2006). Life satisfaction and resilience in medical school – a six year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Medical Education*, 6 (1), 48.

Klein, M. (1975). On the sense of loneliness. In M. Klein, *Envy and gratitude and other works 1946-1963* (pp. 300-313). New York: Free Press.

Kobak, R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135–146.

Koch, P. (1994). *Solitude: A philosophical encounter*. Chicago: Open Court.

Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., & Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (12), 994-999.

Kraus, L. A, Bazzini, D., Davis, M. H., & Church, M. (1993). Personal and Social Influence for Loneliness: The Mediating Effect of Social Provisions. *Social Psychology Quarterly*, 56 (1), 37-53.

Lambert, V., Lussier, Y., Sabourin, S., & Wright, J. (1995). Attachment, solitude, psychological distress in young adults. *International Journal of Psychology*, 30, 109-131.

- Landau, J. (1980). Loneliness and creativity. In J. Hartog, R. Audy & Y. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 486–505). New York: International Universities Press.
- Larose, S., Guay, F., & Boivin, M. (2002). Attachment, Social Support, and Loneliness in Young Adulthood: A Test of Two Models. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 684-693.
- Larson, R.W., Csikszentmihalyi, M., & Graef, R. (1982). Time alone in daily experience: Loneliness or renewal? In L.A Peplau and D. Perlman (eds), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley, pp. 40-53.
- Larson, R.W. (1999). The uses of loneliness in adolescence. In K.J Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (pp. 244-262). New York: Cambridge University Press.
- Lau, S., & Green, G.E. (1992). The social stigma of loneliness: Effect of target person's and perceiver's sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 182-189.
- Leary, M. R. (1983a). *Understanding social anxiety: Social, personality and clinical perspectives*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Leary, M. R., Herbst, K., & McCraya. (2003). Finding pleasure in solitary activities: desire for aloneness or disinterest in social contact? *Personality and Individual Differences* 35(1), 59-68.
- Lee, H., Song, R., Suk Cho, Y., Lee, G. Z., & Daly, B. A. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 534-545.
- Leeflang, R. L. I., Klein-Hesselink, D. J., & Spruit, I. P. (1992). Health effects of unemployment- I. Long term unemployed men in a rural and urban setting. *Social Science of Medicine*, 34(4), 341-350.
- Lenz, B. K. (2004). Tobacco, depression, and lifestyle choices in the pivotal early college years. *Journal of American College Health*, 52, 213–220. doi: 10.3200/JACH.52.5.213-220.
- Leondari, A., & Kiosseoglou, G. (2000). The relationship of parental attachment and psychological

- separation to the psychological functioning of young adults. *Journal of Social Psychology*, *140*, 451-464.
- Levey R. E. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine*, *76*, 142-150.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. M. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. O. Davidson (Eds.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91-145). New York: Brunner/Mazel.
- Lindeman, S., Laara, E., Vuori, E., & Lonnqvist, J. (1997). Suicides among physicians, engineers and teachers: The prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *96(1)*, 68-71.
- Lockley, S.W., Cronin, J. W., Evans, E. E., Cade, B. E., Lee, C. J., Landrigan, C. P., Rothschild, J. M., Katz, J. T., Lilly, C. M., Stone, P. H., Aeshbach, D., & Czeisler, C.A. (2004). Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *The New England Journal of Medicine*, *351(18)*, 1829-1837.
- Long, C., & Averill, J. (2003). Solitude: An Exploration of Benefits of Being Alone. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, *33*, 21-44.
- Long, C., Seburn, M., Averill, J., & More, A. T. (2003). Solitude Experiences: Varieties, Settings, and Individual Differences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *29(5)*, 578-583.
- Lopata, H. (1969). Loneliness: forms and components. *Social Problems*, *17*, 248-262.
- Lopez, F. (2009). Clinical correlates of adult attachment organization. In J. Obegi & E Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 94-117). New York: The Guilford Press.
- Lu Y. (2010). Mental health and risk behaviours of rural-urban migrants: longitudinal evidence from Indonesia. *Population Studies*, *64*, 147-163.
- Malikiosi-Loizos, M., & Anderson, L. R. (1994). Reliability of a greek translation of the life

- satisfaction Index. *Psychological Reports*, 74, 1319-1322.
- Man, K., & Hamid, P. N. (1998). The relationship between attachment prototypes, self-esteem, loneliness and causal attributions in Chinese trainee teachers. *Personality and Individual Difference*, 24, 357- 371.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 50 (1-2), 66-104.
- Marotta, S. A (2002). An Ecological View of Attachment Theory: Implications for Counseling. *Journal of Counselling and Development*, 80(4), 507-510.
- Marshall, E. J. (2008). Doctors' health and fitness to practice: treating addicted doctors. *Occupational Medicine*, 58, 334-340.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 2(2), 9, 99-113.
- Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Guille, C., Di Angelantonio, E., & Sen, S. (2015). Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Medical Education Website*. Διαθέσιμο σε <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2474424> . [Τελευταία πρόσβαση 11/11/2017].
- Matsushima, R., & Shiomi, K. (2001). The effect of hesitancy toward and the motivation for self-disclosure on loneliness among Japanese high school students. *Social Behavior and Personality*, 29(7), 661-670.
- Mayers, A. M., & Svartberg, M. (2001) Existential loneliness: A review of the concept, its psychosocial precipitants and psychotherapeutic implications for HIV-infected women. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 539–553.
- Mayers, A. M., Khoo, S., & Svartberg, M. (2001). The Existential Loneliness Questionnaire:

- Background, development, and preliminary findings. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1183-1193.
- Mayers, A. M., Naples, N. A., & Nilsen, R. D. (2005). Existential issues and coping: A qualitative study of low-income women with HIV. *Psychology and Health*, 20 (1), 93–113.
- Macaskill, A. (2012). The mental health of university students in the United Kingdom. *British Journal of Guidance and Counselling*, 41 (4), 426-441.
- McGrew, R. (1985). *Encyclopedia of Medical History*. Macmillan.
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R., & Holland, W. W. (1997). Sickness absence and “working through” illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health Medicine*, 19(3), 295-300.
- McReynolds, P. (1960). Anxiety, perception, and schizophrenia. In D. Jackson (Eds), *The etiology of schizophrenia* (pp. 248–292). New York: Basic Books.
- Medora, N., Woodward, J., & Larson, J. (1987). Adolescent loneliness: A cross-cultural comparison of American and Asian Indians. *International Journal of Comparative Sociology*, 28, 204-210.
- Mehrabian, A., & Stefl, C.A. (1995). Basic temperament components of loneliness, shyness, and conformity. *Social Behavior and Personality*, 23, 253-264.
- Μιχαλοπούλου, Α. (2003). Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. *Νοσηλευτική*, 42, 293-298.
- Mijuskovic, B. L. (1977). Types of Loneliness. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 14 (3), 24 – 29.
- Mijuskovic, B. L. (1979). *Loneliness in Philosophy, Psychology and Literature*. Van Gorcum, Assen, The Netherlands.
- Mijuskovic, B. L. (1985). *Loneliness*. San Diego, CA: Libra Publishers.
- Mikulincer, M., & Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of the self-disclosure.

