

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND
POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΜΗΜΑ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ»

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ»

«Αντίξοες Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας και Χαρακτηρολογικό Άγχος: Μια Ποσοτική
Μελέτη σε Άτομα με Ιστορικό Ψυχοθεραπείας»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ονοματεπώνυμο: Ειρήνη Χριστιά

ΑΜ: 0622Μ029

Αθήνα, 2025

Τριμελής Επιτροπή

Άννα Τουλουμάκου, Επίκουρη Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπουσα)

Σμαράγδα Καζή, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου

Αχιλλέας Ευθυμιόπουλος, Μέλος ΕΔΠΙ Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © Χριστιά Ειρήνη, 2025

All right reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

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

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη διερευνά τη σχέση μεταξύ αντίξων εμπειριών παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ) και χαρακτηριστικού άγχους (trait anxiety) σε ενήλικο πληθυσμό. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω των ερωτηματολογίων Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) και State-Trait Anxiety Inventory (STAI), ενώ η στατιστική ανάλυση διεξήχθη με το SPSS.

Για τη διερεύνηση της πρώτης ερευνητικής υπόθεσης (H1), πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), εξετάζοντας αν ο αριθμός των κατηγοριών αντίξων εμπειριών διαφοροποιεί το χαρακτηριστικό άγχος. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε πέντε ομάδες βάσει του αριθμού των ΑΕΠΗ που είχαν βιώσει (κανένα ΑΕΠΗ έως και τέσσερις κατηγορίες ΑΕΠΗ που έχουν βιωθεί από το ίδιο άτομο). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ($F=0,43$, $p=0,79$). Η υψηλή τιμή p υποδηλώνει ότι ο αριθμός των κατηγοριών ΑΕΠΗ δεν επηρεάζει το επίπεδο του χαρακτηριστικού άγχους, αντικρούοντας την αρχική υπόθεση.

Για τη διερεύνηση της δεύτερης ερευνητικής υπόθεσης (H2), πραγματοποιήθηκε ανάλυση t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων, εξετάζοντας αν η παραμέληση σχετίζεται με υψηλότερο χαρακτηριστικό άγχος σε σύγκριση με την οικογενειακή δυσλειτουργία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ($t=0,85$, $p=0,40$), υποδεικνύοντας ότι η παραμέληση δεν αποτελεί ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα χαρακτηριστικού άγχους σε σχέση με άλλες μορφές ΑΕΠΗ.

Για τη διερεύνηση της τρίτης ερευνητικής υπόθεσης (H3), πραγματοποιήθηκε t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων, εξετάζοντας αν η χρονική περίοδος κατά την οποία βιώθηκαν οι ΑΕΠΗ επηρεάζει το επίπεδο του χαρακτηριστικού άγχους. Οι συμμετέχοντες διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες: εκείνοι που βίωσαν ΑΕΠΗ στην πρώιμη παιδική ηλικία (0-9 ετών) και εκείνοι που τις βίωσαν στην εφηβεία (10-17 ετών). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες της δεύτερης ομάδας είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα χαρακτηριστικού άγχους ($t=-2,17$, $p=0,04$), επιβεβαιώνοντας ότι οι τραυματικές εμπειρίες σε μεγαλύτερη ηλικία έχουν εντονότερη επίδραση λόγω της αυξημένης γνωστικής και συναισθηματικής αντίληψης.

Για τη διερεύνηση της τέταρτης ερευνητικής υπόθεσης (H4), πραγματοποιήθηκε t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων, εξετάζοντας αν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (26-39 ετών) παρουσιάζουν υψηλότερο χαρακτηριστικό άγχος σε σχέση με τα άτομα στην αναδυόμενη ενηλικίωση (18-25 ετών). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες με ΑΕΠΗ είχαν σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στο STAI σκορ (100,98 έναντι 71,61, $t=0,27$, $df=98$, $p=0,02$), επιβεβαιώνοντας τη θετική συσχέτιση μεταξύ ΑΕΠΗ και αυξημένου χαρακτηριστικού άγχους στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Τα ευρήματα της μελέτης προσφέρουν νέα δεδομένα για τη μακροχρόνια επίδραση των ΑΕΠΗ στο άγχος, ενισχύοντας την ανάγκη για προληπτικές παρεμβάσεις ήδη από την παιδική ηλικία.

Λέξεις-κλειδιά: Αντίξοες Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας, Χαρακτηρολογικό Άγχος, Ψυχοθεραπεία, STAI, ACE-IQ, Τραύμα, Άγχος

Abstract

The present study investigates the relationship between adverse childhood experiences (ACEs) and trait anxiety in an adult population. Data were collected using the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and statistical analysis was conducted using SPSS.

To investigate the first research hypothesis (H1), an analysis of variance (ANOVA) was conducted, examining whether the number of adverse experience varied with trait anxiety. Participants were categorised into five groups based on the number of ACEs they had experienced (no ACEs up to four categories of ACEs experienced by the same individual). Results showed that there was no statistically significant difference between groups ($F=0.43$, $p=0.79$). The high p value suggests that the number of ACEs categories does not affect the level of trait anxiety, contradicting the original hypothesis.

To investigate the second research hypothesis (H2), an independent-samples t -test analysis was conducted, examining whether neglect was associated with higher trait anxiety compared to family dysfunction. Results showed that there was no statistically significant difference between the two groups ($t = 0.85$, $p = 0.40$), indicating that neglect is not a stronger predictor of characterological distress than other forms of ACEs.

To investigate the third research hypothesis (H3), an independent samples t-test was conducted, examining whether the time period in which ACEs was experienced influenced the level of characterological anxiety. Participants were divided into two groups: those who experienced ACEs in early childhood (0-9 years) and those who experienced them in adolescence (10-17 years). Results showed that participants in the second group had statistically significantly higher levels of characterological distress ($t = 2.17, p = 0.04$), confirming that traumatic experiences at an older age have a stronger impact due to increased cognitive and emotional perception.

To investigate the fourth research hypothesis (H4), an independent samples t-test was conducted, examining whether individuals who have experienced ACEs have higher levels of trait anxiety compared to those who have not experienced ACEs (Raposo et al, 2014). Results showed that participants with ACEs had significantly higher mean STAI scores (100.98 vs. 71.61, $t = 0.27, df = 98, p = 0.02$), confirming that experiencing ACEs is associated with higher levels of trait anxiety.

The study findings provide new data on the long-term impact of ACEs on anxiety, reinforcing the need for preventive interventions as early as childhood.

Keywords: Adverse Childhood Experiences, Trauma, Traumatic Stress, Psychotherapy, STAI, ACE-IQ, Trauma, Anxiety

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
1.Εισαγωγή	10
2.Θεωρητικό Υπόβαθρο.....	11
2.1.Αντίξοες Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας (ΑΕΠΗ)	11
2.2.Επίδραση των ΑΕΠΗ στην ψυχική υγεία	13
2.2.1 <i>Μηχανισμοί Επίδρασης των ΑΕΠΗ στην ψυχική υγεία και στην κοινωνική ανάπτυξη.....</i>	17
2.3 Χαρακτηρολογικό Άγχος	18
2.4.ΑΕΠΗ και Χαρακτηρολογικό Άγχους.....	20
2.5 Στόχος της Έρευνας και Ερευνητικές υποθέσεις.....	23
3. Μεθοδολογία.....	25
3.1.Συμμετέχοντες	25
3.2.Εργαλεία	26
3.3. Κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory ([STAI]. (Spielberger et al., 1983) ...	29
3.4 Διαδικασίες	31
4. Αποτελέσματα Ερευνητικού Μέρους	33
4.1.Περιγραφική Στατιστική.....	33
4.2.Έλεγχοι κανονικότητας κατανομών	37
4.3.Αποτελέσματα για τις Ερευνητικές Υποθέσεις	38
5.Συζήτηση και Συμπεράσματα	45

5.1.Συζήτηση ανά ερευνητική υπόθεση.....	45
5.2.Συμπεράσματα και προτάσεις για μελλοντική έρευνα	56
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	60
Παράρτημα 1. Γραφήματα στατιστικών αναλύσεων.....	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3. ΦΟΡΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ.....	96

1.Εισαγωγή

Οι αντίξοες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ) συνιστούν κρίσιμο ζήτημα για την ανθρώπινη ανάπτυξη και ψυχική υγεία, καθώς έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αγχωδών διαταραχών στην ενήλικη ζωή (Felitti et al., 1998; Raposo et al., 2014). Το μοντέλο του κύκλου της δυσφορίας υποστηρίζει ότι οι τραυματικές εμπειρίες οδηγούν σε χρόνιες καταστάσεις άγχους, ενισχύοντας την ευαισθησία του ατόμου σε αγχογόνους παράγοντες (Anda et al., 2006). Στην παρούσα μελέτη, διερευνάται η σχέση μεταξύ ΑΕΠΗ και χαρακτηριστικού άγχους (trait anxiety) σε ενήλικο μη κλινικό πληθυσμό, με έμφαση στην ποσότητα, το είδος και τη χρονική περίοδο των εμπειριών.

Προηγούμενες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει τη σύνδεση ΑΕΠΗ και άγχους, με ενδείξεις ότι διαφορετικοί τύποι αντιξοοτήτων έχουν διαφορετική βαρύτητα στην ψυχική υγεία (Raposo et al., 2014). Ωστόσο, τα περισσότερα δεδομένα προέρχονται από δυτικά δείγματα, ενώ οι έρευνες στην ελληνική πραγματικότητα είναι περιορισμένες (Lianos & McGrath, 2018). Η ιδιαίτερη κοινωνική και οικογενειακή δομή της Ελλάδας, καθώς και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, ενδέχεται να επηρεάζουν τη σχέση ΑΕΠΗ-άγχους (Georgas et al., 2004; Lazaridis, 2020).

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποιεί δύο έγκυρα επιστημονικά εργαλεία: το Διεθνές Ερωτηματολόγιο για τις Αντίξοες Εμπειρίες της Παιδικής Ηλικίας (ACE-IQ) (WHO, 2018) και το Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al., 1983). Στόχος είναι η κατανόηση της διαχρονικής επίδρασης των ΑΕΠΗ στην ανάπτυξη άγχους, λαμβάνοντας υπόψη πολιτισμικές και κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να συνεισφέρουν στη βιβλιογραφία, προσφέροντας νέες προσεγγίσεις στην κατανόηση και αντιμετώπιση του άγχους που προκύπτει από παιδικές τραυματικές εμπειρίες. Μέσα από την ανάλυση της ελληνικής περίπτωσης, η μελέτη αυτή στοχεύει να ενισχύσει την ανάπτυξη κατάλληλων παρεμβάσεων για τη μείωση του άγχους στον ενήλικο πληθυσμό.

2.Θεωρητικό Υπόβαθρο

2.1.Αντίξοες Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας (ΑΕΠΗ)

Οι αντίξοες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ) περιλαμβάνουν τραυματικές και στρεσογόνες εμπειρίες, όπως η κακοποίηση, η παραμέληση και οι οικογενειακές δυσλειτουργίες, που μπορούν να επηρεάσουν μακροχρόνια την ψυχική και σωματική υγεία (Felitti et al., 1998). Οι ΑΕΠΗ σχετίζονται με διαταραχές άγχους, κατάθλιψη και δυσλειτουργίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου (Anda et al., 2006).

Οι ΑΕΠΗ διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες. Η **κακοποίηση** περιλαμβάνει τη σωματική (βία που προκαλεί τραυματισμούς), τη συναισθηματική (υποτίμηση, απειλές) και τη σεξουαλική κακοποίηση, με σοβαρές ψυχικές και σωματικές επιπτώσεις (McLaughlin et al., 2010; Maniglio, 2009). Η **παραμέληση** αφορά την αποτυχία παροχής βασικών αναγκών, όπως σωματική φροντίδα (τροφή, στέγη) και συναισθηματική υποστήριξη, επηρεάζοντας τη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Norman et al., 2012). Οι **οικογενειακές δυσλειτουργίες** περιλαμβάνουν την έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία, τη χρήση ουσιών από γονείς και την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών στην οικογένεια, που αυξάνουν την πιθανότητα ψυχικών προβλημάτων στα παιδιά (Kitzmann et al., 2003; Dube et al., 2003).

Η σημασία της μελέτης των ΑΕΠΗ έγκειται στη βαθιά επίδρασή τους στην ενήλικη ζωή. Οι συνέπειες περιλαμβάνουν αυξημένο άγχος, ευαλωτότητα σε ψυχικές ασθένειες και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις (Felitti et al., 1998; Anda et al., 2006; Hughes et al., 2017). Μελέτες έχουν δείξει ότι η ένταση και ο αριθμός των ΑΕΠΗ σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών και σωματικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή (Felitti et al., 1998). Αυτές οι εμπειρίες, όπως η κακοποίηση, η παραμέληση και οι οικογενειακές δυσλειτουργίες, δημιουργούν ένα περιβάλλον συνεχούς στρες που επηρεάζει τη συναισθηματική και κοινωνική λειτουργία του ατόμου. Το διαστατικό μοντέλο για την αντιξοότητα και την ψυχοπαθολογίας (Dimensional Model of Adversity and Psychopathology [DMAP]) προτείνει ότι οι εμπειρίες αποστέρησης και απειλής έχουν διαφορετικές επιδράσεις στη νευροαναπτυξιακή πορεία, οδηγώντας σε ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις (Sheridan & McLaughlin, 2020). Η συσσώρευση πολλαπλών ΑΕΠΗ αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης τόσο εσωτερικευμένων (άγχος, κατάθλιψη) όσο και εξωτερικευμένων (αντικοινωνική συμπεριφορά) διαταραχών (Felitti et al., 2009).

Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη κατάλληλων παρεμβάσεων για τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων των ΑΕΠΗ και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας (WHO, 2018).

Οι κατηγορίες των αντίξων εμπειριών της παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ) που παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα βασίζονται στο πρωτότυπο μοντέλο των Felitti & Anda (1998), το οποίο ανέδειξε τη σχέση μεταξύ τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία και αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία κατά την ενήλικη ζωή. Στη συνέχεια, το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) ανέπτυξε το **ACE-IQ** για τη

διερεύνηση αυτών των εμπειριών σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια, συμπεριλαμβάνοντας επιπλέον κατηγορίες, όπως η έκθεση σε συλλογική βία και ο εκφοβισμός. Ο ακόλουθος πίνακας συνοψίζει αυτές τις κατηγορίες, δείχνοντας τη σύνδεσή τους με το **ACE-IQ** και υποστηρίζοντάς τες με βιβλιογραφικές αναφορές.

Πίνακας 1. Τύποι Αντίξοων Εμπειριών κατά την Παιδική Ηλικία (ΑΕΠΗ)

Κατηγορία	Περιγραφή	Παραδείγματα (ACE-IQ)	Βιβλιογραφικές Αναφορές
Κακοποίηση	Σωματική, συναισθηματική, σεξουαλική	Χτυπήματα, απειλές, ανεπιθύμητη σεξουαλική επαφή	Felitti & Anda (1998); ACE-IQ (WHO, 2018)
Παραμέληση	Έλλειψη φροντίδας	Ανεπαρκής τροφή, συναισθηματική απομόνωση	Slack et al. (2004); Norman et al. (2012)
Οικογενειακές Δυσλειτουργίες	Ενδοοικογενειακή ή βία, κατάχρηση ουσιών	Ψυχική ασθένεια γονέων, διαζύγιο	Kitzmann et al. (2003); ACE-IQ (WHO, 2018)
Εκφοβισμός	Επιθέσεις από συνομηλίκους	Χλευασμός, φυσική βία	McLaughlin et al. (2010)
Συλλογική Βία	Έκθεση σε πολέμους, συγκρούσεις	Καταστροφή σπιτιού, απώλειες οικογένειας	Fernando et al., 2014; ACE-IQ (WHO, 2018)

2.2.Επίδραση των ΑΕΠΗ στην ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι ΑΕΠΗ αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη, μεταξύ άλλων τους ακόλουθους τομείς: .

1. Αγχώδεις διαταραχές και καταθλιπτικές διαταραχές: Οι ΑΕΠΗ έχουν

τεκμηριωθεί ως σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για διαταραχές άγχους και κατάθλιψης. Τα άτομα που βιώνουν τέτοιες εμπειρίες εμφανίζουν χρόνια υψηλά επίπεδα άγχους λόγω της απορρύθμισης του υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδικού (YEE) άξονα, ο οποίος ρυθμίζει την απόκριση στο στρες (Heim

& Nemeroff, 2001). Η μακροχρόνια ενεργοποίηση του συστήματος στρες συνδέεται με την ανάπτυξη αγχώδων διαταραχών, όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η ΔΜΣ (McLaughlin et al., 2010). Παράλληλα, η έκθεση σε χρόνιο στρες έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και την ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης (Hammen, 2005). Έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με ιστορικό ΑΕΠΗ παρουσιάζουν μειωμένο όγκο στον ιππόκαμπο και την αμυγδαλή, εγκεφαλικές περιοχές που εμπλέκονται στη ρύθμιση του άγχους και της κατάθλιψης (Frodl & O'Keane, 2013).

2. Διαταραχές Προσωπικότητας και Συμπεριφοράς: Οι ΑΕΠΗ συνδέονται και με την ανάπτυξη διαταραχών προσωπικότητας, ιδιαίτερα της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (ΟΔΠ). Ενδεικτικά, άτομα που έχουν υποστεί συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση συχνά εμφανίζουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, έντονο φόβο εγκατάλειψης και ασταθή αυτοεικόνα (Hughes et al., 2017). Η έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία και παραμέληση αυξάνει επίσης την πιθανότητα εμφάνισης αντικοινωνικής συμπεριφοράς, καθώς τα παιδιά που μεγαλώνουν σε δυσλειτουργικά περιβάλλοντα αναπτύσσουν συχνά επιθετικότητα και έλλειψη ενσυναίσθησης (Kitzmann et al., 2003).

3. Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες: Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ) αποτελεί μία από τις σοβαρότερες συνέπειες της έκθεσης σε αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία (ΑΕΠΗ). Τα άτομα που έχουν ΑΕΠΗ στο ιστορικό τους όπως η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΔΜΣ, το οποίο χαρακτηρίζεται από

επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του τραύματος, αποφυγή σχετικών ερεθισμάτων, υπερευαισθησία στο στρες και συναισθηματική αποσύνδεση (American Psychiatric Association, 2013). Τα κύρια συμπτώματα της ΔΜΣ περιλαμβάνουν επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος μέσω αναμνήσεων, εφιαλτών ή αναδρομών στο παρελθόν (flashbacks, McLaughlin et al., 2010), αποφυγή ερεθισμάτων που θυμίζουν το γεγονός (Brewin et al., 2000), υπερεπαγρύπνηση και δυσκολίες ύπνου (Yehuda, 2002) και συναισθηματική αποσύνδεση, που επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις (van der Kolk, 2014). Οι νευροβιολογικές επιπτώσεις της ΔΜΣ περιλαμβάνουν υπερδραστηριότητα της αμυγδαλής, μειωμένη λειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού και διαταραχές στον ιππόκαμπο, που επηρεάζουν τη μνήμη και την επεξεργασία των ΑΕΠΗ (Shin et al., 2006; Smith, 2005). Οι ΑΕΠΗ αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης ΔΜΣ κατά 2 έως 4 φορές λόγω της απορρύθμισης του συστήματος απόκρισης στο στρες (Edwards et al., 2003).