Journal of Personality and Social Psychology, 61, 321-331.

Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917-925.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2001). Attachment theory and intergroup bias: Evidence that priming the secure base schema attenuates negative reactions to out-groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 97–105.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. New York: Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., Cassidy, J., & Berant, E. (2008). Attachment -related defensiveness processes. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 293- 327). New York, NY: Guilford Press.

Miles, J. E., Krell, R., & Lin, T. Y. (1975). The doctor's wife: Mental illness and marital pattern. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 6, 481-487.

Modlin, H. C., & Montes, A. (1964). Narcotics addiction in physicians. *American Journal of Psychiatry*, 121, 358-365.

Moe, K. O., & Zeiss, A. M. (1982). Measuring self-efficacy expectations for social skills: A methodological inquiry. *Cognitive Therapy and Research*. 6, 191-205.

Monbiot, G. (2014). The age of Loneliness is killing us. Διαθέσιμο σε:
<http://www.theguardian.com/commentisfree/2014/oct/14/age-of-loneliness-killing-us>
[Τελευταία πρόσβαση 14/10/2015].

Montazeri, A., Harirchi, A. M., Shariati, M., Garmaroudi, G., Ebadi, M., & Fateh, A. (2003). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the

- Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (66), 1-4.
- More, T. A., Long, C., & Averill, J. (2003). *Solitude, Nature and Cities*. Proceedings of the 2003 Northeastern Recreation Research Symposium.
- Moustakas, C. E. (1961). *Loneliness*. New York: Prentice Hall.
- Moustakas, C. E. (1972). *Loneliness and love*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Moustakas, C. E. (1961). *Loneliness*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α. Γαρύφαλλος, Γ., & Καραστεργίου, Α. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ). (General Health Questionnaire- G.H.Q) David Goldberg. Μετάφραση και Προσαρμογή στα Ελληνικά. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.*
- Mukherjee, R., Fialho, A., & Wijetunge, A. (2002). The stigmatization of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*, 26, 178-181.
- Murphy, B., & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22, 835-844.
- Murray, R. M. (1976). Characteristics and prognosis of alcoholic doctors. *British Medical Journal*, 2, 1537-1539.
- Murray, R. M. (1977). Psychiatric illness in male doctors and controls: an analysis of Scottish hospitals in-patient data. *British Journal of Psychiatry*, 131, 1-10.
- Murray, C., & Lopez, A. (1996). *Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and morbidity from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Vol. I. Harvard: WHO.
- Myers, M. F. (2001). The well-being of physician relationships. *The Western Journal of Medicine*, 174, 30-33.
- Nash, L. M., Daly, M. G., Kelly, P. J., van Ekert, E. H., Walter, G., Walton, M., Willcick, S. M., &

- Tennant, C. C. (2010). Factors associated with psychiatric morbidity and hazardous alcohol use in Australian doctors. *Medical Journal of Australia*, *193*(3), 161-166.
- Newbury-Birch, D. R., White, M., & Kamali, F. (2000). Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug Alcohol Dependence*, *59*, 125-130.
- Newbury-Birch, D. R., Walshaw, D., & Farhad, K. (2001). Drink and drugs: from medical students to doctors. *Drug Alcohol Dependence*, *64*, 265-270.
- Nietzsche, F. (1844-1900). Stanford Encyclopedia of Philosophy. Διαθέσιμο σε:
<http://plato.stanford.edu/entries/nietzsche/> [Τελευταία πρόσβαση 26/10/2015]
- Nilsson, B., Lindström U.A., & Nåden D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *20*, 93–101.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *American Psychological Society*, *10* (5), 173-176.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(2), 127-132.
- Nogueira-Martins, L. A., Neto, R. F., Macedo, P. C. M., Cítero, V. A., & Mari, J. J. (2004). The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *37*, 1519-1524.
- Nurmi, J. E., Toivonen, S., Salmela, K., & Eronen, S. (1996). Optimistic, approach-oriented and avoidance strategies in social situations: Three studies on loneliness and peer relationships. *European Journal of Personality*, *10*, 201-209.
- Olson, K. L., & Wong, E. H. (2001). Loneliness in marriage. *Family Therapy*, *28*, 105-112.
- Ottenberg, M. D. (1975). The physician's disease: Success and work addiction. *Psychiatric Opinion*, *12*, 6-11.
- Overholser, J. C. (1992). Sense of humor when coping with life stress. *Personality and Individual*

Differences, 13, 700-804.

Oxford Universal Dictionary. (1964). London: Oxford University Press.

Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα:

Ελληνικά Γράμματα.

Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 187-199.

Παππά, Ε. Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., & Νιάκας, Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), 94-101.

Παρασχάκης, Α. (2009). Ψυχιατρική νοσηρότητα των ιατρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26 (1), 36-41.

Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 429-436.

Parlee, M. B. (1979). Psychology and Women. *Chicago Journals*, 5(1), 121-133.

Patent, S. B. (2001). Descriptive epidemiology of a depressive syndrome in a Western Canadian community population. *Canadian Journal of Public Health*, 92, 392-395.

Pearson, M., & Strecker, E. (1960). Physicians as psychiatric patients: private practice experience. *American Journal of Psychiatry*, 116, 915-919.

Pedersen, D. M. (1997). Psychological functions of privacy. *Journal of Environmental Psychology*, 17, 147-156.

Replau, H. E. (1955). Loneliness. *American Journal of Nursing*, 55, 1476-1481.

Replau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.

Perlman, D., Gerson, A.C., & Spinner, B. (1978). Loneliness among senior citizens: An empirical report. *Issues in the Study of Ageing, Dying, and Death*, 2(4), 239-248.

- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. W. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal Relationships 3: Personal relationships in disorder* (pp. 31-56). London: Academic Press.
- Pevalin, D. J. (2000). Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*(11), 508-512.
- Pfifferling, J. H. (1980). The wounded healers. *Medical Self-Care*, *10*, 4-9.
- Pietromonaco, P. R., & Feldman Barrett, L. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, *4*, 155–175.
- Pilowsky, L., & O’Sullivan, G. (1989). Mental illness in doctors. *British Medical Journal*, *298*, 269–270.
- Pinel, E. C., Long, A. E. & Crimin, I. A. (2010). I sharing and a classic conformity paradigm. *Social Cognition*, *28* (3), 277-289.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, *20*, 31-53.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Risk factor for loneliness in adulthood and old age – A meta-analysis. In S. P. Shohov (Ed.), *Advances in Psychology Research, Vol. 19* (pp. 111-143). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Πλάτων (428-347 π.Χ.). *Πολιτεία* (Σκουτερόπουλος μτφρ.). Εκδόσεις: Πόλις.
- Ponizovsky, A. M., & Ritsner, M. S. (2004). Patterns of loneliness in an immigrant population. *Comprehensive Psychiatry*, *45*(5), 408-414.
- Quinn, F. W. (1961). Narcotic Addiction. Medical and Legal Problems with Physicians. *California Medicine*, *94*(4), 214-217.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A. & Gregory, W. M. (1996). Mental health of

hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347(9003), 724-728.

Rank, O. (1929). *The trauma of birth*. London: Routledge Kegan Paul.

Raskin, A., Boothe, H., Reatig, N., Schulterbrandt, J., & Odle, D. (1971). Factor analysis of normal and depressed patients' memories of parental behavior, *Psychological Reports*, 29, 871-879.

Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25 year review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 419–432.

Reuben, D. B. (1985). Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Archives of International Medicine*, 145(2), 286-288.

Reuben, D. B. (1983). Psychologic effects of residency. *Southern Medical Journal*, 76, 380-383.

Richards, R. (1989). *The Health of Doctors, Project Paper No. 78*. London: King's Fund Publishing Office.

Riggio, R. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 649–660.

Riggio, R. (1989). *Social skills inventory manual (research ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.

Riggio, R., Throckmorton, B., & DePaola, S. (1990). Social skills and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 11(8), 799-804.

Riggio, R., Watring, K. P., & Throckmorton, B. (1993). Social skills, social support, and psychosocial adjustment. *Personality and Individual Differences*, 15, 275-280.

Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, V. (2000). Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(4), 460-464.

Rokach, A. (1988a). Theoretical approaches to loneliness: from a univariate to a multidimensional experience. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 19(2&3), 225-254.

Rokach, A. (1990). Surviving and coping with loneliness. *The Journal of Psychology*, 124 (1), 39-

54.

- Rokach, A., & Brock, H. (1998). Coping with loneliness. *The Journal of Psychology, 132*, (1), 107-127.
- Rokach, A. (1999). Cultural background and coping with loneliness. *The Journal of Psychology, 133*, (2), 217-229.
- Rokach, A. (2001). Strategies of coping with loneliness throughout the lifespan. *Current Psychology, 20* (1), 3-18.
- Rokach, A. (2004). Loneliness then and now: Reflections on social and emotional alienation in everyday life. *Current Psychology, 23*(1), 24-40.
- Rokach, A., Orzeck, T., & Neto, F. (2004). Coping with loneliness On old age: a cross- cultural comperison. *Current Psychology, 23*(2), 124-137.
- Rokach, A., & Neto, F. (2005). Age, culture, and the antecedents of loneliness. *Social Behavior and Personality, 33*(5), 477-494.
- Rokach, A. (2005). Drug withdrawal and coping with loneliness. *Social Indicators Research, 73*, 71-85.
- Roisman, G. I., Ashley, H., Keren, F., Chris, F., Eric, C., & Alexis, C. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(4), 678-697.
- Rook, K. S., & Peplau, L. A. (1982). Perspectives on helping the lonely. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 351-378). New York: Wiley-Interscience.
- Rook, K. S. (1984). Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated. *American Psychologist, 39* (12), 1389-1407.
- Rook, K. S. (1984a). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 1097-1108.

- Rook, K. S. (1988). Toward a more differentiated view of loneliness. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 571-589). New York: Wiley.
- Rosedale, M. (2007). Loneliness: An exploration of Meaning. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 13* (4), 201-209.
- Rosta, J. (2008). Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol Alcohol, 43*, 198-203.
- Rosta, J., & Aasland, O. (2005). Female surgeons' alcohol use: a study of a national study of Norwegian doctors. *Alcohol Alcohol, 40*, 436-440.
- Rosvold, E. O., Bjertness, E., & Alcorta, A. (2002). Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scandinavian Journal of Public Health, 30*, 125-132.
- Rotenberg, K. J. (1994). Loneliness and interpersonal trust. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 152-173.
- Rovik, J. O., Tyssen, R., Hem, E., Gude, T., Ekeberg, O., & Moum, T., (2007). Job stress in young physicians with an emphasis on the work-home interface: a nine year, nationwide and longitudinal study of its course and predictors. *International Health, 45*(5), 662-671.
- Rubenstein, C., Shaver, P., & Peplau, L. A. (1979). Loneliness. *Human Nature, 2*, 58-65.
- Russell, D., Peplau L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment, 42*, 290-294.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 472-480.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 1313-1321.

- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 2): reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Ryan, M. C., & Patterson, J., (1987). Loneliness in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 3, 6–12.
- Sadler, W. A., & Johnson, T. B. (1980). From loneliness to anomia. In J. Hartog, R.J. Audy, & Y.A. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 34–64). New York: International Universities Press
- Sakinofsky, I. (1980). Suicide in doctors and wives of doctors. *Canadian Family Physician*, 26, 837-844.
- Saklofske, D. H., Yackulic, R. A., & Kelly, I. W. (1986). Personality and loneliness. *Personality and Individual Differences*, 7(6), 899-901.
- Sand, L., & Strang P. (2006). Existential loneliness in a palliative care setting. *Journal of Palliative Medicine* 9 (6), 1376–1387.
- Sartre, J. P. (1957). *Existentialism and human emotions*. New York: Philosophical Library.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Scalise, J., Ginter, E., & Gerstein, L. (1984). A multidimensional loneliness measure: The Loneliness Rating Scale (LRS). *Journal of Personality Assessment* , 48, 525–530.
- Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295-2302.
- Schimelpfening, (2011). Most common Depression Symptoms. Διαθέσιμο σε:
<http://depression.about.com>. [Τελευταία πρόσβαση 25/09/ 2015]
- Schmidt, L. A., & Fox, N. A. (1995). Individual differences in young adults' shyness and sociability: Personality and health correlates. *Personality and Individual Differences*, 19,

455-462.