- 4. Χαμηλή Αυτοεκτίμηση:** Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι μια συχνή συνέπεια των ΑΕΠΗ, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις συναισθηματικής κακοποίησης και παραμέλησης (Norman et al., 2012). Η συνεχής κριτική, οι απειλές και η υποτίμηση οδηγούν το παιδί σε αίσθημα ανεπάρκειας και αναξιότητας (Wright et al., 2009). Επιπλέον, η παραμέληση στερεί από το παιδί τη δυνατότητα να αναπτύξει εμπιστοσύνη στον εαυτό του (Harter, 2012). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι μια συχνή συνέπεια των ΑΕΠΗ, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις συναισθηματικής κακοποίησης και παραμέλησης (Norman et al., 2012). Η συνεχής κριτική, οι απειλές και η υποτίμηση οδηγούν το παιδί σε αίσθημα ανεπάρκειας και αναξιότητας (Wright et al., 2009). Επιπλέον, η

παραμέληση στερεί από το παιδί τη δυνατότητα να αναπτύξει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, επηρεάζοντας την αυτοαντίληψή του (Harter, 2012). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές σχέσεις, καθώς τα άτομα με ιστορικό ΑΕΠΗ συχνά αποφεύγουν κοινωνικές επαφές λόγω φόβου απόρριψης (Sanders & Munford, 2014).

5. **Δυσκολίες στις Διαπροσωπικές Σχέσεις:** Οι ΑΕΠΗ συχνά οδηγούν σε δυσκολίες στην ανάπτυξη και διατήρηση υγιών διαπροσωπικών σχέσεων λόγω διαταραγμένων δεσμών προσκόλλησης (Bowlby, 1988). Τα άτομα με ΑΕΠΗ εμφανίζουν δυσπιστία προς τους άλλους, κάτι που επηρεάζει την ποιότητα των σχέσεών τους (Ainsworth et al., 1978). Η ανασφαλής προσκόλληση μπορεί να οδηγήσει είτε σε αποφυγή συναισθηματικής εγγύτητας είτε σε υπερεξάρτηση από τους άλλους, καθιστώντας δύσκολη τη διατήρηση ισορροπημένων σχέσεων (Mikulincer & Shaver, 2007). Παράλληλα, οι ΑΕΠΗ επηρεάζουν τη συναισθηματική ρύθμιση, οδηγώντας σε παρεξηγήσεις και συγκρούσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις (Gross & Thompson, 2007).
6. **Κοινωνική Απομόνωση:** Η κοινωνική απομόνωση είναι μία από τις σοβαρότερες συνέπειες των ΑΕΠΗ. Η αδυναμία εμπιστοσύνης προς τους άλλους και η αίσθηση απειλής οδηγούν σε απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες (Gilbert et al., 2009). Η ανασφαλής προσκόλληση και η αυξημένη δραστηριότητα του άξονα ΥΥΕ δημιουργούν μια έντονη αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων (Heim et al., 2008). Η παρατεταμένη μοναξιά επηρεάζει τη φυσιολογία του εγκεφάλου και συνδέεται με αυξημένα επίπεδα

κορτιζόλης, ενισχύοντας τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Cacioppo et al., 2011; Lupien et al., 2009).

- 7. Χαμηλή Επαγγελματική Λειτουργικότητα:** Τα άτομα με ιστορικό ΑΕΠΗ συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επαγγελματική τους ανάπτυξη. Οι εμπειρίες παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης επηρεάζουν αρνητικά δεξιότητες όπως η επικοινωνία, η συνεργασία και η λήψη αποφάσεων (Slack et al., 2004). Η δυσπιστία προς τους συναδέλφους και οι δυσκολίες στη διαχείριση συγκρούσεων περιορίζουν την ικανότητα αποτελεσματικής συνεργασίας (Norman et al., 2012). Επιπλέον, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση, υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και οικονομική αστάθεια (Currie & Widom, 2010). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση μειώνει την ανάληψη πρωτοβουλιών και την πιθανότητα επαγγελματικής ανέλιξης (Hughes et al., 2017). Παράλληλα, η παρουσία διαταραχών όπως ΔΜΣ ή γενικευμένη αγχώδης διαταραχή επηρεάζει την επαγγελματική απόδοση, οδηγώντας σε μειωμένη παραγωγικότητα και αυξημένο στρες (Felitti et al., 1998).

2.2.1.Μηχανισμοί Επίδρασης των ΑΕΠΗ στην ψυχική υγεία και στην κοινωνική ανάπτυξη

Οι ΑΕΠΗ επηρεάζουν την ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη μέσω **βιολογικών** και **κοινωνικογνωστικών** μηχανισμών. Σε **βιολογικό** επίπεδο, η χρόνια έκθεση στο στρες προκαλεί δυσλειτουργία στον **ΥΥΕ άξονα**, οδηγώντας σε υπερέκκριση κορτιζόλης, που επηρεάζει αρνητικά τον υπόκαμπο, την αμυγδαλή και τον προμετωπιαίο φλοιό, επηρεάζοντας τη μνήμη, τη συναισθηματική ρύθμιση και τη λήψη αποφάσεων (Teicher & Samson, 2016). Αυτή η δυσλειτουργία συνδέεται με

αυξημένο κίνδυνο άγχους, κατάθλιψης και ΔΜΣ (Shonkoff et al., 2012). Παράλληλα, αυξάνει τον κίνδυνο σωματικών ασθενειών, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις και διαβήτη τύπου 2 (Felitti et al., 1998; Danese & McEwen, 2012).

Οι **κοινωνικογνωστικοί** μηχανισμοί που επιδρούν στην σχέση ΑΕΠΗ και ψυχικής υγείας σχετίζονται με τη διαμόρφωση δυσλειτουργικών μοτίβων σκέψης, όπως απαισιοδοξία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσπιστία προς τους άλλους (Hughes et al., 2017). Η θεωρία της προσκόλλησης δείχνει ότι παιδιά που βιώνουν κακοποίηση ή παραμέληση αναπτύσσουν ανασφαλείς σχέσεις, επηρεάζοντας τη μελλοντική τους κοινωνική λειτουργικότητα (Bowlby, 1982). Επίσης, τα άτομα με ιστορικό ΑΕΠΗ συχνά αναπτύσσουν στρατηγικές αποφυγής ή υπερεπαγρύπνησης, δυσχεραίνοντας τη σχολική και επαγγελματική τους πορεία (Jimenez et al., 2016).

Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων, όπως η **γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (CBT)** και η **θεραπεία εστιασμένη στο τραύμα**, καθώς και η εκπαίδευση γονέων για τη δημιουργία υποστηρικτικών περιβαλλόντων (Shonkoff et al., 2012).

2.3.Χαρακτηρολογικό Άγχος

Το άγχος είναι ένας φυσιολογικός μηχανισμός επιβίωσης, αλλά όταν υπερβαίνει τα φυσιολογικά όρια, μπορεί να εξελιχθεί σε ψυχική διαταραχή (Lazarus & Folkman, 1984). Οι θεωρίες άγχους προσφέρουν διαφορετικές προσεγγίσεις για την κατανόηση των αιτιών και των επιπτώσεών του. Η αναλυτική παρουσίαση των επιμέρους θεωριών και προσεγγίσεων για το άγχος είναι πέραν της στόχευσης του συγκεκριμένου κεφαλαίου, και γι' αυτό γίνεται μια πολύ βασική αναφορά στις προσεγγίσεις για το άγχος προκειμένου να επισημανθεί η εστίαση κάθε μιας και να

τοποθετηθεί σε σχέση με αυτές η παρούσα μελέτη. Η **ψυχαναλυτική προσέγγιση** (Freud, 1920) θεωρεί το άγχος αποτέλεσμα εσωτερικών συγκρούσεων μεταξύ του ασυνείδητου και των κοινωνικών κανόνων. Η **συμπεριφορική θεωρία** (Watson & Rayner, 1920) υποστηρίζει ότι το άγχος μαθαίνεται μέσω της κλασικής εξαρτημένης μάθησης, ενώ η θεωρία κοινωνικής μάθησης (Bandura, 1977) τονίζει τον ρόλο της παρατήρησης και της μίμησης. Η **γνωσιακή προσέγγιση** (Beck, 1976) αποδίδει το άγχος σε δυσλειτουργικές σκέψεις και διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις που οδηγούν σε υπερεκτίμηση κινδύνων και υποεκτίμηση της ικανότητας αντιμετώπισής τους. Η **βιολογική θεωρία** εστιάζει στον ρόλο των νευροβιολογικών μηχανισμών, όπως ο υποθαλάμος-υπόφυση-επινεφρίδια (YYE) άξονας και η αμυγδαλή, που όταν δυσλειτουργούν, αυξάνουν την ευαλωτότητα στο στρες (McEwen, 2007). Το **μοντέλο της διαδικασίας στρες** (Lazarus & Folkman, 1984) εξηγεί το άγχος ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης ενός γεγονότος ως απειλητικού, σε συνδυασμό με την εκτίμηση των διαθέσιμων στρατηγικών αντιμετώπισης.

Πιο σύγχρονα, η θεωρητική βάση της έρευνας για το άγχος εξελίχθηκε από τον **Spielberger (1966, 1972, 1983)**, ο οποίος ανέπτυξε τη **Διαφοροποιημένη Θεωρία του Άγχους** (*Two-Factor Theory of Anxiety*). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το άγχος διακρίνεται σε **καταστασιακό άγχος** (*state anxiety*), που είναι η παροδική συναισθηματική απόκριση σε στρεσογόνα ερεθίσματα, και **χαρακτηρολογικό άγχος** (*trait anxiety*), που αντανακλά μια σταθερή προδιάθεση του ατόμου να βιώνει άγχος σε ποικίλες καταστάσεις (**Spielberger, 1983**).

Η **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)** που αναπτύχθηκε από τον **Spielberger et al. (1983)** είναι το αντίστοιχο εργαλείο που αναπτύχθηκε στα πλαίσια

της ανωτέρω θεωρίας του Spielberger και που βασίζεται στη διαφοροποίηση μεταξύ **state anxiety** και **trait anxiety**. Η παρούσα εργασία βασίζεται σε αυτή τη θεωρητική προσέγγιση, καθώς παρέχει μια σαφή διάκριση μεταξύ των δύο τύπων άγχους και επιτρέπει τη μέτρηση τόσο του άγχους ως στιγμιαία αντίδραση σε στρεσογόνα ερεθίσματα όσο και ως σταθερού χαρακτηριστικού προσωπικότητας (**Spielberger et al., 1983**). Η επιλογή της θεωρίας του Spielberger και της κλίμακας της STAI είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για την παρούσα μελέτη, καθώς επιτρέπει την εξέταση της σχέσης μεταξύ αντίξοων εμπειριών παιδικής ηλικίας και χαρακτηρολογικού άγχους, προσφέροντας ένα έγκυρο θεωρητικό πλαίσιο για τη διερεύνηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ τραυματικών εμπειριών και μακροχρόνιων συναισθηματικών επιπτώσεων (**Spielberger, 1983; Endler & Kocovski, 2001**).

2.4. ΑΕΠΗ και Χαρακτηρολογικό Άγχους

Οι αντίξοες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ), όπως η κακοποίηση, η παραμέληση και οι οικογενειακές δυσλειτουργίες, έχουν αναγνωριστεί ως ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη χρόνιου άγχους και αγχωδών διαταραχών (**Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017**). Ωστόσο, η σχέση μεταξύ ΑΕΠΗ και **χαρακτηρολογικού άγχους** (*trait anxiety*), που αντανακλά μια σταθερή προδιάθεση του ατόμου να βιώνει άγχος σε διαφορετικές καταστάσεις (**Spielberger, 1983**), δεν έχει εξεταστεί εξίσου εκτενώς. Έρευνες δείχνουν ότι η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα κατά την παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργική ρύθμιση του άγχους, η οποία εδραιώνεται ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή (**McEwen, 2007**).

Η νευροβιολογική βάση αυτής της σχέσης περιλαμβάνει τη χρόνια ενεργοποίηση του **άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (YYE)**, ο οποίος ρυθμίζει την απόκριση στο στρες. Η χρόνια υπερλειτουργία του YYE άξονα οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, τα οποία σχετίζονται με υπερδραστηριότητα της **αμυγδαλής**, μιας εγκεφαλικής δομής που εμπλέκεται στην επεξεργασία του φόβου, και μειωμένη ρύθμιση του άγχους μέσω του **προμετωπιαίου φλοιού (Phelps & LeDoux, 2005)**. Παράλληλα, η παρατεταμένη έκθεση στο στρες έχει συσχετιστεί με μείωση του όγκου του **ιππόκαμπου**, ο οποίος παίζει καθοριστικό ρόλο στη γνωστική επεξεργασία και τη ρύθμιση του άγχους (Teicher et al., 2016).

Πέρα από τις νευροβιολογικές επιδράσεις, οι ΑΕΠΗ σχετίζονται με τη διαμόρφωση **δυσλειτουργικών γνωσιακών σχημάτων**, τα οποία επηρεάζουν τη συναισθηματική επεξεργασία και την αντίληψη του εαυτού (Beck, 1976). Τα άτομα με ιστορικό ΑΕΠΗ συχνά εμφανίζουν **γνωσιακές διαστρεβλώσεις**, όπως καταστροφολογία, εσωτερίκευση ευθυνών και διπολική σκέψη (Burns, 1980). Οι γνωσιακές αυτές προκαταλήψεις ενισχύουν το **χαρακτηρολογικό άγχος**, καθώς το άτομο αντιλαμβάνεται τις καθημερινές καταστάσεις ως απειλητικές και δυσκολεύεται να ρυθμίσει το συναισθηματικό του φορτίο (Mathews & MacLeod, 2005). Επιπλέον, η **υπερευαισθησία σε συναισθηματικά ερεθίσματα** έχει συνδεθεί με αυξημένη δραστηριότητα της αμυγδαλής, γεγονός που συμβάλλει στην ενίσχυση του χρόνιου άγχους (McCrory et al., 2011).

Ένας από τους σημαντικότερους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι ΑΕΠΗ οδηγούν σε υψηλά επίπεδα χαρακτηρολογικού άγχους είναι η **συναισθηματική ρύθμιση**. Σύμφωνα με τη **Θεωρία της Προσκόλλησης (Bowlby, 1980)**, η ασφαλής

προσκόλληση με φροντιστές είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη στρατηγικών συναισθηματικής διαχείρισης. Αντίθετα, η ανασφαλής προσκόλληση, που συχνά αναπτύσσεται σε παιδιά με ιστορικό **παραμέλησης ή συναισθηματικής κακοποίησης**, έχει συσχετιστεί με **αυξημένο χαρακτηρισολογικό άγχος** (Shields et al., 2001). Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε περιβάλλοντα συναισθηματικής αστάθειας δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν, να κατανοήσουν και να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, γεγονός που ενισχύει την προδιάθεσή τους για άγχος στην ενήλικη ζωή (Hughes et al., 2017).

Συγκεντρωτικά, η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει ότι τόσο **ο αριθμός** όσο και **το είδος** των ΑΕΠΗ μπορεί να παίζουν διαφορετικό ρόλο στη διαμόρφωση του χαρακτηρισολογικού άγχους. Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι η **αθροιστική επίδραση** των ΑΕΠΗ είναι κρίσιμη, καθώς η έκθεση σε περισσότερους τύπους τραυματικών εμπειριών σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους και μειωμένη συναισθηματική ρύθμιση (Evans et al., 2013). Άλλες έρευνες υπογραμμίζουν ότι συγκεκριμένες μορφές ΑΕΠΗ, όπως η **παραμέληση**, έχουν εντονότερη επίδραση στη συναισθηματική ανάπτυξη και τη διαμόρφωση άγχους, λόγω της έλλειψης ασφαλούς προσκόλλησης και συναισθηματικής υποστήριξης (Norman et al., 2012).

Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα μελέτη εξετάζει τόσο τον **αριθμό των ΑΕΠΗ** όσο και το **είδος** τους ως παράγοντες που επηρεάζουν το χαρακτηρισολογικό άγχος. Οι ερευνητικές υποθέσεις διαμορφώνονται με βάση τη θεωρία της **αθροιστικής επίδρασης των τραυματικών εμπειριών**, καθώς και τη βιβλιογραφία που αναδεικνύει τη σημασία συγκεκριμένων μορφών ΑΕΠΗ, όπως η παραμέληση, στην ανάπτυξη ψυχολογικών δυσλειτουργιών (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017).

2.5.Στόχος της Έρευνας και Ερευνητικές υποθέσεις

Με βάση τα λεχθέντα που αφορούν το θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας μελέτης στις προηγούμενες ενότητες, ο κεντρικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ των ΑΕΠΗ και του χαρακτηρολογικού άγχους, χρησιμοποιώντας δεδομένα από ένα δείγμα ενηλίκων που δεν ανήκουν σε κλινικό δείγμα αλλά που βρίσκονται σε ψυχοθεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα επιδιώκει να:

1. Αναλύσει τον ρόλο του αριθμού και του τύπου των ΑΕΠΗ στη διαμόρφωση του χαρακτηρολογικού άγχους.
2. Εξετάσει τις διαφορές στη συσχέτιση ανάλογα με δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία.
3. Εντοπίσει τη μακροχρόνια επίδραση των ΑΕΠΗ στο χαρακτηρολογικό άγχους.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Η έρευνα στηρίζεται στις ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες βασίζονται σε προγενέστερες μελέτες και θεωρητικά πλαίσια που έχουν αναφερθεί στις προηγούμενες ενότητες της παρούσας διατριβής. Αναμένεται ότι:

Υπόθεση 1: Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των ΑΕΠΗ και του χαρακτηρολογικού άγχους. Οι συμμετέχοντες που έχουν βιώσει περισσότερους τύπους ΑΕΠΗ αναμένεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα χαρακτηρολογικού άγχους (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017).

Υπόθεση 2: Η παραμέληση ως τύπος ΑΕΠΗ έχει ισχυρότερη επίδραση στο χαρακτηρισμολογικό άγχος σε σύγκριση με άλλους τύπους (όπως π.χ. η οικογενειακή δυσλειτουργία) (Atzl et al., 2019).

Υπόθεση 3: Η χρονική περίοδος κατά την οποία βιώθηκαν οι ΑΕΠΗ επηρεάζει το επίπεδο του χαρακτηρισμολογικού άγχους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι τραυματικές εμπειρίες που βιώθηκαν κατά την πρώιμη/μέση παιδική ηλικία (0-9 έτη) έχουν ισχυρότερες και μακροχρόνιες επιπτώσεις σε σχέση με αυτές που βιώθηκαν κατά την εφηβεία (10-17έτη) (Schilling et al., 2008).

Υπόθεση 4: Οι συμμετέχοντες που έχουν βιώσει ΑΕΠΗ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα χαρακτηρισμολογικού άγχους σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν βιώσει ΑΕΠΗ (Raposo et al., 2014).

Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ των ΑΕΠΗ και του χαρακτηρισμολογικού άγχους είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων που μπορούν να βελτιώσουν την ψυχική υγεία των ατόμων με ΑΕΠΗ.

Η παρούσα έρευνα δεν περιορίζεται στην ανάδειξη της ανάγκης για παρεμβάσεις, αλλά επιδιώκει επίσης να συμβάλει στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ ΑΕΠΗ και χαρακτηρισμολογικού άγχους. Δεδομένου ότι η ανάπτυξη του άγχους επηρεάζεται από έναν συνδυασμό ατομικών, διαγενεακών και κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων, η διερεύνηση αυτών των αλληλεπιδράσεων είναι κρίσιμη. Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών μπορεί να οδηγήσει σε πιο στοχευμένες στρατηγικές πρόληψης και παρέμβασης, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που έχουν βιώσει ΑΕΠΗ.