- Schmidt, N., & Sermat, V. (1983). Measuring loneliness in different relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1038-1047.
- Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardiff, C. (2001). Child–parent attachment and children’s peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, 37, 86–100.
- Schnittker, J. (2007). Look (closely) at all the lonely people: Age and social psychology of social support. *Journal of Aging and Health*, 19, 659-682.
- Schuckit, M. A. (1994). Alcohol and depression: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 28-32.
- Schwenk, T. (2015). Resident Depression. The Tip of a Graduate Medical Education Iceberg. *JAMA Network Medical Education Website*. Διαθέσιμο σε <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2474410> [Τελευταία πρόσβαση 11/11/2017].
- Segrin, C. (1993). Social skills deficits and psychosocial problems: antecedent, concomitant, or consequent? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 336–353.
- Segrin, C., & Kinney, T. (1995). Social skills deficits among the socially anxious: Rejection from others and loneliness. *Motivation and Emotion*, 19, 1-24.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242–247.
- Sermat, V. (1980). Some situational and personality correlates of loneliness. In J. Hartoz, J. R. Andy & Y. A. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 305-318). New York: International University Press.
- Setness, P. A. (2003). Is it real or is it Memorex? Discerning whether job-related stress or mental illness is causing physician impairment. *Postgraduate Medicine*, 113, 7-9.
- Sharabany, R. (1994). Continuities in the development of intimate friendships: Object relations,

interpersonal, and attachment perspectives. In R. Erber, & R. Gilmour (Eds.), *Theoretical frameworks from personal relationships* (pp. 157-178). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*, 343-359.

Short, S. E. D. (1979). Psychiatric illness in physicians. *Canadian Medical Association Journal*, *4(121)*, 283-288.

Shute, R., & Howitt D. (1990). Unraveling paradoxes in loneliness: research and elements of a social theory of loneliness. *Social Behavior*, *5*, 169-84.

Simon, W., & Gayle, K.L. (1968). Suicide among physician-patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *147(2)*, 105-112.

Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 971-980.

Simpson, J. A., William, R. S., & Julia, N. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62(3)*, 434-446.

Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S., & Haydon, K. C. (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*, 355-367.

Σιουρούνη, Ε., Θεοδώρου, Μ., & Χόνδρος, Π. (2006). Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης. *Επιθεώρηση Υγείας*, *17*, 31-35.

Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B., & Edberg, A. (2017). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging and Mental Health*, *17*, 1-8.

- Small, I. F., Small, J. G., Assue, C. M., & Moore, D. F. (1969). The fate of the mentally ill physician. *American Journal of Psychiatry*, *125*, 1333-1342.
- Solano, C. (1980). Two measures of loneliness: A comparison. *Psychological Reports*, *46*, 23–28.
- Σοπενχάουερ, Α. (1788-1860). Η τέχνη να επιβιώνεις. Εκδόσεις: Γνώση.
- Spitzberg, B. H., & Cupach, W. R. (1989). *Handbook of interpersonal competence research*. New York: Springer.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Stack, S., & Eshleman, J. R. (1998). Marital Status and Happiness: A 17-Nation Study. *Journal of Marriage and Family*, *60* (2), 527-536.
- Σταλίκας, Α., Ρούσση, Π., & Τριλίβα, Σ. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα: μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σταύρου, Σ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2005). Επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού του ΕΚΑΒ και ικανοποίηση των διακομιζόμενων ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, *16*, 11–25.
- Stavem, K., Hofoss, D., Aasland, O. G., & Loge, J. H. (2001). The self- perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*, *29*(3), 194-199.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T. F., van der Mast, R. C., & Westendorp, R. G. J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, *162*, 178–180.
- Steppacher, R. C., & Mausner, J. S. (1974). Suicide in male and female physicians. *Journal of American Medical Association*, *228*, 323-328.
- Stivers, R. (2004). *Shades of loneliness: Pathologies of a technological society*. Washington, DC:

Rowan & Littlefield.

Stokes, J. P. (1987). The relation of loneliness and self-disclosure. In V. J. Derlega & J. H Berg (Ed.), *Self-disclosure* (pp. 175-202). New York: Plenum Press.

Storr, A. (1988). *Solitude: A return to the self*. New York: Free Press.

Stroebe, M., van Vliet, T., Hewstone, M., & Willis, H. (2002). Homesickness among students in two cultures: Antecedents and consequences. *British Journal of Psychology*, 93, 147–168.

Sullivan, H. S (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Swami, V., Chamorro-Premuzic, T., Sinniah, D., Maniam, T., Kannan, K., & Stanistreet, D. (2007). General health mediates the relationship between loneliness, life satisfaction and depression. A study with Malaysian medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 161-166.

Taherifard, A., Omidian, M., & Mobasheri, M. (2014). The Effect of Coping Skills Training on Reducing Feeling of Loneliness in Male Students. *World Applied Sciences Journal* 29 (11), 1439-1444.

Talbott, G. D., Gallegos, K. V., Wilson, P. O., & Porter, T. L. (1987). The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of speciality. *Journal of American Medical Association*, 257, 2927-2930.

Taylor, S., Peplau, L., & Sears, D. (2006). *Social Psychology*. (12th Eds) Pearson.

The New York Times (2010). Depression in doctors. Διαθέσιμο σε:

<http://well.blogs.nytimes.com/2010/10/07/when-doctors-get-depressed/>. [Τελευταία πρόσβαση 07/05/2013].

Tillett, R. (2003). The patient within- psychopathology in the helping professions. *Advanced Psychiatric Treatment*, 9, 272-279.

Tillich, P. (1980). Loneliness and solitude. In J. Hartog, J.R. Audy, and V.A. Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (p. 547-557). New York: International Universities Press.

- Thomas, C. B. (1976). What becomes of medical students: The dark side. *John Hopkins Medical Journal*, 138, 185-195.
- Thorndike, E. L. (1920). *Intelligence and its uses*. Harper's Magazine, 140. 227-235.
- Tokarz, J. P., Bremer, W., & Peters, K. (1989). *Beyond Survival*. Chicago: American Medical Association.
- Tornstam, L. (1992). Loneliness in marriage. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 197-217.
- Tufft, B. (2015). Greek hospitals cannot afford painkillers, scissors or sheets as budget cuts bite. The Independent. Διαθέσιμο σε: <http://www.independent.co.uk/news/world/europe/greek-hospitals-cannot-afford-painkillers-scissors-or-sheets-as-budget-cuts-bite-10271819.html> [Τελευταία πρόσβαση 27/07/2015].
- Toyry, S., Räsänen, K., Kujala, S., Aärimaa, M., Juntunen, J., Kalimo, R., Luhtala, R., Mäkelä, P., Myllymäki, K., Seuri, M., & Husman, K. (2000). Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1079-1085.
- Tyssen, R., Rovik J. O., Vaglum P., Gronvold, N. T., & Ekeberg, O. (2004). Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 989-993.
- Tyssen, R., Dolatowski, F. C., Rovik J. O., Thorkildsen, R. F., Ekeberg, O., Hem, E., Gude, T., Gronvold, N. T., & Vaglum, P. (2007). Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study. *Medical Education*, 41(8), 781-787.
- Upmanyu, V. V., Sehgal, R., & Upmanyu, S. (1994). Factor analytic study of personality correlates of loneliness among Indian university students. *Psychological Studies*, 39, 28-33.
- Vaglum, P., & Falkum, E. (1999). Self criticism, dependency and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians. *Journal of Affective Disorders*, 52(1-3), 153-

- Vaillant, G. E. (1992). Physician heal thyself. The hazards of self-prescribing. *Journal of American Medical Association*, 267, 2373-2374.
- Vaillant, G. E., Sobowall, N. C. & McCarthur, C. (1972). Some psychological vulnerabilities of physicians. *New England Journal of Medicine*, 287, 372-375.
- Van Baarsen, B., Snijders, T. A. B., Smit, J. H., & Van Duijn, M. A. J. (2001). Lonely but not alone: Emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement*, 6(1), 119-135.
- Vanden Bergh, R. L. (1963). Loneliness—its symptoms, dynamics, and therapy. *Psychiatry*, 37, 466–475.
- Van der Horst, C. P. F., & Van der Veer, R. (2008). Loneliness in Infancy: Harry Harlow, John Bowlby and Issues of Separation. *Integration Psychology Behavior*, 42, 325-335.
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Vincent, M. O., Robinson, E. A., & Lave, L. (1969). Physicians as Patients: Private Psychiatric Hospital Experience. *Canadian Medical Association Journal*, 100(9), 403-412.
- Viney, L. L. (1985). "They call you a dole bludger": Some experiences of unemployment. *Journal of Community Psychology*, 13, 31-45.
- Virshup, B., Coombs, R. H., & Kohatsu, W. (1993). The primary prevention of addiction in the physician. *The Journal of Primary Prevention*, 14(1), 29-49.
- Von Witzleben, H. D. (1958). On loneliness. *Psychiatry*, 21, 37–43.
- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Kurata, J., & Kaplan, G. A. (2001). Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1086-1092.

- Waltz, M., Badura, B., Pfaff, H., & Schott, T. (1988). Marriage and the psychological consequences of a heart attack: A longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Social Science and Medicine*, 27, 149-158.
- Warhaft, N. (2004). The Victorian Doctors Health Program: The first three years. *Medical Journal of Australia*, 181, 376-379.
- Webster, J. (1998). Attachment styles, reminiscence functions and happiness in young and elderly adults. *Journal of Aging Studies*, 12(3), 315-330.
- Wei, M., Russell, D. W., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, social self-efficacy, self-disclosure, loneliness, and subsequent depression for freshman college students: A longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 602-614.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others: Joining, molbing, conforming, helping, loving* (pp 17-26). Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Weiss, R. S. (1987). Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 1-16.
- Weiss, R. S. (1989). Reflections on the present state of loneliness research. In M. Hojat & R. Crandall (Eds.), *Loneliness: Theory, research and applications* (pp. 51-56). Newbury Park, California: Sage Publications.
- Weitzman, E. R. (2004). Poor mental health, depression, and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national sample of young adults in college. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192, 269–277. doi: 10.1097/01.nmd.0000120885.17362.94.
- West, C. P., Tann, A.D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *Journal of American Medical*

Association, 302(12), 1294-1300.

West, M., & Sheldon-Keller, A. E. (1994). *Patterns of relating*. New York: Guilford.

Westin, A. (1967). *Privacy and freedom*. New York: Atheneum.

Whitley, T. W., Allison, J. E., Gallery, M. E., & Cockington, R. A. (1992). Work-Related Stress and Depression Among Practicing Emergency Physicians: An International Study. *Annals of Emergency Medicine, 23(5), 1068-1071.*

Wible, P. (2017). Doctors and Depression: Suffering in Silence. *Medscape*. Διαθέσιμο σε <https://www.medscape.com/viewarticle/879379> . [Τελευταία πρόσβαση 11/11/2017].

Windle, G., & Woods, R. T. (2004). Variations in subjective wellbeing: The mediating role of a psychological resource. *Ageing and Society, 24, 583-602.*

Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psychoanalysis, 39, 416-420.*

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press.

Wiseman, H., Maysless, O., & Sharabany, R. (2006). Why are they lonely? Perceived quality of early relationships with parents, attachment, personality predispositions and loneliness in first-year university students. *Personality and Individual Differences, 40, 237-248.*

Wolf, T. M., Scurria, P. L., & Webster, M. G. (1998). A Four-year Study of Anxiety, Depression, Loneliness, Social Support, and Perceived Mistreatment in Medical Students. *Journal of Health Psychology, 3 (1), 125-136.*

Woodside, J. R., Miller, M. N., Floyd, M. R., McGowen, K. R., & Pfortmiller, D. T. (2008). Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Academic Psychiatry, 32, 13-19.*

Ξηροτύρης, Η. (1979). *Ιστορία της Ψυχολογίας, Τόμος Β'*. Αθήνα: Κένταυρος.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

- Yalom, I. D. (1998). *Eksistentiel psykoterapi (Existential Psychotherapy)*. Hanz Reitzels Forlag, København.
- Young, J. (1979). Loneliness in college students: A cognitive approach. *Dissertation Abstracts International, 40(03)*, 49-59.
- Υφαντόπουλος, Γ. Ν., & Σαρρής, Μ. (2001). *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής*. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
- Zawawi, J. A., & Hamaideh, S. H. (2009). Depressive symptoms and their correlates with locus of control and satisfaction with life among Jordanian college students. *European Journal of Psychology, 4*, 71–103.
- Zigmond, D. (1984). Physician heal thyself: The paradox of the wounded healer. *British Journal of Holistic Medicine, 1*, 63-71.
- Zimmermann, J. G. (1785/6). *Über die Einsamkeit* [About loneliness]. Frankfurt: Thoppau.
- Zis, P., Anagnostopoulos, F., & Sykioti, P. (2014). Burnout in Medical Residents: A Study Based on the Job Demands-Resources Model. *The Scientific World Journal, 1-10*.