3.Μεθοδολογία

3.1.Συμμετέχοντες

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε σε ένα δείγμα 100 ενηλίκων με στόχο την κατανόηση της σχέσης μεταξύ αντίξοων εμπειριών παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ) και χαρακτηριστικού άγχους. Το δείγμα προέκυψε με συνδυασμό της δειγματοληψίας χιονοστιβάδας και σκόπιμης δειγματοληψίας. Συγκεκριμένα, το δείγμα επιλέχθηκε μέσω σκόπιμης δειγματοληψίας (purposive sampling) (Etikan et al., 2016), ώστε τα άτομα να είναι άνω των 18 ετών, καθώς το χαρακτηριστικό άγχος αξιολογείται πιο αξιόπιστα σε ενήλικες (Spielberger et al., 1983). Κριτήριο συμπερίληψης ήταν η ηλικία. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι άνω των 18 ετών, καθώς το χαρακτηριστικό άγχος αξιολογείται πιο αξιόπιστα σε ενήλικες (Spielberger et al., 1983). Κριτήρια αποκλεισμού από το δείγμα η βίωση κάποιας μορφής ΑΕΠΗ κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας, καθώς πρόσφατες τραυματικές εμπειρίες σχετίζονται με αυξημένη συναισθηματική αστάθεια και ενδέχεται να επηρεάσουν την αντικειμενικότητα των απαντήσεων (Dube et al., 2003; Felitti et al., 1998).

Τα άτομα με αυτά τα χαρακτηριστικά που έλαβαν αρχικά τα ερωτηματολόγια ζητήθηκε και προώθησαν με τη σειρά τους τα εργαλεία και σε άλλους συμμετέχοντες που γνώριζαν με τα ίδια χαρακτηριστικά (συνήθης πρακτική που αναφέρεται πχ στους Robertson & Sibley, 2019; Etikan & Babtope, 2019).

Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 100 συμμετέχοντες, αριθμός που θεωρείται επαρκής για την εκτέλεση στατιστικών αναλύσεων, όπως συσχετίσεις και πολλαπλή παλινδρόμηση (Cohen, 1992).

3.2.Εργαλεία

Στην παρούσα έρευνα η συλλογή δεδομένων γίνεται με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων και τη χρήση σε δύο επιστημονικά τεκμηριωμένων εργαλείων. Αυτά τα εργαλεία παρέχουν τη βάση για τη συλλογή αξιόπιστων δεδομένων που είναι απαραίτητα για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Αναλύονται ακολούθως και παρατίθενται στο Παράρτημα 2 της εργασίας όπου και παρουσιάζεται το σύνολο του ερωτηματολογίου που εμπεριέχει τα εργαλεία αυτά.

Διεθνές Ερωτηματολόγιο για τις Αντίξοες Εμπειρίες της Παιδικής Ηλικίας (ACE-IQ) (World Health Organization. 2018).

Το **ACE-IQ** αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization [WHO], 2018) και αποτελεί ένα ολοκληρωμένο εργαλείο για την αξιολόγηση τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 10 βασικές κατηγορίες ΑΕΠΗ, όπως η σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση, η παραμέληση και οι οικογενειακές δυσλειτουργίες. Οι συμμετέχοντες απαντούν σε ερωτήσεις που αφορούν την έκθεση σε αυτά τα γεγονότα πριν από την ηλικία των 18 ετών. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 105 βαθμοί με τις χαμηλές βαθμολογίες να υποδηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα βιωματικών ΑΕΠΗ και υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν αυξημένα επίπεδα βίωσης ΑΕΠΗ.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων γίνεται στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας, καθώς δεν υπάρχει ένα αυστηρά καθορισμένο κατώφλι βαθμολογίας που να ορίζει με απόλυτο τρόπο εάν ένα άτομο έχει βιώσει μια συγκεκριμένη κατηγορία

ΑΕΠΗ, όπως συναισθηματική κακοποίηση ή λεκτική βία (αναφορά). Συνεπώς, στην παρούσα μελέτη, ως κριτήριο για την κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων υιοθετήθηκε ο μέσος όρος των βαθμολογιών κάθε κατηγορίας ΑΕΠΗ. Τα άτομα που είχαν σκορ πάνω από αυτόν τον μέσο όρο θεωρήθηκαν ότι είχαν βιώσει τη συγκεκριμένη εμπειρία, ενώ εκείνα με χαμηλότερο σκορ θεωρήθηκαν ότι δεν την είχαν βιώσει. Η εν λόγω θεώρηση συνάδει με τις συνιστώμενες πρακτικές από τη βιβλιογραφία (πχ Bethel et al., 2017). Το ACE-IQ περιλαμβάνει τις ακόλουθες 4 κύριες κατηγορίες μορφών ΑΕΠΗ:

- **Συναισθηματική παραμέληση και γονεϊκή δυσλειτουργία** (στο SPSS κωδικοποιήθηκε ως **Parental Subscale**). Η κλίμακα περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις εκ των οποίων οι πέντε αξιολογούνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (από 0-ποτέ, έως 4-Πάντα) και οι άλλες πέντε σε διχοτομική κατηγορική κλίμακα (0-Όχι, 1-Ναι). Το μέγιστο σκορ που μπορεί να λάβει ένα άτομο στην κλίμακα αυτή είναι 25 βαθμοί, ενώ το ελάχιστο είναι 0 βαθμοί. Άτομα που έχουν σκορ 1-12 βαθμούς εκτιμάται πως δεν έχουν βιώσει συναισθηματική παραμέληση και γονεϊκή δυσλειτουργία ενώ τα άτομα που έχουν σκορ 13-25 βαθμούς κρίνονται πως έχουν βιώσει την εν λόγω ΑΕΠΗ
- **Ενδοοικογενειακή βία** (στο SPSS κωδικοποιήθηκε ως **Witness Subscale**). Η κλίμακα περιλαμβάνει τρεις ερωτήσεις που αξιολογούνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (από 0-ποτέ, έως 4-Πάντα) με ελάχιστο σκορ 0 και μέγιστο σκορ 12. Άτομα που συγκέντρωσαν 0-6 βαθμούς κρίνεται ότι δεν έχουν βιώσει αυτήν την κατηγορία ΑΕΠΗ ενώ τα άτομα που έχουν συγκεντρώσει 7-12 βαθμούς κρίνεται ότι έχουν βιώσει αυτήν την ΑΕΠΗ.

- **Σωματική και σεξουαλική κακοποίηση** (στο SPSS κωδικοποιήθηκε ως Experience Subscale). Η κλίμακα περιλαμβάνει οκτώ ερωτήσεις που αξιολογούνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (από 0-ποτέ, έως 4-Πάντα) με ελάχιστο σκορ 0 και μέγιστο σκορ 32. Άτομα που συγκέντρωσαν 0-16 βαθμούς κρίνεται ότι δεν έχουν βιώσει αυτήν την κατηγορία ΑΕΠΗ ενώ τα άτομα που έχουν συγκεντρώσει 17-32 βαθμούς κρίνεται ότι έχουν βιώσει αυτήν την ΑΕΠΗ.
- **Έκθεση σε βία (από συνομηλίκους, κοινοτική ή συλλογική)** (στο SPSS κωδικοποιήθηκε ως Violence Subscale). Η κλίμακα περιλαμβάνει εννιά ερωτήσεις σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (από 0-ποτέ, έως 4-Πάντα) με ελάχιστο σκορ 0 και μέγιστο σκορ 36. Άτομα που συγκέντρωσαν 0-18 βαθμούς κρίνεται ότι δεν έχουν βιώσει αυτήν την κατηγορία ΑΕΠΗ ενώ τα άτομα που έχουν συγκεντρώσει 19-36 βαθμούς κρίνεται ότι έχουν βιώσει αυτήν την ΑΕΠΗ.

Για κάθε συμμετέχοντα και με βάση τη βαθμολογία του σε κάθε υποκλίμακα υπολογίστηκε αν είχε 0, 1 ή περισσότερες από 1 κατηγορίες ΑΕΠΗ. Η σχετική βαθμολογία του εμφανίστηκε σε νέα μεταβλητή που δημιουργήθηκε καταλλήλως στο SPSS ως κατηγορική.

Το ACE-IQ έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο σε διάφορους πολιτισμικούς πληθυσμούς. Στην παρούσα μελέτη προσαρμόστηκε το ερωτηματολόγιο με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές από τη βιβλιογραφία (Anda et al., 2006). Με το παρόν δείγμα οι τιμές του δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach α , ήταν ως εξής

- Υποκλίμακα Συναισθηματικής Παραμέλησης και Γονεϊκής Δυσλειτουργίας (Parental Subscale): $\alpha = 0.81$, υποδεικνύοντας υψηλή αξιοπιστία.
- Υποκλίμακα Ενδοοικογενειακής Βίας (Witness Subscale): $\alpha = 0.75$, ενδεικτική επαρκούς συνοχής μεταξύ των ερωτήσεων.
- Υποκλίμακα Σωματικής και Σεξουαλικής Κακοποίησης (Experience Subscale): $\alpha = 0.85$, επιβεβαιώνοντας τη σταθερότητα της μέτρησης.
- Υποκλίμακα Έκθεσης σε Βία (Violence Subscale): $\alpha = 0.79$, αντανακλώντας ικανοποιητική εσωτερική συνοχή.

Η συνολική τιμή Cronbach's α για το σύνολο των 30 ερωτήσεων του προσαρμοσμένου ACE-IQ ήταν 0.87 , γεγονός που καταδεικνύει υψηλή συνολική αξιοπιστία της κλίμακας και συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που εξέτασαν την ψυχομετρική εγκυρότητα του εργαλείου (Dube et al., 2003; Felitti et al., 1998; WHO, 2020).

Οι τιμές αυτές υποδηλώνουν ότι οι επιμέρους υποκλίμακες διατηρούν συνεκτική και αξιόπιστη δομή, καθιστώντας το εργαλείο κατάλληλο για τη μέτρηση των αντίξοων εμπειριών παιδικής ηλικίας στο παρόν δείγμα.

3.3.Κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory ([STAI]. (Spielberger et al., 1983)

1. Η κλίμακα **STAI** αποτελείται από δύο υποκλίμακες, τη *μέτρηση του προσωρινού άγχους* (state anxiety) και του *χαρακτηρολογικού άγχους* (trait anxiety). Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε ερευνητικά και κλινικά πλαίσια και έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Liakos και

Giannitsi (1984), γεγονός που επιτρέπει την ακριβή εφαρμογή της στα ελληνικά δεδομένα. Η κλίμακα περιλαμβάνει συνολικά 40 ερωτήσεις, σε δυο υποκλίμακες. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert 4 βαθμίδων, με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους.

Συγκεκριμένα οι υποκλίμακες του εργαλείου είναι οι:

1. **STAI-S (State Anxiety):** Μετρά το άγχος σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και ζητά από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν πώς νιώθουν τη δεδομένη στιγμή.
2. **STAI-T (Trait Anxiety):** Μετρά το χαρακτηρολογικό άγχος, ζητώντας από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν με βάση το πώς νιώθουν γενικά.

Κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert 4 βαθμίδων, με τιμές από 1 (καθόλου) έως 4 (πολύ). Οι συνολικές βαθμολογίες κυμαίνονται από 20 έως 80, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (Spielberger et al., 1983). Η κλίμακα STAI έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα έγκυρη και αξιόπιστη. Σε μελέτες αξιολόγησης, η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας έχει καταγραφεί με συντελεστές Cronbach's α που υπερβαίνουν το 0.90 και για τα δύο μέρη της (Julian, 2011). Στο παρόν δείγμα ο δείκτης αξιοπιστίας για την κλίμακα χαρακτηρολογικού άγχους (η οποία ήταν και η μόνη που συμπεριλήφθη στο ερωτηματολόγιο) ήταν $\alpha = 0.91$, επιβεβαιώνοντας την υψηλή εσωτερική συνοχή της υποκλίμακας.

Η ενότητα των δημογραφικών στοιχείων αποτελεί βασικό μέρος της συλλογής δεδομένων, καθώς επιτρέπει την κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων με βάση τα ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Τα δημογραφικά στοιχεία είναι απαραίτητα για την κατανόηση του προφίλ των συμμετεχόντων και την ανάλυση των

αποτελεσμάτων σε σχέση με παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση (WHO, 2018).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις που εξετάζουν το φύλο, την ηλικία, τον αριθμό αδελφών, εκπαιδευτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση και εθνική ομάδα (βλ. Παράρτημα 2)

3.4.Διαδικασίες

Η συλλογή δεδομένων για την παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ανώνυμων ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν δια ζώσης και ηλεκτρονικά. Οι συμμετέχοντες προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν μέσω πλατφορμών κοινωνικής δικτύωσης (π.χ. Facebook, LinkedIn κλπ). Στην περίπτωση της ηλεκτρονικής διανομής έγινε χρήση του του Google Forms, που εξασφαλίζει εύκολη πρόσβαση και απλότητα στη συμπλήρωση. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους στόχους της έρευνας μέσω φόρμας ενημέρωσης και ακόλουθα συμπλήρωσαν τη φόρμα συγκατάθεσης, η οποία περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με την ανωνυμία, την εμπιστευτικότητα, την εθελοντική τους συμμετοχή και το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή (βλ. Παράρτημα 3).

Η προστασία της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων αποτέλεσε προτεραιότητα καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Μετά τη συμπλήρωση της φόρμας ενημέρωσης και της φόρμας συγκατάθεσης, εφαρμόστηκε ένα σύστημα συνεχούς ελέγχου του επιπέδου δυσφορίας κατά τη διάρκεια της απάντησης στο ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα, ενσωματώθηκαν ερωτήσεις που αξιολογούσαν τη συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων, ώστε να εντοπιστούν πιθανές

ενδείξεις έντονης δυσφορίας ή ψυχικής επιβάρυνσης (Spielberger et al., 1983; WHO, 2018). Σε περίπτωση που οι απαντήσεις έδειχναν αυξημένα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας, το σύστημα παρέπεμπε αυτόματα τον συμμετέχοντα εκτός του υπόλοιπου ερωτηματολογίου. Παράλληλα, δινόταν άμεση πρόσβαση σε στοιχεία επικοινωνίας ενός επαγγελματία ψυχολόγου, ο οποίος ήταν πλήρως ενημερωμένος για την έρευνα και διαθέσιμος να παρέχει υποστήριξη. Αυτός ο μηχανισμός επιλέχτηκε με σκοπό της διασφάλιση της λήψης εξειδικευμένης βοήθειας σε περίπτωση που οι ερωτήσεις για προηγούμενα δυσμενή γεγονότα δημιουργούσαν έντονη δυσφορία σε κάποιον από τους συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εκ των προτέρων για τη διαδικασία και τους διαθέσιμους μηχανισμούς υποστήριξης. Ο ψυχολόγος που συνεργάστηκε με την έρευνα είχε εκπαιδευτεί στην παροχή τραυματοκεντρικής φροντίδας και διέθετε εμπειρία στην αντιμετώπιση συναισθηματικής δυσφορίας που προκύπτει από την ανάκληση τραυματικών εμπειριών. Η εκπαίδευσή του περιλάμβανε δεξιότητες ψυχολογικής πρώτης βοήθειας (Psychological First Aid - PFA) και τεχνικές διαχείρισης κρίσεων, διασφαλίζοντας ότι η παρεχόμενη υποστήριξη ήταν κατάλληλη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες των συμμετεχόντων (Bryant et al., 2017).

Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε προστατευμένο υπολογιστικό σύστημα με περιορισμένη πρόσβαση για να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων (Liakos & Giannitsi, 1984).

4.Αποτελέσματα Ερευνητικού Μέρους

4.1.Περιγραφική Στατιστική

Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 100 άτομα. Όσον αφορά το φύλο, η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι άντρες (56%), Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 34,70 έτη ($T.A. = 5,20$), με τους άνδρες να έχουν μέσο όρο ηλικίας 35,40 έτη ($T.A. = 5,50$) και τις γυναίκες 33,80 έτη ($T.A. = 4,90$). Το 16% των συμμετεχόντων είναι μοναχοπαίδια, ενώ το 14% έχει έναν αδελφό. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχει από δύο έως πέντε αδέρφια, με την πιο συχνή τιμή να είναι τα τέσσερα αδέρφια (23%). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων κατανέμεται ομοιόμορφα σε διάφορα επίπεδα εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, το 14% των συμμετεχόντων δεν έχει λάβει καμία εκπαίδευση, ενώ το ίδιο ποσοστό (14%) έχει ολοκληρώσει μόνο τη φοίτηση στο Δημοτικό. Το 13% των συμμετεχόντων έχει ολοκληρώσει το Γυμνάσιο, ενώ το 10% κατέχει απολυτήριο Ενιαίου ή Τεχνικού Λυκείου. Παρόμοιο ποσοστό (10%) έχει φοιτήσει σε Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, ενώ το 13% έχει λάβει κατάρτιση μέσω ΙΕΚ. Επιπλέον, το 13% των συμμετεχόντων κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, ενώ το ίδιο ποσοστό (13%) έχει ολοκληρώσει διδακτορικό επίπεδο σπουδών.

Οι συνταξιούχοι αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα (23%), ακολουθούμενοι από τους δημόσιους υπαλλήλους (18%) και τους εισοδηματίες (18%). Οι άνεργοι ανέρχονται στο 12%, ενώ οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι βρίσκονται κοντά στο 14% και 15% αντίστοιχα. Η οικογενειακή κατάσταση δείχνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι είτε διαζευγμένοι (28%) είτε παντρεμένοι με παιδιά (25%). Οι άγαμοι αποτελούν μόλις το 13%, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό

(18%) είναι χήροι. Αυτή η κατανομή υποδηλώνει ότι το δείγμα αποτελείται κυρίως από άτομα που έχουν οικογενειακή εμπειρία, είτε μέσω γάμου είτε μέσω προηγούμενων σχέσεων που έχουν καταλήξει σε διαζύγιο ή χηρεία.