Παράρτημα

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Ερωτηματολόγιο Σχέσεων (RSQ)

(Griffin και Bartholomew, 1994b)

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν στις σχέσεις σου με τους άλλους ανθρώπους. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα που ακολουθεί, σημείωσε δίπλα από κάθε πρόταση το βαθμό που η καθεμία περιγράφει τα συναισθήματά σου για τις στενές σου σχέσεις. Έχε στο μυαλό σου όλες τις στενές σου σχέσεις, τωρινές και παρελθοντικές, και απάντησε με τρόπο που να δείχνει, πως εσύ αισθάνεσαι, γενικά μέσα σε αυτές.

	Δεν μου ταιριάζει καθόλου	2	Μου ταιριάζει κάπως	4	Μου ταιριάζει πάρα πολύ
1. Μου είναι δύσκολο να εξαρτώμαι από άλλους	1	2	3	4	5
2. Είναι πολύ σημαντικό για μένα να νιώθω ανεξάρτητος/η.	1	2	3	4	5
3. Μου είναι εύκολο να είμαι συναισθηματικά κοντά με τους άλλους.	1	2	3	4	5
4. Θέλω να είμαι ολοκληρωτικά «ένα» με τον άλλον.	1	2	3	4	5
5. Ανησυχώ ότι θα πληγωθώ εάν αφήσω τον εαυτό μου να έρθει κοντά με τους άλλους.	1	2	3	4	5
6. Νιώθω άνετα χωρίς στενές συναισθηματικές σχέσεις.	1	2	3	4	5
7. Δεν είμαι σίγουρος/η ότι μπορώ πάντα να βασίζομαι στο ότι οι άλλοι θα είναι εκεί όποτε τους χρειαστώ.	1	2	3	4	5

8. Θέλω να νιώθω απόλυτη συναισθηματική οικειότητα με τους άλλους.	1	2	3	4	5
9. Ανησυχώ μήπως μείνω μόνος/η μου.	1	2	3	4	5
10. Νιώθω άνετα να εξαρτώμαι από τους άλλους.	1	2	3	4	5
11. Συχνά ανησυχώ ότι οι σύντροφοί μου δεν με αγαπούν πραγματικά.	1	2	3	4	5
12. Μου είναι δύσκολο να εμπιστευτώ τους άλλους ολοκληρωτικά.	1	2	3	4	5
13. Ανησυχώ όταν οι άλλοι βρίσκονται συναισθηματικά πολύ κοντά μου.	1	2	3	4	5
14. Επιθυμώ στενές συναισθηματικές σχέσεις.	1	2	3	4	5
15. Αισθάνομαι άνετα όταν οι άλλοι εξαρτώνται από μένα.	1	2	3	4	5
16. Ανησυχώ ότι οι άλλοι δεν με υπολογίζουν τόσο, όσο τους υπολογίζω εγώ.	1	2	3	4	5
17. Οι άνθρωποι δεν είναι ποτέ εκεί όταν τους χρειάζεσαι.	1	2	3	4	5
18. Η επιθυμία μου να γίνομαι «ένα» με τους άλλους, ορισμένες φορές τους τρομάζει.	1	2	3	4	5
19. Είναι σημαντικό για μένα να νιώθω αυτάρκης/ επαρκής για τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5

	Δεν μου ταιριάζει καθόλου		Μου ταιριάζει κάπως		Μου ταιριάζει πάρα πολύ
20. Είμαι ανήσυχος όταν κάποιος έρχεται συναισθηματικά πολύ κοντά μου.	1	2	3	4	5
21. Συχνά ανησυχώ ότι οι σύντροφοί μου δε θα θέλουν να μείνουν μαζί μου.	1	2	3	4	5
22. Προτιμώ οι άλλοι να μην εξαρτώνται από μένα.	1	2	3	4	5
23. Ανησυχώ μήπως με εγκαταλείψουν.	1	2	3	4	5
24. Νιώθω άβολα όταν έρχομαι συναισθηματικά κοντά με τους άλλους.	1	2	3	4	5
25. Θεωρώ ότι οι άλλοι θα είναι εκεί όταν τους χρειαστώ.	1	2	3	4	5
26. Προτιμώ να μην εξαρτώμαι από τους άλλους.	1	2	3	4	5
27. Ξέρω ότι οι άλλοι θα είναι εκεί όταν τους χρειαστώ.	1	2	3	4	5
28. Ανησυχώ μήπως δεν γίνομαι αποδεκτός από τους άλλους.	1	2	3	4	5
29. Συχνά οι σύντροφοί με θέλουν πιο κοντά τους από ότι εγώ αισθάνομαι άνετα να είμαι.	1	2	3	4	5
30. Μου είναι σχετικά εύκολο να είμαι συναισθηματικά κοντά με τους άλλους.	1	2	3	4	5

Ερωτηματολόγιο Υπαρξιακής Μοναξιάς

(Aviva Mayers, Siek-Toon Khoo, & Martin Svartberg, 2002)

Δίπλα από κάθε πρόταση γράψε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα το βαθμό που η κάθε πρόταση ισχύει για σένα. Αν γράψεις το 1 σημαίνει ότι η πρόταση αυτή δεν ισχύει καθόλου για σένα. Αν γράψεις το 6, σημαίνει ότι η πρόταση αυτή ισχύει απόλυτα για σένα, ενώ το 3 σημαίνει ότι ισχύει μερικώς για σένα.

1	2	3	4	5	6
Δεν ισχύει		Ισχύει μερικώς			Ισχύει απόλυτα
για μένα		για μένα			για μένα

1. Είμαι ευτυχισμένος/η από τον τρόπο που έχω ζήσει τη ζωή μου. _____
2. Στη ζωή μου υπάρχει σκοπός. _____
3. Περιβάλλομαι από ανθρώπους άγνωστους και δεν μπορώ να κάνω μαζί τους δεσμούς. _____
4. Νιώθω πως έχω ανθρώπους που μπορώ να εμπιστευτώ και να βασιστώ όταν χρειαστεί. _____
5. Αν είχα τη σωστή σχέση δε θα ένιωθα ποτέ μόνος/η. _____
6. Μένω σε μια κακή σχέση για υπερβολικό χρόνο για να μη νιώθω μόνος/η. _____
7. Μόλις χωρίσω από μια σχέση αμέσως κάνω καινούργια. _____
8. Νιώθω ανήμπορος/η. _____
9. Αισθάνομαι μόνος/η. _____
10. Κάτι σημαίνω κι εγώ για τους άλλους. _____
11. Αισθάνομαι πως είμαι στο έλεος του κόσμου. _____

12. Νιώθω σαν πεθαμένος/ή. _____
13. Το σύμπαν είναι γεμάτο νόημα.
14. Νιώθω πως η ζωή λίγο μονάχα νόημα έχει. _____
15. Κανείς στον κόσμο δεν μπορεί να καταλάβει τα συναισθήματά μου. _____
16. Ο κόσμος μου μοιάζει να' ναι τόσο διαφορετικός από των υπολοίπων. _____

Κλίμακα Κοινωνικής Μοναξιάς

(The UCLA Loneliness Scale/ ULS-6)

(Russel, 1996)

Σημείωσε πόσο συχνά νιώθεις έτσι όπως περιγράφουν οι παρακάτω προτάσεις. Σημειώστε X στον αριθμό που αντιστοιχεί στο πόσο συχνά αισθάνεσαι έτσι.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
Μου λείπουν οι παρέες.	1	2	3	4
Νιώθω μέρος της παρέας των φίλων μου.	1	2	3	4
Νιώθω απομονωμένος/η	1	2	3	4
Είμαι δυστυχισμένος/η που είμαι τόσο αποτραβηγμένος/η.	1	2	3	4
Υπάρχουν άνθρωποι γύρω μου αλλά όχι κοντά μου.	1	2	3	4
Νιώθω απομονωμένος/η από τους άλλους γύρω μου	1	2	3	4

Κλίμακα Στρατηγικών Διαχείρισης Μοναξιάς

(Rokach & Brock, 1998)

Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν τρόπους με τους οποίους διαχειριζόμαστε τη μοναξιά μας.

Σημείωσε X δίπλα από τις προτάσεις που δείχνουν τον τρόπο που εσύ προσωπικά χρησιμοποίησες για να διαχειριστείς τη μοναξιά σου μέχρι τώρα.

(Επίλεξε ΟΣΕΣ σε αντιπροσωπεύουν)

Προκειμένου να μη νιώθω μόνος/η...

1. Παρακολούθησα ελεύθερα μαθήματα, επιμορφωτικά σεμινάρια _____
2. Βγήκα ραντεβού, πιο πολύ _____
3. Αναθέρμανα τις παλιές μου φιλίες _____
4. Ξεκίνησα μια καινούρια αθλητική δραστηριότητα _____
5. Έψαξα να βρω καινούριους φίλους ανάμεσα στους γνωστούς μου _____
6. Πήρα ναρκωτικά _____
7. Ξεκίνησα ένα καινούριο χόμπι _____
8. Έψαξα να βρω απαντήσεις στα προβλήματά μου μέσω της προσευχής _____
9. Αποδέχθηκα, τελικά, το πώς ένιωθα _____
10. Συνειδητοποίησα τους φόβους και τις ανησυχίες μου και τι είναι αυτό που τις ξυπνάει _____
11. Αναζήτησα υποστήριξη από ιατρό ή επαγγελματία υγείας _____

12. Αναζήτησα υποστήριξη από οργανωμένες ομάδες (όπως λ.χ *Ανώνυμοι Αλκοολικοί*, ομάδες *απεξάρτησης*, κάθε είδους θεραπευτικές και υποστηρικτικές ομάδες) _____
13. Αναζήτησα βοήθεια από πνευματικό ή άνθρωπο της εκκλησίας _____
14. Είπα στον εαυτό μου ότι έχω τη δύναμη και τις απαραίτητες δυνάμεις για να ξεπεράσω τη μοναξιά μου _____
15. Έκανα συχνά περιστασιακό σεξ απλά και μόνο για να είμαι με κάποιον/α _____
16. Συμμετείχα σε σεμινάρια προσωπικής ανάπτυξης _____
17. Έπεσα με τα μούτρα στη δουλειά _____
18. Έχτισα σκόπιμα, τοίχους γύρω από τον εαυτό μου _____
19. Πήγα σε περισσότερα πάρτι και κοινωνικές εκδηλώσεις _____
20. Κατέβαλα προσπάθεια ώστε η ευτυχία μου να εξαρτάται λιγότερο από τους άλλους _____
21. Αντλούσα δύναμη και παρηγοριά μέσα από την πίστη μου στο Θεό _____
22. Εκμεταλλεύτηκα το χρόνο που ήμουν μόνος μου/η μου σαν ευκαιρία για να σκεφτώ τα πράγματα καλά και να βάλω νέους προσωπικούς στόχους _____
23. Έκανα υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ _____
24. Πέρασα περισσότερη χρόνο μιλώντας στο τηλέφωνο με φίλους ή την οικογένειά μου _____
25. Πήγαινα πιο συχνά στην εκκλησία ή σε ανάλογες θρησκευτικές συγκεντρώσεις _____
26. Αρνιόμουν στο εαυτό μου ότι κάτι δεν πήγαινε καλά _____

Κλίμακα Κοινωνικού Δικτύου

(Παπαγιάννη & Κορδούτης, 2017)

Σε ορισμένες από τις ερωτήσεις που ακολουθούν χρειάζεται να γράψεις κάποιον αριθμό, ενώ σε κάποιες άλλες να κυκλώσεις τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα την απάντησή σου.

1. Πόσα περίπου ζευγάρια ή οικογένειες υπάρχουν στη γειτονιά ή την πόλη που μένεις με τις οποίες νιώθεις αρκετά εξοικειωμένος/η, ώστε να ανταλλάσσετε μεταξύ σας επισκέψεις; (Σημείωσε τον αριθμό στη γραμμή)

_____ οικογένειες/ζευγάρια

2. Πόσους περίπου «στενούς» φίλους έχεις – ανθρώπους με τους οποίους αισθάνεσαι άνετα και μπορείς να τους πεις ό,τι σκέφτεσαι; (Μπορείς επίσης να συμπεριλάβεις συγγενικά πρόσωπα και άτομα από τον εργασιακό σου χώρο) (Σημείωσε τον αριθμό στη γραμμή)

_____ «στενοί» φίλοι

3. Κατά τη διάρκεια ενός μήνα, πόσο συχνά βγαίνεις έξω με φίλους ή συγγενείς;

(Κύκλωσε ένα)

Κάθε μέρα	6
Αρκετές μέρες την εβδομάδα	5
Περίπου μία φορά την εβδομάδα	4
2 ή 3 φορές το μήνα	3
Μία φορά το μήνα	2
Καμία φορά το μήνα	1

Κατά τη διάρκεια ενός μήνα, πόσο συχνά ανταλλάσσεις επισκέψεις τους με φίλους σου; (μην υπολογίσεις τους συγγενείς).