Σχετικά με τη λήψη ψυχικής υποστήριξης, το 46% των συμμετεχόντων δεν λαμβάνει καμία μορφή βοήθειας. Μεταξύ αυτών που λαμβάνουν υποστήριξη, οι πιο διαδεδομένες επιλογές είναι οι ομάδες υποστήριξης (13%) και η ψυχοθεραπεία διάρκειας άνω του ενός έτους (12%). Ένα 7% έχει ακολουθήσει βραχυχρόνια ψυχοθεραπεία, ενώ 8% επιλέγει τον διαλογισμό. Το 14% των συμμετεχόντων ανέφερε κάποια άλλη μορφή βοήθειας. Οι συχνότητες των δημογραφικών στοιχείων παρατίθενται ακολούθως.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=100)

Μεταβλητές	n	%
Φύλο		
Άνδρες	56	56
Γυναίκες	44	44
Αριθμός αδελφών		
Μοναχοπαίδια	16	16
1 αδελφός/ή	14	14
2-5 αδέλφια	70	70
Συχνότερη τιμή αδελφών	4	23
Εκπαίδευση		
Καμία	14	14
Δημοτικό	14	14
Γυμνάσιο	13	13
Λύκειο	10	10
Τριτοβάθμια	10	10
IEK	13	13
Μεταπτυχιακό	13	13
Διδακτορικό	13	13

Η κλίμακα ACE IQ εξετάζει τις αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία (Adverse Childhood Experiences - ACEs) και περιλαμβάνει τις ακόλουθες υποκατηγορίες για τις οποίες παρουσιάζονται *M.O.* και *T.A.*:

- **Parental Subscale:** Ο *M.O.* ήταν 7,03 με *T.A.* ίση με 6,90. Ο *MO* είναι χαμηλότερος από τον αναμενόμενο, δείχνοντας ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν ανέφερε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής παραμέλησης ή γονεϊκής δυσλειτουργίας. Η μεγάλη *T.A.* όμως δείχνει ότι υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων, με κάποιους να αναφέρουν πολύ υψηλές τιμές.
- **Witness Subscale:** Ο *M.O.* ήταν 3,16 με *T.A.* ίση με 3,43. Ο *M.O.* είναι χαμηλότερος από τον θεωρητικό, γεγονός που δείχνει ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε λίγες ή καθόλου εμπειρίες ενδοοικογενειακής βίας. Ωστόσο, η μεγάλη *T.A.* υποδηλώνει ότι για μια μερίδα του δείγματος η εμπειρία αυτή ήταν έντονη.
- **Experience Subscale:** Εδώ ο *M.O.* ήταν 8,98 με *T.A.* ίση με 8,57. Ο *M.O.* είναι χαμηλότερος από τον αναμενόμενο, υποδεικνύοντας ότι η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση δεν ήταν ιδιαίτερα συχνή σε όλο το δείγμα. Παρόλα αυτά, η μεγάλη *T.A.* δείχνει ότι υπάρχουν συμμετέχοντες που ανέφεραν πολύ υψηλά επίπεδα κακοποίησης, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη.
- **Violence Subscale:** Ο *M.O.* ήταν 9,64 με *T.A.* ίση με 9,29. Ο *M.O.* βρίσκεται πολύ κάτω από τον θεωρητικό, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα περισσότερα άτομα στο δείγμα δεν είχαν έντονη έκθεση σε βία. Ωστόσο, η μεγάλη *T.A.*

δείχνει σημαντικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων, με κάποιους να αναφέρουν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα έκθεσης σε βία.

Το **συνολικό άθροισμα της κλίμακας ACE IQ** είχε *M.O* ίσο με 28,81 και *T.A* ίση με 26,74. Περίπου το 47% των συμμετεχόντων κατηγοριοποιήθηκαν πως δεν είχαν καμία εμπειρία ΑΕΠΗ (ενώ στο δείγμα στην πρώτη φάση του ερωτηματολογίου ήταν 46 τα άτομα που δήλωσαν πριν τη συμπλήρωση του ACEIQ ότι δεν είχαν κάποιο βίωμα ΑΕΠΗ), ενώ το υπόλοιπο δείγμα αναφέρει από 1 έως 4 κατηγορίες αντίξων εμπειριών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις 2 και 3 κατηγορίες.

Η κλίμακα STAI μετρά τα επίπεδα άγχους. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο *M.O.* της κλίμακας ήταν 100,81, με *T.A.* ίση με 6,84. Η κατανομή εμφανίζει κανονική διασπορά, με τη συχνότητα να συγκεντρώνεται κυρίως στις τιμές μεταξύ 90 και 110. Οι υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, ενώ οι χαμηλότερες τιμές δείχνουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους.

Τα αποτελέσματα της ACE IQ δείχνουν ότι περίπου οι μισοί συμμετέχοντες δεν έχουν βιώσει αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, ενώ το υπόλοιπο δείγμα έχει εμπειρίες που καλύπτουν διάφορες κατηγορίες. Αυτή η ποικιλία επιτρέπει την εξέταση των επιπτώσεων των ACEs στη μετέπειτα ζωή.

Στην κλίμακα STAI, παρατηρείται μια φυσιολογική κατανομή των επιπέδων άγχους, με τη μέση τιμή να βρίσκεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα. Αυτό ενδεχομένως να υποδηλώνει ότι η παρουσία ACEs επηρεάζει το άγχος στην ενήλικη ζωή, κάτι που μπορεί να διερευνηθεί περαιτέρω μέσω στατιστικής ανάλυσης συσχέτισης.

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των κλιμάκων και των υποκλιμάκων ως προς τα σκορ εμφανίζονται στον Πίνακα 3 που ακολουθεί.

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας ACE IQ, αντιστοίχων υποκλιμάκων της καθώς και της κλίμακας STAI για το χαρακτηριστικό άγχος (N=100)

Χαρακτηριστικά	M.O.	T.A.
Parental Subscale (Συναισθηματική Παραμέληση & Γονεϊκή Δυσλειτουργία)	7,03	6,9
Witness Subscale (Ενδοοικογενειακή Βία)	3,16	3,43
Experience Subscale (Σωματική & Σεξουαλική Κακοποίηση)	8,98	8,57
Violence Subscale (Έκθεση σε Βία)	9,64	9,29
Συνολική Κλίμακα ACE-IQ	28,81	26,74
Κλίμακα STAI (Επίπεδα Άγχους)	100,81	6,84

4.2. Έλεγχοι κανονικότητας κατανομών

Εξετάζονται τα επιμέρους σκορ των υποκλιμάκων της ACEIQ ως προς την κανονικότητα της κατανομής, καθώς επίσης το συνολικό σκορ της ACEIQ αλλά και της κλίμακας STAI. Ο έλεγχος κανονικότητας Shapiro-Wilk χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογηθεί αν τα δεδομένα κάθε μεταβλητής ακολουθούν την κανονική κατανομή. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι για την υποκλίμακα "Άθροισμα Parental Subscale Ace IQ", η στατιστική τιμή είναι 0,81 και η τιμή Sig. ίση με 0,21, γεγονός που υποδεικνύει ότι τα δεδομένα είναι κανονικά καταμεμημένα, καθώς το sig. είναι μεγαλύτερο από 0,05. Στην υποκλίμακα "Άθροισμα Witness Subscale Ace IQ", η στατιστική τιμή είναι 0,84 και το sig. ανέρχεται σε 0,32, κάτι που επίσης υποστηρίζει την κανονικότητα της κατανομής.

Για την υποκλίμακα "Άθροισμα Experience Subscale Ace IQ", η στατιστική τιμή είναι 0,79 με sig ίσο με 0,13, που επιβεβαιώνει την κανονικότητα των δεδομένων. Αντίστοιχα, η υποκλίμακα "Άθροισμα Violence Subscale Ace IQ"

παρουσιάζει στατιστική τιμή 0,81 και sig ίσο με 0,41, γεγονός που δείχνει ότι τα δεδομένα της ακολουθούν την κανονική κατανομή. Όσον αφορά το "Συνολικό Άθροισμα ACEIQ", η στατιστική τιμή είναι 0,75 και το sig ίσο με 0,68, ενώ για το άρθροισμα της κλίμακας STAI, η στατιστική τιμή είναι 0,98 και το sig 0,18. Με βάση τα αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικοί δείκτες. Τα παραπάνω αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Αποτελέσματα τεστ Shapiro Wilk ως προς την κανονικότητα των κατανομών των αθροισμάτων των κλιμάκων και των υποκλιμάκων της έρευνας

Μεταβλητή	Statistic	Sig.
Άθροισμα Parental Subscale Ace IQ	0,814	0,21
Άθροισμα Witness Subscale Ace IQ	0,835	0,32
Άθροισμα Experience Subscale Ace IQ	0,793	0,132
Άθροισμα Violence Subscale Ace IQ	0,806	0,412
Συνολικό Άθροισμα ACEIQ	0,755	0,681
Άθροισμα της STAI SCALE	0,975	0,179

Όπως είναι εμφανές, όλες οι μεταβλητές αθροισμάτων κλιμάκων και υποκλιμάκων ακολουθούν την κανονική κατανομή, συνεπώς είναι εφικτή η διεξαγωγή παραμετρικών τεστ.

4.3.Αποτελέσματα για τις Ερευνητικές Υποθέσεις

H1. Αναμένεται ότι ο αριθμός (κατηγοριών) των αντίξοων εμπειριών που έχει κανείς κατά την παιδική ηλικία θα διαφοροποιεί σημαντικά το χαρακτηριστικό άγχος.

Για τη διερεύνηση της υπόθεσης H1, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), με στόχο να εξεταστεί εάν ο αριθμός κατηγοριών αντίξοων εμπειριών κατά την παιδική ηλικία διαφοροποιεί σημαντικά το χαρακτηριστικό άγχος. Οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν σε πέντε ομάδες, ανάλογα με τον αριθμό

των κατηγοριών αντίξων εμπειριών που είχαν βιώσει: (1) άτομα που δεν είχαν καμία κατηγορία αντίξων εμπειριών (0), (2) άτομα που είχαν μία κατηγορία (1), (3) άτομα που είχαν δύο κατηγορίες (2), (4) άτομα που είχαν τρεις κατηγορίες (3) και (5) άτομα που είχαν τέσσερις κατηγορίες αντίξων εμπειριών (4). Συγκεκριμένα, στο δείγμα 47 άτομα δεν είχαν βιώσει κάποια ΑΕΠΗ, 8 άτομα είχαν βιώσει ένα είδος ΑΕΠΗ, 20 άτομα είχαν βιώσει 2 κατηγορίες ΑΕΠΗ, 21 άτομα είχαν βιώσει 3 κατηγορίες ΑΕΠΗ και 4 άτομα είχαν βιώσει 4 κατηγορίες ΑΕΠΗ.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα σκορ της κλίμακας STAI μεταξύ των πέντε ομάδων. Συγκεκριμένα, η τιμή του F ήταν 0,43, ενώ η τιμή σημαντικότητας $p=0,79$. Η υψηλή τιμή p (μεγαλύτερη από 0,05) υποδηλώνει ότι οι διαφορές στα μέσα σκορ χαρακτηριστικού άγχους μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Αυτό σημαίνει ότι ο αριθμός κατηγοριών αντίξων εμπειριών που έχουν βιώσει οι συμμετέχοντες δεν φαίνεται να επηρεάζει το επίπεδο του χαρακτηριστικού άγχους.

Τα ευρήματα αυτά δεν επιβεβαιώνουν την αρχική υπόθεση $H1$ ότι ο αριθμός κατηγοριών αντίξων εμπειριών διαφοροποιεί το χαρακτηριστικό άγχος, υποδεικνύοντας ότι άλλοι παράγοντες ενδέχεται να παίζουν πιο καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου άγχους.

Πίνακας 5. Αποτελέσματα one – way Anova για την πρώτη ερευνητική υπόθεση

	df	SS	MS	F	p
Μεταξύ των ομάδων (Between)	4	82,46	20,62	0,43	0,787
Εντός ομάδων (Within)	95	4552,93	47,93	-	-
Σύνολο (Total)	99	4635,39	-	-	-

H2. Αναμένεται ότι το χαρακτηριστικό άγχος θα είναι υψηλότερο σε άτομα που έχουν υποστεί παραμέληση σε σύγκριση με άτομα με εμπειρίες οικογενειακής δυσλειτουργίας.

Για τη διερεύνηση της υπόθεσης H2 πραγματοποιήθηκε ανάλυση με τη χρήση **t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων**. Από τον πίνακα 6 που ακολουθεί, η ομάδα των ατόμων που δεν υπέστη ΑΕΠΗ οικογενειακής παραμέλησης και γονεϊκής δυσλειτουργίας ($N=19$) έχει *M.O.* χαρακτηριστικού άγχους 102,05 με *T.A* 5,49 και τυπικό σφάλμα μέσου 1,26. Αντίθετα, η ομάδα των ατόμων που υπέστη αυτού του είδους ΑΕΠΗ ($N=35$) έχει χαμηλότερο *M.O.* χαρακτηριστικού άγχους 100,40, με *TA* 7,46 και τυπικό σφάλμα μέσου 1,26.

Το Levene's Test έδωσε τιμές $F = 1,14$ και $p=0,29$. Το *p-value* είναι μεγαλύτερο από 0,05, συνεπώς δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ισότητας των διακυμάνσεων. Έτσι, τα αποτελέσματα για την περίπτωση "Equal variances assumed" είναι τα κατάλληλα για ερμηνεία.

Σύμφωνα με το t-test για ισότητα μέσων, η τιμή *t* είναι 0,85, με βαθμούς ελευθερίας $df=52$, και $p\text{-value}=0,40$ (2-tailed). Το *p-value* είναι μεγαλύτερο από 0,05, γεγονός που δείχνει ότι **δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά** μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το επίπεδο χαρακτηριστικού άγχους. Η διαφορά των

μέσων τιμών είναι 1,65 με τυπικό σφάλμα διαφοράς 1,95, ενώ το 95% διάστημα εμπιστοσύνης της διαφοράς κυμαίνεται από -2,26 έως 5,56, περιλαμβάνοντας το μηδέν.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα t-test δεύτερης ερευνητικής υπόθεσης

	Άτομα με ΑΕΠΗ παραμέλησης		Άτομα με ΑΕΠΗ οικογενειακής δυσλειτουργίας		t	p
	M	SD	M	SD		
Άθροισμα Κλίμακας STAI	102,05	5,49	100,4	7,46	0,85	0,401

*p= < ,01, **=p < ,001

H3. Αναμένεται ότι όταν η βίωση της αντίζωσης εμπειρίας έχει συμβεί κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, το χαρακτηριστικό άγχος θα είναι υψηλότερο σε σύγκριση με την ομάδα των ατόμων που είχαν παρόμοια εμπειρία κατά την εφηβεία.

Για τη διερεύνηση της υπόθεσης H3 διενεργήθηκε t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$ για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο STAI σκορ μεταξύ δύο ομάδων συμμετεχόντων που έχουν βιώσει αντίζοες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ). Οι δύο ομάδες διαχωρίστηκαν με βάση την ηλικία κατά την οποία βίωσαν τα τραυματικά γεγονότα: 0-9 ετών και 10-17 ετών.

Στον πίνακα 7 της 3^{ης} ερευνητικής υπόθεσης, η ομάδα που βίωσε ΑΕΠΗ στην παιδική ηλικία (0-9 ετών) περιλαμβάνει 26 συμμετέχοντες με *M.O.* STAI σκορ 98,96, *T.A* ίση με 7,18 και τυπικό σφάλμα μέσου 1,41. Η ομάδα που βίωσε ΑΕΠΗ

στην προεφηβική και εφηβική ηλικία (10-17 ετών) περιλαμβάνει 28 συμμετέχοντες με *M.O.* STAI σκορ 102,86, *T.A.* 6,01 και τυπικό σφάλμα μέσων 1,14.

Ο έλεγχος Levene για ισότητα των διακυμάνσεων δίνει $F=1,23$ και $p=0,27$.

Επειδή το *p-value* είναι μεγαλύτερο από 0,05, δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ισότητας των διακυμάνσεων. Συνεπώς, η ερμηνεία βασίζεται στις γραμμές του πίνακα "Equal variances assumed".

Το t-test δείχνει ότι η διαφορά των μέσων τιμών είναι -3,90, με τυπικό σφάλμα διαφοράς 1,80. Η τιμή t είναι -2,17, με βαθμούς ελευθερίας $df=52$, και το *p-value* είναι 0,04 (2-tailed). Επειδή το *p-value* είναι μικρότερο από 0,05, η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική. Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης της διαφοράς κυμαίνεται από -7,50 έως -0,29, και δεν περιλαμβάνει το μηδέν, επιβεβαιώνοντας τη στατιστική σημαντικότητα.

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο STAI σκορ μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που βίωσαν ΑΕΠΗ στην ηλικία 10-17 ετών εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο χαρακτηρολογικό άγχος (102,86) σε σχέση με αυτούς που βίωσαν ΑΕΠΗ στην ηλικία 0-9 ετών (98,96). Η διαφορά αυτή μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι τραυματικές εμπειρίες σε μεγαλύτερη ηλικία ενδέχεται να έχουν μεγαλύτερη ψυχική επίδραση λόγω της αυξημένης γνωστικής και συναισθηματικής αντίληψης της κατάστασης.

Πίνακας 7. Αποτελέσματα t-test τρίτης ερευνητικής υπόθεσης

	Βίωσε ΑΕΠΗ ηλικία 10-17 ετών		Βίωσε ΑΕΠΗ ηλικία 0-9 ετών		t	p
	M	SD	M	SD		
Άθροισμα Κλίμακας STAI	102,86	6,01	98,96	7,18	-2.17	0,04*

*p= < ,01, **=p < ,001

H4. Οι συμμετέχοντες που έχουν βιώσει ΑΕΠΗ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα χαρακτηρισολογικού άγχους σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν βιώσει ΑΕΠΗ

Στην τέταρτη ερευνητική υπόθεση η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση **t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων**.

Από τον πίνακα 8 εμφανίζεται ότι η ομάδα των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι είχαν βιώσει ΑΕΠΗ περιλαμβάνει 54 άτομα με *M.O.* STAI σκορ 100,98, *T.A.* ίση με 6,83, και τυπικό σφάλμα μέσου 0,93. Αντίθετα, η ομάδα που δήλωσε ότι δεν βίωσε ΑΕΠΗ περιλαμβάνει 46 άτομα με μέση τιμή STAI σκορ 71,61, *T.A.* 6,93, και τυπικό σφάλμα μέσου 1,02.

Ο έλεγχος Levene για ισότητα των διακυμάνσεων δίνει $F=0,39$ και $p=0,53$. Επειδή το *p-value* είναι μεγαλύτερο από 0,05, δεν απορρίπτεται η υπόθεση της ισότητας των διακυμάνσεων. Επομένως, τα αποτελέσματα για "Equal variances assumed" είναι κατάλληλα για ερμηνεία.

Η τιμή *t* για την ισότητα μέσων είναι 0,27, με βαθμούς ελευθερίας $df=98$, και το $p\text{-value}=0,02$ (2-tailed). Επειδή το *p-value* είναι μικρότερο από 0,05, η διαφορά είναι **στατιστικά σημαντική**. Η διαφορά των μέσων τιμών είναι 0,37, με τυπικό σφάλμα διαφοράς 1,38. Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης της διαφοράς κυμαίνεται

από -2,37 έως 3,11, περιλαμβάνοντας το μηδέν, κάτι που μειώνει την ισχύ της στατιστικής σημαντικότητας.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά στο STAI σκορ μεταξύ των δύο ομάδων. Η ομάδα που βίωσε ΑΕΠΗ εμφανίζει μέση βαθμολογία στο STAI σκορ 100,98, ενώ η ομάδα που δεν βίωσε εμφανίζει μέση βαθμολογία 71,61. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική, με $p\text{-value}$ 0,02, γεγονός που υποδηλώνει ότι η βιωματική εμπειρία ΑΕΠΗ συσχετίζεται με υψηλότερο επίπεδο χαρακτηριστικού άγχους.

Πίνακας 8. Αποτελέσματα $t\text{-test}$ τέταρτης ερευνητικής υπόθεσης

	Βίωσε ΑΕΠΗ		Δεν βίωσε ΑΕΠΗ		t	p
	M	SD	M	SD		
Άθροισμα Κλίμακας STAI	100,98	6,83	71,61	6,93	0,27	0,02*

* $p < ,01$, **= $p < ,001$

5.Συζήτηση και Συμπεράσματα

5.1.Συζήτηση ανά ερευνητική υπόθεση

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) για την **πρώτη ερευνητική υπόθεση** έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα χαρακτηριστικού άγχους μεταξύ των διαφορετικών ομάδων που ταξινομήθηκαν με βάση τον αριθμό των αντίξων εμπειριών παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ) που είχαν βιώσει. Η τιμή του $F(4, 95) = 0,43$, με επίπεδο σημαντικότητας $p = 0.787$, δείχνει ότι οι παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ των ομάδων είναι πιθανό να οφείλονται σε τυχαία διακύμανση και όχι σε πραγματική επίδραση του αριθμού των ΑΕΠΗ στο χαρακτηριστικό άγχος.

Τα παρόντα ευρήματα δεν συμφωνούν με την πλειονότητα της βιβλιογραφίας, η οποία αναφέρει ότι η συσσώρευση ΑΕΠΗ συσχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους και άλλων ψυχολογικών δυσκολιών. Σύμφωνα με το σωρευτικό μοντέλο κινδύνου (Cumulative Risk Model), οι επιπτώσεις των αντίξων εμπειριών δεν είναι απλώς το άθροισμα των επιμέρους τραυματικών γεγονότων, αλλά έχουν αθροιστική και ενίοτε **εκθετική επίδραση** στην ψυχική υγεία του ατόμου (Evans et al., 2013). Έρευνες έχουν δείξει ότι όσο περισσότερες κατηγορίες ΑΕΠΗ βιώσει ένα άτομο, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, όπως το χρόνιο άγχος και η κατάθλιψη (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017). Για παράδειγμα, μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που έχουν βιώσει **τέσσερις ή περισσότερες** αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με άτομα που έχουν βιώσει λίγες ή καμία (Chapman et al., 2004; Merrick et

al., 2017). Ωστόσο, τα δεδομένα της παρούσας μελέτης δεν επιβεβαιώνουν αυτήν τη σχέση.

Μια πιθανή εξήγηση για αυτήν την απόκλιση είναι η **ετερογένεια των επιπτώσεων των ΑΕΠΗ**, καθώς δεν επηρεάζουν όλα τα άτομα με τον ίδιο τρόπο. Έχει βρεθεί ότι **παράγοντες ανθεκτικότητας** (resilience factors), όπως η υποστηρικτική οικογένεια, η πρόσβαση σε ψυχοκοινωνικούς πόρους και η θετική αντιμετώπιση του στρες, μπορούν να μετριάσουν τις αρνητικές συνέπειες των ΑΕΠΗ και να περιορίσουν τη σχέση τους με το άγχος (Luthar et al., 2000). Επιπλέον, η **υποκειμενική αντίληψη του στρες** φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς δύο άτομα που έχουν βιώσει τον ίδιο αριθμό ΑΕΠΗ μπορεί να εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα άγχους λόγω διαφορών στην **αντίληψη και την ερμηνεία των εμπειριών τους** (Kalmakis & Chandler, 2015).

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία σχετίζεται με τη **δομή του δείγματος**. Παρόλο που η ταξινόμηση των συμμετεχόντων σε πέντε διαφορετικές κατηγορίες παρέχει μια αναλυτική προσέγγιση, ο μικρός αριθμός ατόμων στις ομάδες των υψηλών επιπέδων ΑΕΠΗ (ιδίως στην ομάδα με τέσσερις κατηγορίες) μπορεί να έχει επηρεάσει την ικανότητα του στατιστικού ελέγχου να ανιχνεύσει σημαντικές διαφορές. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η **στατιστική ισχύς** μειώνεται όταν οι κατηγορίες συμμετεχόντων περιλαμβάνουν πολύ μικρό αριθμό ατόμων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μη σημαντικά αποτελέσματα ακόμα και όταν υπάρχει πραγματική διαφορά (Maxwell et al., 2008). Συνεπώς, είναι πιθανό ότι ένα μεγαλύτερο δείγμα ή ένας διαφορετικός τρόπος ομαδοποίησης (π.χ. συνδυασμός των

κατηγοριών **3 και 4 ΑΕΠΗ** σε μία ομάδα) θα είχε αυξήσει την πιθανότητα να ανιχνευθούν σημαντικές διαφορές.

Επιπλέον, το παρόν εύρημα μπορεί να ερμηνευτεί λαμβάνοντας υπόψη την **ποιότητα των ΑΕΠΗ**, πέρα από τον αριθμό τους. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι συγκεκριμένοι τύποι ΑΕΠΗ, όπως η **σεξουαλική κακοποίηση ή η συναισθηματική παραμέληση**, μπορεί να έχουν μεγαλύτερη συσχέτιση με την ανάπτυξη άγχους από ό,τι άλλες μορφές αντιξοοτήτων, όπως οι οικονομικές δυσκολίες ή το διαζύγιο των γονέων (Shonkoff et al., 2012). Συνεπώς, η εστίαση αποκλειστικά στον **αριθμό των ΑΕΠΗ** χωρίς να εξεταστεί η **σοβαρότητα και η διάρκεια των εμπειριών αυτών** μπορεί να εξηγήσει τη μη στατιστικά σημαντική σχέση στην παρούσα μελέτη.

Τέλος, είναι πιθανό ότι οι επιπτώσεις των ΑΕΠΗ στο χαρακτηριστικό άγχος να εμφανίζονται **σε συνδυασμό με άλλους μεσολαβητικούς παράγοντες**, όπως η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων, η προσωπικότητα και η ύπαρξη υποστηρικτικών δικτύων (Danese & McEwen, 2012). Πολλές έρευνες προτείνουν ότι η σχέση μεταξύ ΑΕΠΗ και ψυχολογικών εκβάσεων δεν είναι γραμμική, αλλά διαμεσολαβείται από πολύπλοκους **βιολογικούς και κοινωνικούς μηχανισμούς**, όπως η δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA axis dysregulation) και οι αλλαγές στη νευροδιαβίβαση (McEwen & Gianaros, 2011). Συνεπώς, η απλή εξέταση της σχέσης μεταξύ του αριθμού των ΑΕΠΗ και του άγχους ενδέχεται να μην επαρκεί για να αναδείξει στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Τα αποτελέσματα του **t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων** για τη **δεύτερη ερευνητική υπόθεση** έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα χαρακτηριστικού άγχους μεταξύ των ατόμων που έχουν υποστεί

συναισθηματική παραμέληση και εκείνων που έχουν βιώσει εμπειρίες οικογενειακής δυσλειτουργίας. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν $t(52) = 0,85, p = 0,401$, ενώ η μέση διαφορά των σκορ μεταξύ των δύο ομάδων ήταν **1,65 μονάδες**, με **95% διάστημα εμπιστοσύνης [-2.26, 5.56]**, το οποίο περιλαμβάνει το μηδέν, γεγονός που επιβεβαιώνει τη μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς.

Η παρούσα έρευνα δεν επιβεβαιώνει την αρχική υπόθεση ότι τα άτομα που έχουν βιώσει **συναισθηματική παραμέληση** εμφανίζουν υψηλότερο χαρακτηρολογικό άγχος από εκείνα που έχουν βιώσει **οικογενειακή δυσλειτουργία**. Η απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς ενδέχεται να αποδίδεται στη **σχετική επικάλυψη** αυτών των δύο τύπων αντίξοων εμπειριών, καθώς η οικογενειακή δυσλειτουργία συχνά συνοδεύεται από έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης, γεγονός που μπορεί να εξομοιώνει τις επιπτώσεις τους στη συναισθηματική ανάπτυξη των ατόμων (Cicchetti & Toth, 2005). Η θεωρία της προσκόλλησης υποστηρίζει ότι η **πρώιμη συναισθηματική αποστέρηση** μπορεί να οδηγήσει σε ανασφαλή μοτίβα προσκόλλησης, αυξημένη συναισθηματική δυσρυθμία και, σε πολλές περιπτώσεις, έντονο χρόνιο άγχος (Bowlby, 1980). Ωστόσο, η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η **φύση και η ένταση της οικογενειακής δυσλειτουργίας** μπορεί να διαδραματίζουν εξίσου κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών, καθιστώντας δύσκολη τη διαφοροποίηση των επιπτώσεων μεταξύ αυτών των δύο κατηγοριών (McLaughlin et al., 2012).

Ένας πιθανός λόγος που δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων μπορεί να είναι η **διαφορετική ευαλωτότητα** των ατόμων απέναντι στις αντίξοες εμπειρίες. Έρευνες έχουν δείξει ότι η αντίδραση στις ΑΕΠΗ

εξαρτάται από **γενετικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες**, οι οποίοι μπορούν να αμβλύνουν ή να επιδεινώσουν την επίδραση των πρώιμων τραυματικών εμπειριών στο άγχος (Heim et al., 2019). Για παράδειγμα, τα άτομα που αναπτύσσουν **μηχανισμούς ανθεκτικότητας** (όπως ισχυρά κοινωνικά δίκτυα ή δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης) ενδέχεται να εμφανίζουν μικρότερη ευαισθησία στο άγχος, ανεξαρτήτως του αν έχουν βιώσει συναισθηματική παραμέληση ή οικογενειακή δυσλειτουργία (Luthar et al., 2000).

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να εξηγήσει την έλλειψη σημαντικής διαφοράς είναι το **μέγεθος του δείγματος**. Παρόλο που η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με **54 συμμετέχοντες**, η κατανομή των ατόμων στις δύο ομάδες ($N=19$ και $N=35$) μπορεί να έχει επηρεάσει την ανίχνευση στατιστικά σημαντικών διαφορών. Η μικρή **στατιστική ισχύς** αυξάνει την πιθανότητα μη απόρριψης της μηδενικής υπόθεσης, ακόμα και αν υπάρχει πραγματική διαφορά μεταξύ των ομάδων (Maxwell et al., 2008). Μεγαλύτερα δείγματα θα μπορούσαν να αυξήσουν την ευαισθησία της στατιστικής ανάλυσης, επιτρέποντας μια ακριβέστερη εκτίμηση των διαφορών στο χαρακτηρολογικό άγχος.

Η βιβλιογραφία έχει επίσης καταδείξει ότι το χαρακτηρολογικό άγχος ενδέχεται να σχετίζεται περισσότερο με τη **συνδυαστική επίδραση** διαφορετικών ειδών ΑΕΠΗ παρά με έναν συγκεκριμένο τύπο αντιξοότητας. Έρευνες δείχνουν ότι η **πολυδιάστατη φύση των ΑΕΠΗ** σημαίνει ότι τα άτομα που έχουν βιώσει πολλαπλές μορφές τραύματος (π.χ. συναισθηματική παραμέληση σε συνδυασμό με ενδοοικογενειακή βία) είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν χρόνιο άγχος, σε σύγκριση με εκείνα που έχουν βιώσει μόνο έναν τύπο τραυματικής εμπειρίας (Edwards et al.,

2003). Το γεγονός ότι η παρούσα ανάλυση εστίασε αποκλειστικά σε μία διάκριση (παραμέληση vs. οικογενειακή δυσλειτουργία) μπορεί να έχει περιορίσει τη δυνατότητα εξαγωγής πιο σύνθετων συμπερασμάτων.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η **μεθοδολογική διαφοροποίηση** στη μέτρηση του χαρακτηριστικού άγχους ενδέχεται να επηρεάζει τα ευρήματα. Η χρήση της **κλίμακας STAI** αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως αποδεκτά μέτρα αξιολόγησης του άγχους (Spielberger et al., 1983), ωστόσο, ορισμένες μελέτες έχουν προτείνει ότι ο τρόπος με τον οποίο οι συμμετέχοντες ανακαλούν και αναφέρουν τις αντίξοες εμπειρίες τους μπορεί να επηρεάζει τα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα άγχους ενδέχεται να έχουν **μεροληπτική ανάκληση** των εμπειριών τους, με αποτέλεσμα να υπερεκτιμούν ή να υποτιμούν τον αντίκτυπο που είχαν οι ΑΕΠΗ στην ψυχική τους υγεία (Dalglish et al., 2003).

Τα αποτελέσματα του t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την **τρίτη ερευνητική υπόθεση** δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα χαρακτηριστικού άγχους μεταξύ των ατόμων που βίωσαν αντίξοες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ) κατά την πρώιμη παιδική ηλικία (0-9 ετών) και εκείνων που τις βίωσαν στην προεφηβεία ή την εφηβεία (10-17 ετών). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν τραυματικές εμπειρίες σε μεγαλύτερη ηλικία εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα χαρακτηριστικού άγχους ($M.O. = 102,86$, $T.A. = 6,01$) συγκριτικά με εκείνους που βίωσαν τις εμπειρίες αυτές κατά την πρώιμη παιδική ηλικία ($M.O. = 98.96$, $SD = 7.18$). Η διαφορά αυτή αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική ($t(52) = -2,17$, $p = 0,04$), με το 95% διάστημα εμπιστοσύνης να

κυμαίνεται από -7,50 έως -0,29, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων δεν είναι τυχαία.

Η διαφορά αυτή μπορεί να εξηγηθεί μέσα από το νευροαναπτυξιακό μοντέλο των ψυχικών διαταραχών, σύμφωνα με το οποίο οι τραυματικές εμπειρίες σε διαφορετικές χρονικές περιόδους της ζωής έχουν διαφοροποιημένες επιπτώσεις στον εγκέφαλο και στη συναισθηματική ανάπτυξη (McLaughlin et al., 2014). Οι εμπειρίες που συμβαίνουν κατά την πρώιμη παιδική ηλικία επηρεάζουν κυρίως τη διαμόρφωση θεμελιωδών νευροαναπτυξιακών μηχανισμών, όπως η ανάπτυξη της προσκόλλησης (attachment) και των γνωσιακών σχημάτων που σχετίζονται με την αυτοαντίληψη και την αντίληψη του περιβάλλοντος (Shonkoff & Garner, 2012). Ωστόσο, καθώς ο εγκέφαλος των παιδιών είναι ιδιαίτερα πλαστικός, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτυχθούν αντισταθμιστικοί μηχανισμοί που μειώνουν την ένταση των επιπτώσεων αυτών των εμπειριών σε βάθος χρόνου (Lupien et al., 2009).

Αντίθετα, η προεφηβεία και η εφηβεία είναι κρίσιμες περίοδοι για την ανάπτυξη της κοινωνικής ταυτότητας, της συναισθηματικής ρύθμισης και της γνωσιακής επεξεργασίας του στρες. Οι αντίξοες εμπειρίες κατά την ηλικία αυτή τείνουν να έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική επίδραση, καθώς τα άτομα είναι ήδη σε θέση να ερμηνεύσουν και να αναλύσουν τις εμπειρίες τους, αλλά συχνά δεν έχουν αναπτύξει ακόμα ώριμους μηχανισμούς αντιμετώπισης (Miller et al., 2011). Σύμφωνα με την υπόθεση της αναπτυξιακής ευαλωτότητας (developmental vulnerability hypothesis), οι τραυματικές εμπειρίες στην εφηβεία μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο χρόνιου άγχους και συναισθηματικής δυσφορίας, επειδή το άτομο βρίσκεται σε ένα

στάδιο ζωής όπου η αυτοεικόνα και οι κοινωνικές σχέσεις διαμορφώνονται δυναμικά και είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε διαταραχές (Hankin, 2005).

Η υπερευαισθησία στα αρνητικά συναισθήματα που προκύπτει από τραυματικές εμπειρίες στην εφηβεία μπορεί να εξηγηθεί και μέσω νευροβιολογικών μηχανισμών. Η εφηβεία είναι μια περίοδος όπου υπάρχει έντονη αναδιοργάνωση του εγκεφάλου, ιδιαίτερα στις περιοχές που σχετίζονται με τη διαχείριση του στρες και του φόβου, όπως η αμυγδαλή και ο προμετωπιαίος φλοιός (Paus et al., 2008).

Έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα που βιώνουν ΑΕΠΗ στην εφηβεία έχουν συχνά υπερδραστηριότητα της αμυγδαλής, η οποία σχετίζεται με αυξημένη αντίδραση στον φόβο και το άγχος, καθώς και μειωμένη συνδεσιμότητα με τον προμετωπιαίο φλοιό, γεγονός που δυσχεραίνει την ικανότητα γνωσιακής ρύθμισης των συναισθημάτων (Gee et al., 2013). Αυτό σημαίνει ότι οι έφηβοι που βιώνουν τραυματικά γεγονότα μπορεί να αναπτύξουν δυσλειτουργικούς μηχανισμούς ρύθμισης του στρες, οι οποίοι συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή, οδηγώντας σε αυξημένα επίπεδα χαρακτηρισολογικού άγχους.

Επιπλέον, η παρούσα μελέτη έρχεται σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες που έχουν καταδείξει ότι οι τραυματικές εμπειρίες στην εφηβεία συσχετίζονται πιο έντονα με αγχώδεις διαταραχές από ό,τι οι εμπειρίες στην πρώιμη παιδική ηλικία (Scott et al., 2010). Οι ερευνητές προτείνουν ότι η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά που βιώνουν τραυματικά γεγονότα σε μικρότερη ηλικία έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να λάβουν υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, ενώ οι έφηβοι συχνά βιώνουν τα τραύματά τους με πιο

απομονωμένο τρόπο, γεγονός που μπορεί να ενισχύσει τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις (Slopen et al., 2014).

Εντούτοις, θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρόλο που η διαφορά στα επίπεδα χαρακτηριστικού άγχους μεταξύ των δύο ομάδων είναι στατιστικά σημαντική, η επίδραση δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Ο δείκτης Cohen's d (που μετρά το μέγεθος της επίδρασης) θα μπορούσε να υπολογιστεί για να εκτιμηθεί αν η διαφορά αυτή έχει κλινική σημασία. Επιπλέον, η γενίκευση των ευρημάτων θα πρέπει να γίνει με προσοχή, καθώς δεν ελήφθη υπόψη η ένταση ή η χρονική διάρκεια των τραυματικών εμπειριών. Για παράδειγμα, μια μεμονωμένη εμπειρία κακοποίησης μπορεί να έχει διαφορετικές συνέπειες από μια παρατεταμένη κατάσταση ενδοοικογενειακής βίας, ανεξαρτήτως ηλικίας εμφάνισης (Anda et al., 2006).

Τα αποτελέσματα του t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την **τέταρτη ερευνητική υπόθεση** επιβεβαιώνουν ότι οι συμμετέχοντες που έχουν βιώσει αντίξοες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ΑΕΠΗ) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα χαρακτηριστικού άγχους σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν βιώσει ΑΕΠΗ. Η μέση τιμή της ομάδας που ανέφερε ΑΕΠΗ ($M.O. = 100,98$, $T.A. = 6,83$) είναι σημαντικά υψηλότερη από τη μέση τιμή της ομάδας που δεν ανέφερε τέτοιες εμπειρίες ($M.O. = 71,61$, $T.A. = 6,93$). Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t(98) = 0,27$, $p = 0,02$). Παρότι η διαφορά των μέσων τιμών είναι σχετικά μικρή ($0,37$) και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης περιλαμβάνει το μηδέν ($-2,37$ έως $3,11$), το αποτέλεσμα αυτό εξακολουθεί να υποδηλώνει μια σαφή τάση συσχέτισης μεταξύ της παρουσίας ΑΕΠΗ και του αυξημένου χαρακτηριστικού άγχους.

Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με εκτενή προηγούμενη βιβλιογραφία που συνδέει τις τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας με την αυξημένη ευαλωτότητα σε **αγχώδεις διαταραχές και συναισθηματική δυσφορία** στην ενήλικη ζωή (Felitti et al., 1998; Kessler et al., 2010). Η θεωρία του **τοξικού στρες** (toxic stress theory) προτείνει ότι η χρόνια έκθεση σε στρεσογόνες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, χωρίς επαρκή μηχανισμούς υποστήριξης, επηρεάζει δυσμενώς την ανάπτυξη του εγκεφάλου και αυξάνει την ευαισθησία στο στρες, οδηγώντας σε μεγαλύτερα επίπεδα άγχους στην ενήλικη ζωή (Shonkoff et al., 2012). Οι τραυματικές εμπειρίες επηρεάζουν την ανάπτυξη των **νευροβιολογικών κυκλωμάτων** που σχετίζονται με τη ρύθμιση του φόβου, ιδίως μέσω της **υπερδραστηριότητας της αμυγδαλής και της μειωμένης ικανότητας του προμετωπιαίου φλοιού να ελέγχει την απόκριση στο στρες** (McEwen, 2007). Αυτές οι μεταβολές μπορεί να εξηγήσουν τα αυξημένα επίπεδα χαρακτηρισολογικού άγχους που παρατηρούνται στους συμμετέχοντες με ιστορικό ΑΕΠΗ.