(Κύκλωσε ένα)

Κάθε μέρα	6
Αρκετές μέρες την εβδομάδα	5
Περίπου μία φορά την εβδομάδα	4
2 ή 3 φορές το μήνα	3
Μία φορά το μήνα	2
Καμία φορά το μήνα	1

4. Θεωρείς ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις ώστε να ανταλλάσσεις επισκέψεις με τους φίλους σου; (Π.χ. ευρύχωρο σπίτι, συγκατοίκηση με άλλους ανθρώπους/γονείς, χρόνος, χρήμα, δυνατότητες μετακίνησης).

Πολύ	Λίγο	Αρκετά	Ελάχιστα	Καθόλου
5	4	3	2	1

5. Κατά τη διάρκεια ενός μήνα, πόσο συχνά ανταλλάσσεις τηλεφωνήματα ή sms με φίλο ή συγγενή;

(Κύκλωσε ένα)

Κάθε μέρα	6
Αρκετές μέρες την εβδομάδα	5
Περίπου μία φορά την εβδομάδα	4
2 ή 3 φορές το μήνα	3
Μία φορά το μήνα	2
Καμία φορά το μήνα	1

6. Κατά τη διάρκεια ενός μήνα, πόσο συχνά ανταλλάσσεις e-mails, tweets, ή μιλάς μέσω facebook ή skype με φίλο ή συγγενή;

(Κύκλωσε ένα)

Κάθε μέρα	6
Αρκετές μέρες την εβδομάδα	5
Περίπου μία φορά την εβδομάδα	4
2 ή 3 φορές το μήνα	3
Μία φορά το μήνα	2
Καμία φορά το μήνα	1

7. Σε πόσες επαγγελματικού χαρακτήρα οργανώσεις συμμετείχες ενεργά τον τελευταίο χρόνο (λ.χ. επαγγελματικές εκδρομές, επαγγελματικά γεύματα, επαγγελματικά ταξίδια);

(Σημείωσε τον αριθμό στη γραμμή)_____

8. Σε πόσες κοινωνικές συνευρέσεις με τον επαγγελματικό σου κύκλο συμμετείχες ενεργά τον τελευταίο χρόνο (λ.χ. ομάδα ποδοσφαίρου γιατρών, σκακιστική ομάδα γιατρών, κ.ο.κ);

(Σημείωσε τον αριθμό στη γραμμή)_____

9. Σε πόσους εξωεπαγγελματικούς συλλόγους, ομάδες, ή λέσχες είσαι μέλος τον τελευταίο χρόνο (λ.χ. Ορειβατικός Σύλλογος, Πολιτιστικός Σύλλογος, Αθλητική Ομάδα, Θεατρική Ομάδα, Ομάδα Εθελοντισμού, Κιν/κή Λέσχη κ.ο.κ);

(Σημείωσε τον αριθμό στη γραμμή) _____

Ερωτηματολόγιο Συνθηκών Εργασίας

(Παπαγιάννη & Κορδούτης, 2017)

Για καθεμία από τις παρακάτω προτάσεις σημείωσε στη γραμμή τον αριθμό που αντιπροσωπεύει περισσότερο την απάντησή σου.

1: Δεν ισχύει για μένα

2: Ισχύει μερικώς για μένα

3: Ισχύει για μένα

4: Ισχύει πολύ για μένα

5: Ισχύει απόλυτα για μένα

1. Η φύση της δουλειάς μου απαιτεί να εργάζομαι απομονωμένος/η από τους υπόλοιπους συμφοιτητές μου. _____

2. Η φύση της δουλειάς μου απαιτεί να κάνω εξωτερικές εργασίες, όπου έρχομαι σε επαφή και με άλλους συναδέλφους. _____

3. Η δουλειά μου απαιτεί να συναναστρέφομαι με άτομα (συναδέλφοι ή και ασθενείς/πελάτες).

4. Η δουλειά μου απαιτεί να έχω τηλεφωνικές επικοινωνίες με συναδέλφους ή/και ασθενείς. _____

5. Η φύση της δουλειάς μου απαιτεί να συνεργάζομαι με τους υπόλοιπους συναδέλφους μου. _____

6. Στη δουλειά μου υπάρχουν κοινοί χώροι συνάντησης με τους υπόλοιπους συναδέλφους μου (Παρακαλώ συμπεριλάβετε από εργασιακά meetings έως χώρους cafe). _____

7. Λόγω της φύσης της δουλειάς μου, δεν έχω πολλή ενέργεια να επενδύσω στις προσωπικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους. _____

8. Η φύση της δουλειάς μου απαιτεί να εργάζομαι πέραν του καθορισμένου εργασιακού μου ωραρίου. (Είτε παραμένοντας στο χώρο εργασίας, είτε "μεταφέροντας" δουλειά στο σπίτι) _____

9. Η δουλειά μου μου αποσπά μεγάλο μέρος του ελεύθερου χρόνου μου. _____

10. Η φύση της δουλειάς μου με διευκολύνει να έχω καλές φιλικές ή/και προσωπικές σχέσεις στο εργασιακό μου περιβάλλον. ___

Υποκλίμακα Κατάθλιψης του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας

(Goldberg & Hillier, 1979)

Θα θέλαμε να ξέρουμε πως ήταν η υγεία σου τις τελευταίες εβδομάδες. Επίλεξε την απάντηση που σε αντιπροσωπεύει, έχοντας στο μυαλό σου τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σου και όχι εκείνα που είχες στο παρελθόν.

	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ'οτι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως
1. Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	1	2	3	4
2. Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;	1	2	3	4
3. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	1	2	3	4
4. Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	1	2	3	4
5. Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	1	2	3	4
6. Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	1	2	3	4
	Σίγουρα όχι	Δε νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
7. Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	1	2	3	4