Επιπλέον, τα ευρήματα ενισχύουν την υπόθεση ότι τα **μοντέλα προσκόλλησης** (attachment models) παίζουν καθοριστικό ρόλο στη σχέση μεταξύ ΑΕΠΗ και άγχους. Σύμφωνα με τη θεωρία του Bowlby (1980), η έλλειψη ασφαλούς προσκόλλησης λόγω συναισθηματικής παραμέλησης ή άλλων τραυματικών εμπειριών μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη **δυσλειτουργικών στρατηγικών ρύθμισης του άγχους**, καθιστώντας τα άτομα πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη χρόνιων αγχωδών καταστάσεων στην ενήλικη ζωή (Mikulincer & Shaver, 2012). Αυτό συνάδει με ευρήματα που δείχνουν ότι τα παιδιά που βιώνουν **ανασφαλή προσκόλληση** παρουσιάζουν **αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης και υπερδραστηριότητα**

του **άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA axis)**, που σχετίζεται με την ανάπτυξη χρόνιου άγχους (Loman & Gunnar, 2010).

Ένα άλλο κρίσιμο στοιχείο που ενισχύει τη σημασία των ευρημάτων είναι το **φαινόμενο της συσσώρευσης του τραύματος** (cumulative trauma model). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, όσο περισσότερες τραυματικές εμπειρίες έχει βιώσει ένα άτομο κατά την παιδική του ηλικία, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ανάπτυξης ψυχολογικών δυσκολιών, όπως το χρόνιο άγχος (Green et al., 2010). Η παρούσα μελέτη, μετρώντας το συνολικό αριθμό των ΑΕΠΗ, δείχνει ότι τα άτομα με τραυματικές εμπειρίες παρουσιάζουν υψηλότερο χαρακτηριστικό άγχος, επιβεβαιώνοντας αυτό το μοντέλο.

Ωστόσο, η διαφορά που παρατηρήθηκε στο παρόν δείγμα είναι στατιστικά σημαντική, αλλά όχι απαραίτητα κλινικά σημαντική. Για να εκτιμηθεί η πραγματική ψυχολογική σημασία της διαφοράς αυτής, θα μπορούσε να υπολογιστεί η **επίδραση μεγέθους (effect size)** μέσω του δείκτη **Cohen's d**, ο οποίος θα βοηθούσε στον προσδιορισμό του κατά πόσο η διαφορά στα επίπεδα άγχους μεταξύ των ομάδων είναι ουσιαστικά σημαντική για την ψυχολογική ευημερία των ατόμων (Cohen, 1988).

Επιπλέον, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν την ανάγκη για **πρώιμες παρεμβάσεις** που στοχεύουν στη διαχείριση των επιπτώσεων των ΑΕΠΗ και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες. Προγράμματα όπως οι **παρεμβάσεις βασισμένες στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT)** έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη μείωση των επιπτώσεων του χρόνιου άγχους σε ενήλικες με ιστορικό ΑΕΠΗ, ενισχύοντας

δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης και τροποποιώντας δυσλειτουργικές γνωσιακές διαδικασίες (Ehring et al., 2014).

5.2.Συμπεράσματα και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προσφέρουν σημαντικές πρακτικές εφαρμογές στον τομέα της ψυχικής υγείας, της ψυχοθεραπείας και της κοινωνικής πολιτικής. Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ αντίξοων εμπειριών κατά την παιδική ηλικία (ΑΕΠΗ) και του χαρακτηρολογικού άγχους μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη πιο στοχευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

Πρώτον, τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη για πρόωπη παρέμβαση σε παιδιά που έχουν βιώσει ΑΕΠΗ, προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα ανάπτυξης χρόνιου άγχους στην ενήλικη ζωή. Τα προγράμματα που εστιάζουν στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας, όπως η εκπαίδευση στη συναισθηματική ρύθμιση και οι γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη μείωση των ψυχολογικών επιπτώσεων των ΑΕΠΗ (Beck, 2011; Linehan, 1993). Η εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων σε σχολεία ή μέσω κοινοτικών υπηρεσιών μπορεί να έχει μακροχρόνια θετικά αποτελέσματα.

Δεύτερον, τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της εκπαίδευσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ώστε να ενσωματώσουν τη γνώση σχετικά με τις ΑΕΠΗ στις διαγνωστικές και θεραπευτικές τους πρακτικές. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πιθανή παρουσία ΑΕΠΗ κατά την αξιολόγηση ατόμων με άγχος και να χρησιμοποιούν κατάλληλες τεχνικές, όπως η τραυματοθεραπεία μέσω επανεπεξεργασίας και απευαισθητοποίησης κινήσεων των

ματιών (EMDR), για να αντιμετωπίσουν τις μακροχρόνιες επιπτώσεις του τραύματος (Shapiro, 2017).

Επιπλέον, οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην οικογένεια είναι κρίσιμες για τη διαχείριση της επίδρασης των ΑΕΠΗ. Η ενίσχυση της γονεϊκής υποστήριξης μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η βελτίωση της οικογενειακής δυναμικής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην προαγωγή της ψυχικής ευημερίας των παιδιών (Shonkoff et al., 2012). Παράλληλα, η ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την προστασία των παιδιών από κακοποίηση και παραμέληση είναι απαραίτητη για τη μείωση της εμφάνισης ΑΕΠΗ.

Τρίτον, τα αποτελέσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την προσαρμογή πολιτικών πρόληψης και υποστήριξης. Οι κυβερνητικές υπηρεσίες και οι ΜΚΟ μπορούν να εφαρμόσουν προγράμματα που παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε παιδιά και οικογένειες που ζουν σε περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου. Επιπλέον, η προώθηση της πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι κρίσιμη για τη μείωση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων των ΑΕΠΗ (Felitti et al., 1998).

Τέλος, τα δεδομένα μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία εργαλείων αξιολόγησης και διαλογής για την ανίχνευση των επιπτώσεων των ΑΕΠΗ σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο. Τα εργαλεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη στοχευμένη παροχή βοήθειας και θεραπείας, μειώνοντας έτσι τον κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο των ΑΕΠΗ στην κοινωνία (Anda et al., 2006).

Η παρούσα μελέτη, αν και παρέχει σημαντικά ευρήματα, παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Πρώτον, το δείγμα της έρευνας αποτελείται αποκλειστικά από

άτομα που έχουν κάνει ή κάνουν ψυχοθεραπεία, γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό. Τα άτομα αυτά μπορεί να εμφανίζουν αυξημένη ευαισθησία στις αντίξοες εμπειρίες και στα συμπτώματα άγχους, συγκριτικά με όσους δεν έχουν λάβει ψυχοθεραπευτική υποστήριξη (Felitti et al., 1998).

Δεύτερον, η χρήση αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων, όπως το ACE-IQ και το STAI, ενέχει τον κίνδυνο μεροληψίας λόγω της υποκειμενικής φύσης των απαντήσεων. Οι συμμετέχοντες ενδέχεται να μην θυμούνται με ακρίβεια τα γεγονότα της παιδικής τους ηλικίας ή να υποεκτιμούν/υπερεκτιμούν την επίδραση των εμπειριών τους (Hardt & Rutter, 2004). Επίσης, η απουσία σταθμισμένου ACE-IQ για τον ελληνικό πληθυσμό αποτελεί έναν ακόμα περιορισμό, καθώς μπορεί να επηρεάζει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Τρίτον, η διατομεακή φύση της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιακών σχέσεων. Η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ αντίξοων εμπειριών και χαρακτηριστικού άγχους παραμένει θεωρητική και απαιτείται μελλοντική διαχρονική έρευνα για να εξεταστεί σε βάθος.

Τέλος, το μέγεθος του δείγματος, αν και επαρκές για βασικές στατιστικές αναλύσεις, περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων και ενδέχεται να μην αποκαλύπτει πιο σύνθετες συσχετίσεις. Η προσθήκη μεγαλύτερων και πιο ποικιλόμορφων δειγμάτων στο μέλλον θα ενίσχυε την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης (Creswell, 2014).

Η μελλοντική έρευνα μπορεί να επεκτείνει την παρούσα μελέτη με διάφορους τρόπους, προσφέροντας μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της σχέσης μεταξύ

αντίξωων εμπειριών κατά την παιδική ηλικία (ΑΕΠΗ) και χαρακτηριστικού άγχους. Πρώτον, οι μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να υιοθετήσουν διαχρονικά σχέδια, ώστε να διερευνηθεί η αιτιακή σχέση μεταξύ ΑΕΠΗ και ψυχολογικών εκβάσεων, παρέχοντας βαθύτερη κατανόηση της εξέλιξης του άγχους με την πάροδο του χρόνου (Shonkoff et al., 2012).

Δεύτερον, η χρήση βιολογικών δεικτών, όπως τα επίπεδα κορτιζόλης ή οι νευροαπεικονιστικές τεχνικές, θα μπορούσε να ενισχύσει την αντικειμενικότητα των ευρημάτων και να προσφέρει πολύτιμα δεδομένα σχετικά με τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με τις ΑΕΠΗ (McEwen, 2007). Παράλληλα, η ανάπτυξη και σταθμισμένων εργαλείων για τον ελληνικό πληθυσμό, όπως το ACE-IQ, είναι απαραίτητη για την αύξηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των ερευνών στον συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο.

Επιπλέον, οι μελλοντικές έρευνες μπορούν να εξετάσουν τη διαμεσολαβητική επίδραση παραγόντων, όπως η οικογενειακή υποστήριξη, η κοινωνική ανθεκτικότητα και οι στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης, στη σχέση μεταξύ ΑΕΠΗ και άγχους (Luthar et al., 2000). Τέτοιες μελέτες θα μπορούσαν να παρέχουν πρακτικές πληροφορίες για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων.

Τέλος, η διερεύνηση της σχέσης των ΑΕΠΗ και του χαρακτηριστικού άγχους σε διαφορετικούς πληθυσμούς, όπως οι εργαζόμενοι ή οι ηλικιωμένοι, θα μπορούσε να προσφέρει νέες προοπτικές και να επεκτείνει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η ενσωμάτωση πολιτισμικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών στις μελλοντικές έρευνες είναι εξίσου κρίσιμη για την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου σε διάφορα πλαίσια.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates. (2005). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.

- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517–e528.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Bethell, C. D., Carle, A., Hudziak, J., Gombojav, N., Powers, K., Wade, R., & Braveman, P. (2017). Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. *Academic pediatrics*, 17(7S), S51–S69.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.161>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSDΔMΣ scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75–90.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490080106>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

- Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: Effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 445–461. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/jbremner>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Briere, J., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Sage Publications.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. HarperCollins.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2011). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301–328. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2001). Diverse patterns of neuroendocrine activity in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 13(3), 677–693. <https://doi.org/10.1017/S0954579401003145>

- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221–241.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.221>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409–438.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2016). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.030>
- Currie, J., & Widom, C. S. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment*, 15(2), 111–120.
<https://doi.org/10.1177/1077559509355316>
- Dalgleish, T., Rolfe, J., Golden, A. M. J., Dunn, B. D., & Barnard, P. J. (2003). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive control. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132(1), 23.

- Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
- Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Williamson, D. F. (2003). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children. *Violence and Victims*, 18(2), 129–139. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.2.129>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Fennell, M. J. V. (1999). *Overcoming low self-esteem: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. Robinson.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.).

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2015). A revised inventory of adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13–21.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>

Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XVIII (1920-1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works, 1-64.

Frodl, T., & O’Keane, V. (2013). How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function, and hippocampal structure in humans. *Neurobiology of Disease*, 52, 24–37.

<https://doi.org/10.1016/j.nbd.2012.03.012>

Gee, D. G., Humphreys, K. L., Flannery, J., Goff, B., Telzer, E. H., Shapiro, M., & Tottenham, N. (2013). A developmental shift from positive to negative connectivity in amygdala-prefrontal circuitry. *Journal of Neuroscience*, 33(10), 4584-4593.

Georgas, J., Berry, J. W., van de Vijver, F. J. R., Kagitcibasi, C., & Poortinga, Y. H. (2004). *Families across cultures: A 30-nation psychological study*. Cambridge University Press.

Gilbert, P., & Procter, S. (2009). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach.

Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). Guilford Press.

Hammen, C., Kim, E. Y., Eberhart, N. K., & Brennan, P. A. (2000). Chronic and acute stress and the prediction of major depression in women. *Depression and Anxiety*, 12(1), 12–20. [https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:1<12::AID-DA2>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:1<12::AID-DA2>3.0.CO;2-T)

Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. Guilford Press.

- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heim, C., & Binder, E. B. (2019). Current research trends in early life stress and depression: Review of human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. *Experimental Neurology*, 233(1), 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2019.01.027>
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023–1039. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01157-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01157-X)
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(10), 693–710. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2019). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 61(2), 167–180.
- Herman, J. L., Perry, B. D., & van der Kolk, B. A. (2018). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 153–158. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.153>

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
- Jimenez, M. E., Wade, R., Lin, Y., Morrow, L. M., & Reichman, N. E. (2016). Adverse experiences in early childhood and kindergarten outcomes. *Pediatrics*, 137(2), e20151839. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1839>
- Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63(11), S467–S472. <https://doi.org/10.1002/acr.20561>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 250–256. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.250>

- Kessler, R. C., et al. (2012). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.339>
- Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge University Press.
- Lazaridis, G. (2020). Economic crises and their impact on social systems: The Greek example. *International Sociology*, 35(2), 145–158. <https://doi.org/10.1177/0268580920911998>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Liakos, A., & Giannitsi, S. (1984). Adaptation of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory in Greece. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 1(1), 2–14. <https://doi.org/10.1037/h0078579>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior, and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434–445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction.

Personnel Psychology, 60(3), 541–572. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647–657.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>

Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders.

Annual Review of Clinical Psychology, 1, 167–195.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>

McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood

maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in*

Psychiatry, 2, 48. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2011.00048>

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central

role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904.

<https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>

McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., &

Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the

National Comorbidity Survey Replication I. *Archives of General Psychiatry*,

67(2), 113–123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>

McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., &

Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric

disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*,

69(11), 1151–1160.

- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., & Hilt, L. M. (2010). Emotion dysregulation as a mechanism linking peer victimization to internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(6), 844–854.
<https://doi.org/10.1037/a0021349>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 47*, 578–591.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>
- Mikton, C., & Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization, 87*(5), 353–361.
<https://doi.org/10.2471/BLT.08.057075>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood trauma and the risk of depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 138*(3), 292–298.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.035>
- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children affected by sexual abuse or trauma*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.nctsn.org/resources/trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy>

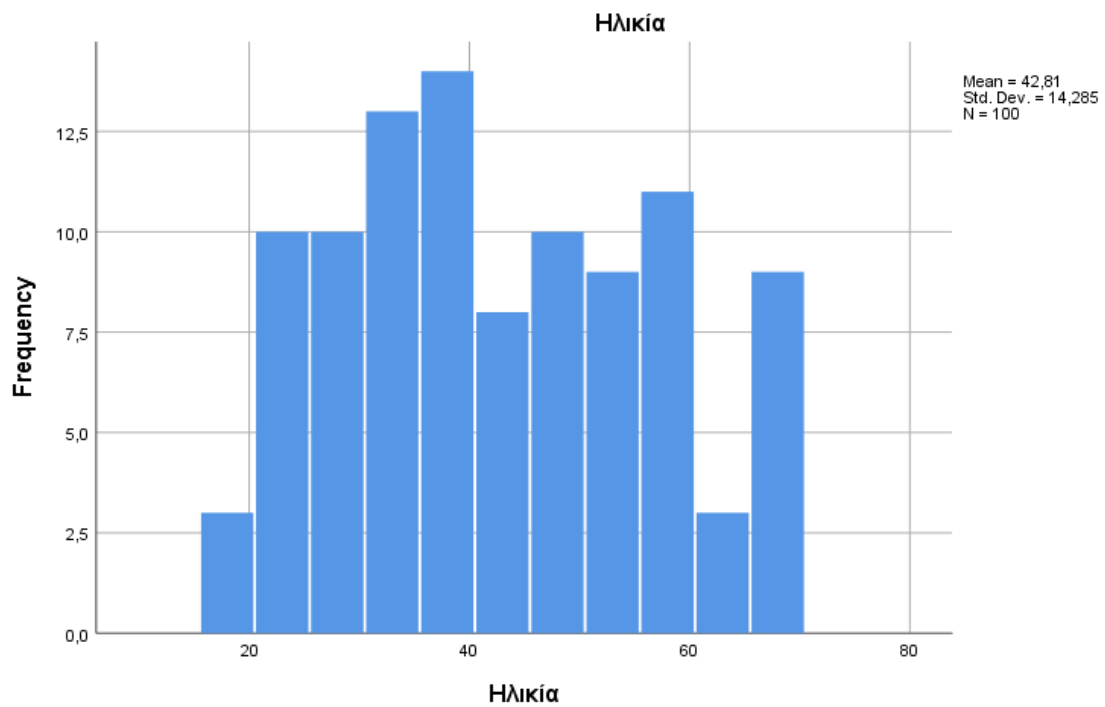
- Nelson, C. A., Scott, R. D., & Bhutta, Z. A. (2020). Adversity in childhood and its effects over time: Implications for interventions. *Pediatrics*, 145(1), e20190249. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0249>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0412-y>
- Raposo, S. M., Mackenzie, C. S., Henriksen, C. A., & Afifi, T. O. (2014). A lifetime history of sexual violence and its impact on mental health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(6), 460–467. <https://doi.org/10.1177/070674371405900609>
- Sanders, J., & Munford, R. (2014). Fostering a sense of belonging at school—Five orientations to practice that assist vulnerable youth to create a positive student identity. *School Psychology International*, 35(3), 284–300. <https://doi.org/10.1177/0143034312468332>
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2008). The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 594–604. <https://doi.org/10.1080/15374410802148151>

- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2020). Dimensions of early experience and neural development: Deprivation and threat. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(11), 580–589. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.09.001>
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for psychopathology. *Development and Psychopathology*, 13(2), 239–252. <https://doi.org/10.1017/S0954579401002044>
- Shin, L. M., Rauch, S. L., & Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 67–79. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.007>
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2012). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 301(21), 2252–2259. <https://doi.org/10.1001/jama.301.21.2252>
- Simmons, A. N., Strigo, I. A., Matthews, S. C., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2016). Cortisol dysregulation and self-esteem in early life adversity. *Journal of Psychiatric Research*, 78, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.007>
- Slack, K. S., Holl, J. L., McDaniel, M., Yoo, J., & Bolger, K. (2004). Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics. *Child Maltreatment*, 9(4), 395–408. <https://doi.org/10.1177/1077559504269193>

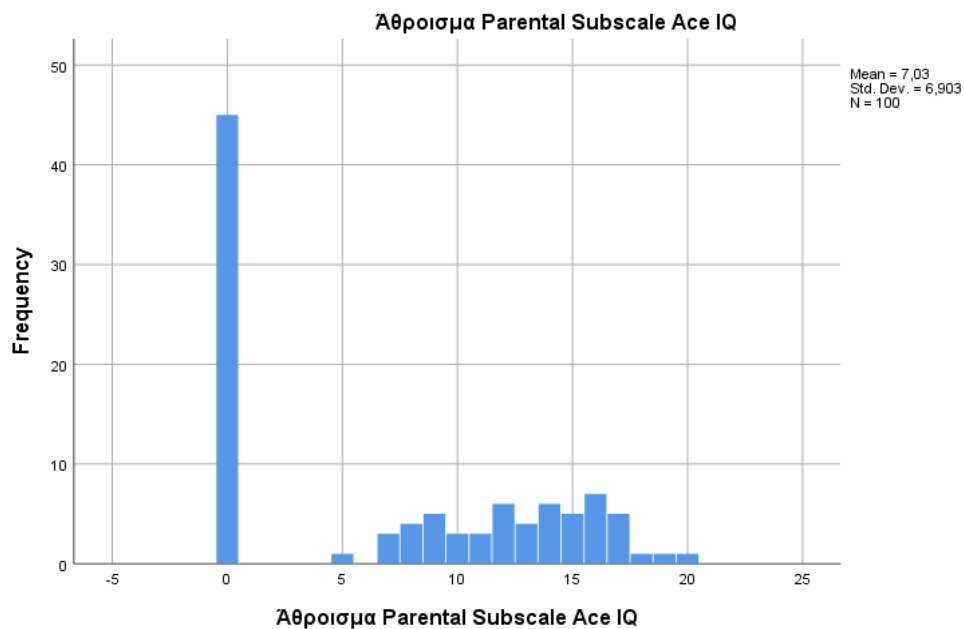
- Slade, A. (2008). *Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 762–782). Guilford Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., & Polcari, A. (2003). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56(2), 80–85. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00665-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00665-2)
- Touloumakos, A. K., Michalopoulou, A., & Gerogianni, G. (2023). The impact of adverse childhood experiences on personality and behavioral disorders: A comprehensive review. *Journal of Psychological Studies*, 35(2), 123–145. <https://doi.org/10.1007/s12345-023-5678-9>
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

- Vazquez, A., Hervas, G., Rahona, J. J., & Gomez, D. (2018). Psychological well-being and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(1), 120–135.
<https://doi.org/10.1037/a0024587>
- Waddell, G., & Burton, K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* The Stationery Office.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/h0069608>
- Widom, C. S., et al. (2007). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 100–108.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091400>
- Woon, F. L., & Hedges, D. W. (2008). Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related PTSDΔΜΣ: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 339–349.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01820.x>
- World Health Organization. (2018). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. Geneva: WHO. Retrieved from
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514095>
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59–68.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007>

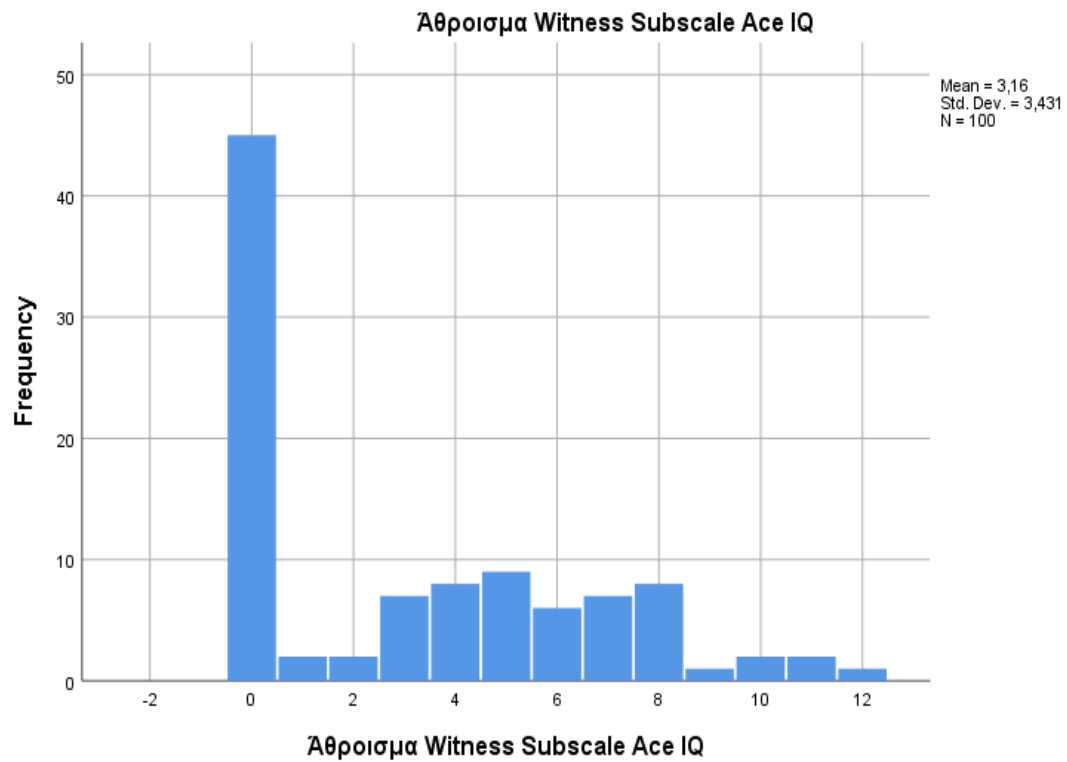
Παράρτημα 1. Γραφήματα στατιστικών αναλύσεων



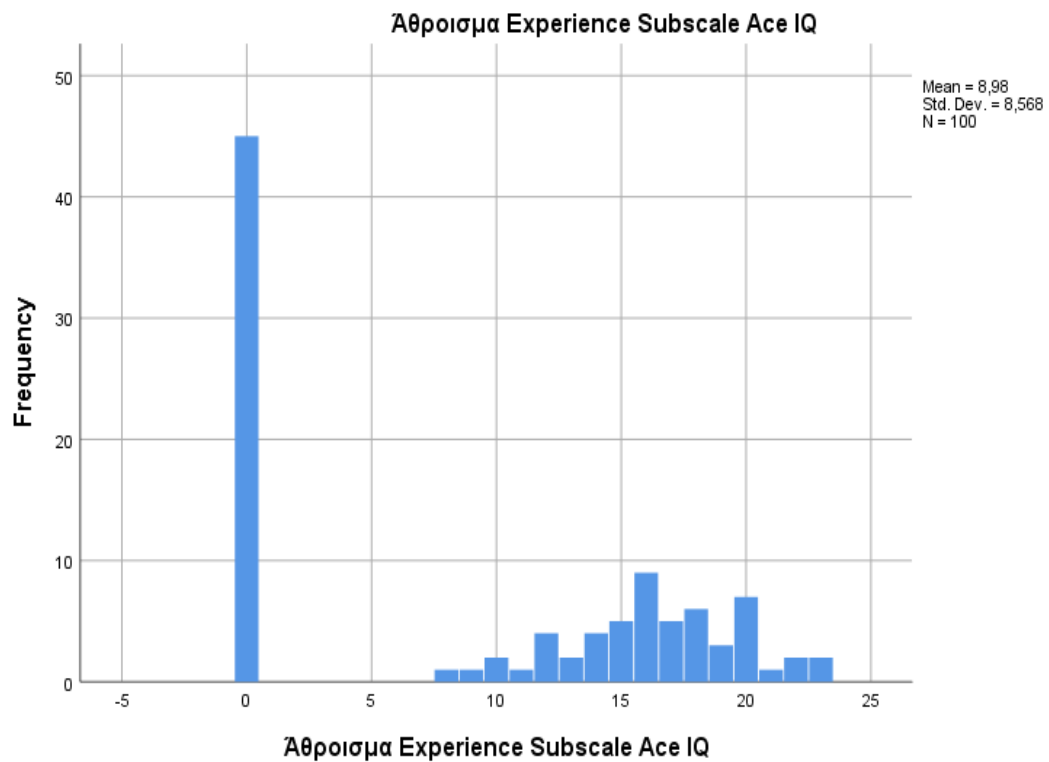
Διάγραμμα 1. Γραφήμα κατανομής ηλικίας συμμετεχόντων



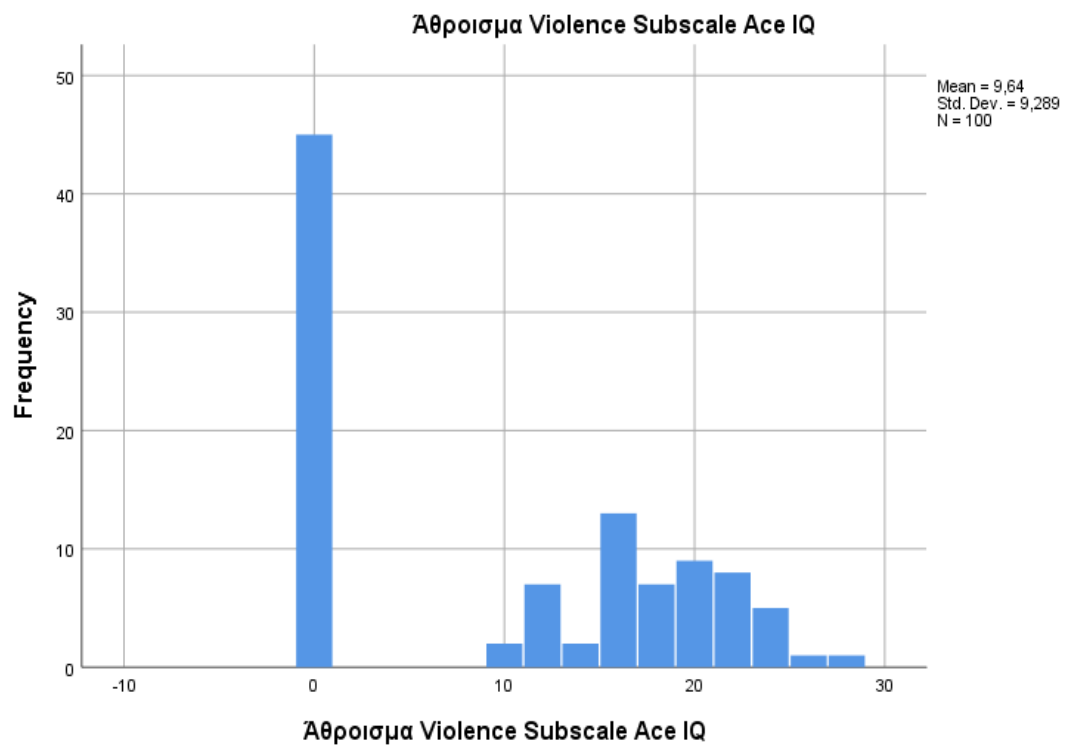
Διάγραμμα 2. Κατανομή αθροίσματος Parental Subscale Ace IQ



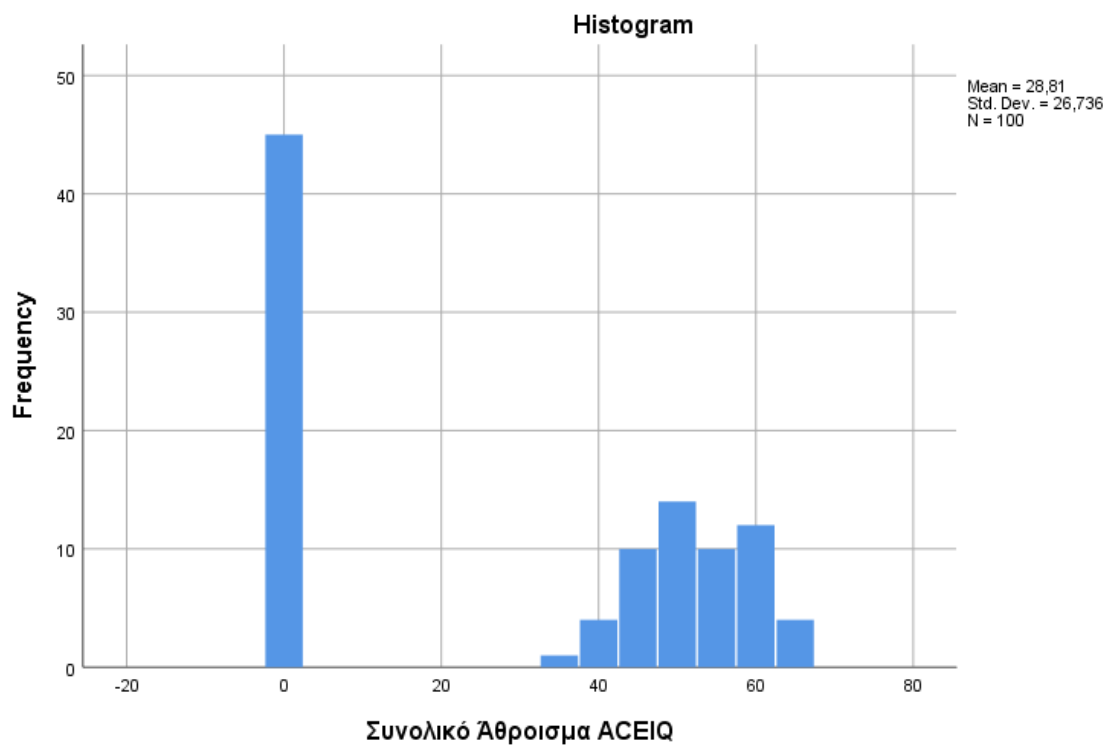
Διάγραμμα 3. Κατανομή αθροίσματος *Witness Subscale Ace IQ*



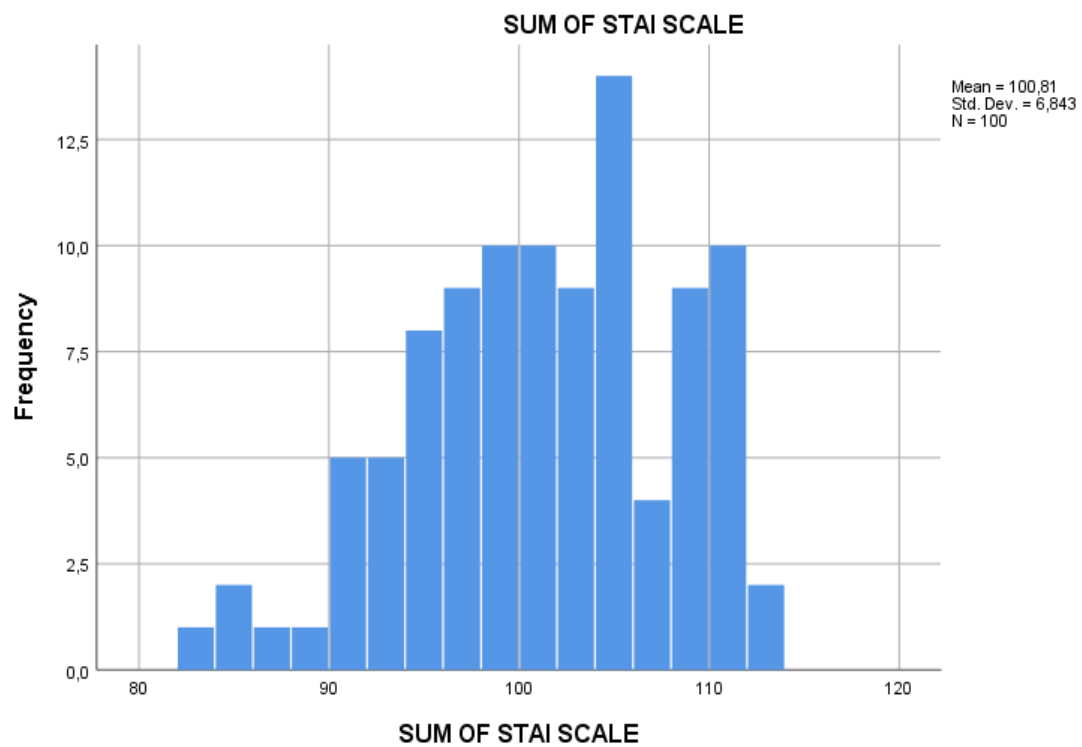
Διάγραμμα 4. Κατανομή αθροίσματος *Experience Subscale Ace IQ*



Διάγραμμα 5. Κατανομή αθροίσματος Violence Subscale Ace IQ



Διάγραμμα 6. Κατανομή συνολικού αθροίσματος Ace IQ



Διάγραμμα 7. Κατανομή αθροίσματος STAI Scale

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο

Αντρας, Γυναίκα, Άλλο

2. Ηλικία: _____

3. Αριθμός Αδελφών:

Μοναχοπαίδι, 1 αδερφός/η, 2-5 αδέρφια

4. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Απουσία εκπαίδευσης

Απόφοιτος/- η Δημοτικού

Απόφοιτος/-η Γυμνασίου

Απόφοιτος/-η Λυκείου

Απόφοιτος/-η Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

Κατάρτιση μέσω ΙΕΚ

Κάτοχος μεταπτυχιακού

Κάτοχος διδακτορικού

5. Απασχόληση

Άνεργος/-η

Δημόσιος υπάλληλος

Ιδιωτικός υπάλληλος

Ελεύθερος επαγγελματίας

Εισοδηματίας

Συνταξιούχος

6. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/-η

Έγγαμος/-η ή σε συμβίωση

Διαζευγμένος/-η ή σε διάσταση

Χήρος/-α

Άλλο

7. Ποιο είναι το υπόβαθρο σας; (εισάγετε τη σχετική εθνοτική ομάδα/φυλετική ομάδα/πολιτιστική ομάδα/άλλες): _____

Πριν αρχίσει ο συμμετέχοντας την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για τις αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, ο συμμετέχοντας πρέπει να απαντήσει σε μια σειρά από ερωτήσεις οι οποίες καθορίζουν αν θα του επιτραπεί δεοντολογικά να συνεχίσει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το αρχικό ενημερωτικό φύλλο του ερωτηματολογίου, ακολουθούν ερωτήσεις διαλογής (screening) και αποκλεισμού από το ερωτηματολόγιο. Σκοπός αυτών των ερωτήσεων είναι, κατά κύριο λόγο η περαιτέρω διασφάλιση της μη πυροδότησης αγχωτικών αντιδράσεων (π.χ. «Αναζητήσατε και λάβατε κάποιου είδους βοήθεια/υποστήριξη μετά την/τις στρεσογόνο/ες εμπειρία/ες σας;»).

Οι ερωτήσεις αυτές εστιάζουν:

- στο αν ο συμμετέχοντας λαμβάνοντας υπόψιν την φόρμα ενημέρωσης για τις αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, έχει βιώσει μια αντίξοη εμπειρία
- στην αναζήτηση και λήψη κάποιου είδους βοήθεια/υποστήριξη μετά την/τις δυσμενή/-είς εμπειρία/-ες
- στο είδος βοήθειας που έχει λάβει ο συμμετέχοντας
- στον χρόνο που έχει παρέλθει από την τελευταία αντίξοη εμπειρία που έχει βιώσει ο συμμετέχοντας
- στην βίωση της/των αντίξοης/-ων εμπειρίας/-ων του συμμετέχοντα έως και σήμερα

Ερωτήσεις διαλογής (screening) και αποκλεισμού από το ερωτηματολόγιο

Παρακαλώ απαντήστε ελεύθερα στις επόμενες ερωτήσεις.

Ερώτηση: „Λαμβάνοντας υπόψιν την φόρμα ενημέρωσης για τις αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, έχετε βιώσει μια τέτοια εμπειρία;“

(Απάντηση: Ναι, Όχι)

→ Απάντηση “Όχι”: Η πλατφόρμα παραπέμπει τον συμμετέχοντα αμέσως στο Ερωτηματολόγιο μέτρησης του άγχους (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) και ο συμμετέχοντας δεν συμπληρώνει καθόλου το ερωτηματολόγιο για τις αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία (Διεθνές Ερωτηματολόγιο για τις Δυσμενείς Εμπειρίες της Παιδικής Ηλικίας (ACE-IQ), WHO, 2018) .

→ Απάντηση „Ναι“: Ο συμμετέχοντας συνεχίζει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαντώντας στις υπόλοιπες ερωτήσεις διαλογής και αποκλεισμού από το ερωτηματολόγιο (screening) οι οποίες θα καθορίσουν αν επιτρέπεται (δεοντολογικά) στον συμμετέχοντα να συνεχίσει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η επόμενη κατά σειρά ερώτηση που πρέπει να απαντήσει ο συμμετέχοντας είναι η εξής: “Αναζητήσατε και λάβατε κάποιους είδους βοήθεια/υποστήριξη μετά την/τις δυσμενή/-είς εμπειρία/-ες σας;” (Απάντηση: Ναι, Όχι)

Αν ο συμμετέχοντας απαντήσει „Ναι“ τότε πρέπει να απαντήσει στην ερώτηση “Παρακαλούμε να αναφέρετε το είδος βοήθειας/υποστήριξης”:

(Απαντήσεις: Ψυχοθεραπεία για μικρό χρονικό διάστημα (<6μήνες)

Ψυχοθεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα (>1 έτος)

Συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης

Διαλογισμός/Ενσυνειδητότητα

Τραυματοθεραπεία (π.χ. EMDR)

Άλλο: _____)

Στην συνέχεια ο συμμετέχοντας πρέπει να απαντήσει στην ερώτηση „Πόσος καιρός έχει περάσει από την τελευταία αντίζηση εμπειρία σας μέχρι σήμερα; (σε μήνες ή έτη) (τρόπος απάντησης: σύντομη απάντηση)

Στην συνέχεια ο συμμετέχοντας πρέπει να απαντήσει στην ερώτηση „Βιώνετε έως και σήμερα την/τις αντίζηση/-ες εμπειρία/-ες;“ (απάντηση: Ναι/Όχι)

Αν απαντήσει „Ναι“ ο συμμετέχοντας, εμφανίζεται για δεοντολογικούς λόγους η απάντηση „Σας ευχαριστούμε θερμότατα για την συμμετοχή σας σε αυτό το πολύ δύσκολο θέμα έρευνας. Σε περίπτωση που αισθάνεστε δυσφορία έπειτα από την έως τώρα συμμετοχή σας στην έρευνα και επιθυμείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας, παρακαλώ μην διστάσετε να το κάνετε στο email: irini.christia0602@gmail.com ή αν προτιμάτε παρακαλώ επικοινωνήστε με την Ψυχολόγο κ. χχχχ που είναι ενήμερη για την έρευνα αυτή και έχει δεχτεί να συνεργάζεται μαζί μας για την κατάλληλη υποστήριξη των συμμετεχόντων. Πατώντας submit οι απαντήσεις σας θα καταγραφούν ανώνυμα στη βάση δεδομένων μας. “.

Αν απαντήσει „Όχι“ ο συμμετέχοντας, τότε συνεχίζει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ο συμμετέχοντας και η πλατφόρμα τον παραπέμπει στο Διεθνές Ερωτηματολόγιο για τις Δυσμενείς Εμπειρίες της Παιδικής Ηλικίας (ACE-IQ), (WHO, 2018) και στην πορεία στο Ερωτηματολόγιο μέτρησης του άγχους (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory).

Διεθνές Ερωτηματολόγιο για τις Δυσμενείς Εμπειρίες της Παιδικής Ηλικίας (ACE-IQ), (WHO, 2018)

Σχέση με τους γονείς/κηδεμόνες.

Όταν μεγαλώνατε, κατά τα πρώτα 18 χρόνια της ζωής σας...

2.1 (P1) 1. Κατανοούσαν οι γονείς/κηδεμόνες σας τα προβλήματα και τις ανησυχίες σας;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

2.2 (P2) 2. Γνώριζαν πραγματικά οι γονείς/κηδεμόνες σας τι κάνατε στον ελεύθερο χρόνο σας όταν δεν ήσασταν στο σχολείο ή στην δουλειά;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

3.1 (P3) 3. Πόσο συχνά δεν σας έδιναν αρκετό φαγητό οι γονείς/κηδεμόνες σας ακόμη και όταν θα μπορούσαν εύκολα να το κάνουν;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

3.2 (P4) 4. Αντιμετώπιζε ποτέ κάποιος από τους γονείς/κηδεμόνες σας πρόβλημα με το ποτό ή με εξαρτησιογόνες ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες) με αποτέλεσμα να μην μπορεί να σας φροντίσει;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

3.3 (P5) 5. Πόσο συχνά οι γονείς/κηδεμόνες σας δεν σας έστελναν στο σχολείο ακόμα και όταν υπήρχε διαθέσιμο σχολείο και μπορούσατε να πάτε σε αυτό;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

4.1 (F1) 6. Ζούσατε κάτω από την ίδια στέγη με κάποιο οικογενειακό μέλος το οποίο είχε υποπέσει σε καταχρήσεις (αλκοόλ, εξαρτησιογόνες ουσίες ή κατάχρηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων);

(Απάντηση: Ναι, Όχι)

4.2 (F2) 7. Ζούσατε κάτω από την ίδια στέγη με κάποιο οικογενειακό μέλος το οποίο αντιμετώπιζε κατάθλιψη, άλλη ψυχική ασθένεια ή έκανε απόπειρα(/-ες) αυτοκτονίας;

(Απάντηση: Ναι, Όχι)

4.3 (F3) 8. Ζούσατε κάτω από την ίδια στέγη με κάποιο οικογενειακό μέλος που να έχει καταδικαστεί σε φυλάκιση;

(Απάντηση: Ναι, Όχι)

4.4 (F4) 9. Έχουν πάρει διαζύγιο οι γονείς σας ή ήταν ποτέ σε διάσταση;

(Απάντηση: Ναι, Όχι)

4.5 (F5) 10. Έχει απεβιώσει η μητέρα, ο πατέρας ή ο κηδεμόνας σας;

(Απάντηση: Ναι, Όχι)

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν σε μαρτυρία συμβάντων (που έχετε δει ή ακούσει) μέσα στο σπίτι σας. Πρόκειται για συμβάντα που μπορεί να έχουν

συμβεί σε κάποιο άλλο μέλος εντός του οικογενειακού σας περιβάλλοντος αλλά όχι απαραίτητα σε εσάς.

Όταν μεγαλώνετε, κατά τα πρώτα 18 χρόνια της ζωής σας...

4.6 (F6) 11. Είδατε ή ακούσατε κάποιον γονέα σας ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας να δέχεται λεκτική επίθεση, να του μιλούν άσχημα, να του φωνάζουν, να το προσβάλουν ή να το ταπεινώνουν μέσα στο σπίτι σας;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

4.7 (F7) 12. Είδατε ή ακούσατε κάποιον γονέα σας ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας να χαστουκίζεται, να το κλωτσάνε ή να το χτυπούν μέσα στο σπίτι σας;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

4.8 (F8) 13. Είδατε ή ακούσατε κάποιον γονέα σας ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας να το χτυπούν ή να το τραυματίζουν με αντικείμενα (π.χ. μπουκάλι, μαχαίρι, ξύλο κ.λπ.) μέσα στο σπίτι σας;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν ορισμένα πράγματα που εσείς μπορεί να έχετε βιώσει.

Όταν μεγαλώνετε, κατά τα πρώτα 18 χρόνια της ζωής σας...

5.1 (A1) 14. Σας φώναζε, έβριζε, προσέβαλε, μείωνε ή ταπείνωνε κάποιος γονέας σας, ο κηδεμόνας σας ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

5.2 (A2) 15. Σας απείλησε κάποιος γονέας σας, ο κηδεμόνας σας ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας ότι θα σας εγκαταλείψει ή ότι θα σας διώξει έξω από το σπίτι;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

5.3 (A3) 16. Σας χαστούκιζε, έσπρωχνε ή χτυπούσε κάποιος γονέας σας, ο κηδεμόνας σας ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

5.4 (A4) 17. Σας έχει χτυπήσει ή σας έχει τραυματίσει κάποιος γονέας σας, ο κηδεμόνας σας ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας με κάποιο αντικείμενο (ράβδο, μπουκάλι, μαχαίρι κ.λπ.);

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

5.5 (A5) 18. Σας έχει αγγίξει ή χαϊδέψει κάποιος με σεξουαλικό τρόπο ενώ δεν το θέλατε;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

5.6 (A6) 19. Σας ανάγκασε κάποιος να αγγίξετε το σώμα του με σεξουαλικό τρόπο ενώ δεν το θέλατε;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

5.7 (A7) 20. Έχει προσπαθήσει ποτέ κάποιος να έρθει σε στοματική, πρωκτική ή κολπική επαφή μαζί σας ενώ δεν το θέλατε;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

5.8 (A8) 21. Συνευρέθηκε κάποιος μαζί σας στοματικά, κολπικά ή πρωκτικά ενώ δεν το θέλατε;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

Ερώτηση: “Αισθανθήκατε κάποια αναστάτωση ή δυσφορία στις ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας κατά την παιδική ηλικία;”

(Απάντηση: *Ναι, Όχι*)

- ➔ Αν „Ναι“: Σας ευχαριστούμε θερμότατα για την συμμετοχή σας σε αυτό το πολύ δύσκολο θέμα έρευνας. Σε περίπτωση που αισθάνεστε δυσφορία έπειτα από την έως τώρα συμμετοχή σας στην έρευνα και επιθυμείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας, παρακαλώ μην διστάσετε να το κάνετε στο email: irini.christia0602@gmail.com ή αν προτιμάτε παρακαλώ επικοινωνήστε με την Ψυχολόγο κ. χχχχ που είναι ενήμερη για την έρευνα αυτή και έχει δεχτεί να συνεργάζεται μαζί μας για την κατάλληλη υποστήριξη των συμμετεχόντων. Πατώντας submit οι απαντήσεις σας θα καταγραφούν ανώνυμα στη βάση δεδομένων μας.
- ➔ Αν „Όχι“: Ο συμμετέχοντας συνεχίζει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Βία μεταξύ συνομηλίκων

Οι επόμενες ερωτήσεις σχετίζονται με το αν σας έχουν εκφοβίσει όταν μεγαλώνετε. Εκφοβισμός (bullying) είναι όταν ένα νεαρό άτομο ή μια ομάδα νεαρών λέει ή κάνει άσχημα και δυσάρεστα πράγματα ενάντια σε ένα άλλο νεαρό άτομο με σκοπό να το πλήξει. Εκφοβισμός είναι επίσης όταν ένα νεαρό άτομο επηρεάζεται πολύ με δυσάρεστο τρόπο ή όταν ένα νεαρό άτομο αποκλείεται κοινωνικά σκόπιμα. Δεν θεωρείται εκφοβισμός όταν δύο νεαρά άτομα με την ίδια περίπου δύναμη ή ισχύ διαφωνούν ή τσακώνονται ή όταν το πείραγμα γίνεται με φιλικό και διασκεδαστικό τρόπο.

Όταν μεγαλώνετε, κατά τα πρώτα 18 χρόνια της ζωής σας...

6.1 (V1) 23. Πόσο συχνά σας εκφοβίζουν;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

Αν ο συμμετέχοντας απαντήσει „πολλές φορές/μερικές φορές/μια φορά/ποτέ“, τότε εμφανίζεται η ερώτηση:

6.2 (V2) 24. Πώς σας εκφόβιζαν πιο συχνά;

(Απάντηση: Με χτυπούσαν, με κλωτσούσαν, με έσπρωχναν ή με κλείδωναν σε εσωτερικούς χώρους.

Με κορόιδευαν λόγω της φυλής, της εθνικότητας ή του χρώματος μου.

Με κορόιδευαν λόγω της θρησκείας μου.

Με κορόιδευαν με σεξουαλικά αστεία, σχόλια ή χειρονομίες.

Με άφηναν έξω από δραστηριότητες επίτηδες ή με αγνοούσαν τελείως.

Με κορόιδευαν λόγω του σώματος ή του προσώπου μου.

Με εκφόβιζαν με κάποιον άλλο τρόπο.)

Αν ο συμμετέχοντας απαντήσει „ποτέ“, τότε συνεχίζει στην ερώτηση:

Η επόμενη ερώτηση αφορά τους σωματικούς καυγάδες. Ένας σωματικός καυγάς συμβαίνει όταν δύο νεαρά άτομα με την ίδια περίπου δύναμη ή ισχύ επιλέγουν να παλέψουν μεταξύ τους.

Όταν μεγαλώνετε, κατά τα πρώτα 18 χρόνια της ζωής σας...

6.3 (V3) 25. Πόσο συχνά συμμετείχατε σε σωματικούς καυγάδες;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

Μάρτυρας κοινοτικής βίας

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν το πόσο συχνά, όταν ήσασταν παιδί, εσείς μπορεί να είχατε δει ή ακούσει ορισμένα πράγματα στην γειτονιά ή στην κοινότητα σας (όχι μέσα στο σπίτι σας ή στην τηλεόραση, στον κινηματογράφο ή στο ραδιόφωνο).

Όταν μεγαλώνετε, κατά τα πρώτα 18 χρόνια της ζωής σας...

7.1 (V4) 26. Είδατε ή ακούσατε να χτυπούν κάποιον στην πραγματική ζωή;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

7.2 (V5) 27. Είδατε ή ακούσατε κάποιον να τον μαχαιρώνουν ή να τον πυροβολούν στην πραγματική ζωή;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

7.3 (V6) 28. Είδατε ή ακούσατε κάποιον να απειλείται με μαχαίρι ή όπλο στην πραγματική ζωή;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

Έκθεση σε πόλεμο/συλλογική βία

Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν το αν βιώσατε ή όχι κάποιο από τα ακόλουθα γεγονότα όταν ήσασταν παιδί. Όλα τα γεγονότα έχουν σχέση με την συλλογική βία, συμπεριλαμβανομένων των πολέμων, της τρομοκρατίας, των πολιτικών ή εθνικών συγκρούσεων, της γενοκτονίας, της καταπίεσης, των εξαφανίσεων,

των βασανιστηρίων και του οργανωμένου βίαιου εγκλήματος, όπως η ληστεία και ο πόλεμος συμμοριών.

Όταν μεγαλώνετε, κατά τα πρώτα 18 χρόνια της ζωής σας...

8.1 (V7) 29. Έχετε αναγκαστεί να φύγετε και να ζήσετε σε άλλο μέρος λόγω κάποιου από τα παραπάνω αναφερόμενα γεγονότα;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

8.2 (V8) 30. Έχετε βιώσει την σκόπιμη καταστροφή του σπιτιού σας εξαιτίας κάποιου από τα παραπάνω αναφερόμενα γεγονότα;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

8.3 (V9) 31. Σας έχουν χτυπήσει στρατιώτες, αστυνομικοί, πολιτοφύλακες ή συμμορίες;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

8.4 (V10) 32. Έχει σκοτωθεί ή χτυπηθεί μέλος της οικογένειάς σας ή φίλος σας από στρατιώτες, αστυνομικούς, πολιτοφύλακες ή συμμορίες;

(Απάντηση: ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, τις περισσότερες φορές, πάντα)

33. Πότε συνέβησαν τα παραπάνω στρεσογόνα γεγονότα κατά την παιδική σας ηλικία;

(Απάντηση: Όταν ήμουν 0- 9 ετών

Όταν ήμουν 10- 17 ετών)

Αν ο συμμετέχοντας απαντήσει „Όταν ήμουν 0-9 ετών“, τότε εμφανίζεται η ερώτηση „34. Πόσα από τα παραπάνω στρεσογόνοτα γεγονότα που έχετε βιώσει έγιναν όταν ήσασταν 0-9 ετών; (Αναφέρετε μόνο αριθμητικά, π.χ. 2.)“ .

Αν ο συμμετέχοντας απαντήσει „Όταν ήμουν 10-17 ετών“, τότε εμφανίζεται η ερώτηση „35. Πόσα από τα παραπάνω στρεσογόνοτα γεγονότα που έχετε βιώσει έγιναν όταν ήσασταν 10-17 ετών; (Αναφέρετε μόνο αριθμητικά, π.χ. 2.)“ .

Ερωτηματολόγιο μέτρησης του άγχους

(Spielberger State-Trait Anxiety Inventory)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και επιλέξτε τον αντίστοιχο αριθμό για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύεται πολλή ώρα για κάθε μια φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

(Απάντηση: 1= καθόλου, 2= κάπως, 3= μέτρια, 4= πάρα πολύ)

1. Αισθάνομαι ήρεμος/-η.
2. Αισθάνομαι ασφαλής.
3. Νιώθω μια εσωτερική ένταση.
4. Έχω αγωνία.

5. Αισθάνομαι άνετα.
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/-η.
7. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/-η.
9. Αισθάνομαι άγχος.
10. Αισθάνομαι βολικά.
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.
13. Αισθάνομαι ήσυχος/-η.
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.
15. Είμαι χαλαρωμένος/-η.
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.
17. Ανησυχώ.
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.
19. Αισθάνομαι υπερένταση.
20. Αισθάνομαι ευχάριστα.

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχει ένας αριθμός φράσεων που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά επιλέξτε τον αντίστοιχο αριθμό για να δείξετε πως αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μία φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως

αισθάνεστε γενικά.

(Απάντηση: 1= σχεδόν ποτέ, 2= μερικές φορές, 3= συχνά, 4= σχεδόν πάντα)

21. Αισθάνομαι ευχάριστα.

22. Κουράζομαι εύκολα.

23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.

24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/-η όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι.

25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.

26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/-η.

27. Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος/-η και συγκεντρωμένος/-η.

28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.

29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.

30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.

31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.

32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.

33. Αισθάνομαι ασφαλής.

34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.

35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.

36. Είμαι ικανοποιημένος/-η.

37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.

38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου.

39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.

40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν δεν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντα μου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3. ΦΟΡΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Φόρμα ενημέρωσης

Οι αντίξοες εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία περιλαμβάνουν μια ομάδα δυσμενών εμπειριών οι οποίες μπορεί να είναι τραυματικές. Με τον όρο ψυχολογικό τραύμα εννοούμε μια συναισθηματική αντίδραση σε ένα στρεσογόνο γεγονός, όπως ένα ατύχημα, μια φυσική καταστροφή, την σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση, τον πόλεμο και άλλα. Είναι μια μεγάλη παραβίαση των ορίων και η έκθεση σε παρόμοιες εμπειρίες μπορεί να έχει επιπτώσεις τόσο κατά την παιδική όσο και κατά την ενήλικη ζωή.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, στόχος μας με την παρούσα έρευνα είναι η εξέταση και κατανόηση της σχέσης των αντίξοων εμπειριών κατά την παιδική ηλικία (ΑΕΠΗ) με το άγχος στην ενήλικη ζωή.

Στη συνέχεια θα βρείτε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με την εμπειρία σας με ένα ή περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα, και άλλες σχετικά και το άγχος στην ζωή σας. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ευημερία και η ασφάλεια σας, οι απαντήσεις σας στις πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου θα καθορίσουν αν θα απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις ή σε μέρος αυτών. Αφού πρώτα διαβάσετε τις παρακάτω πληροφορίες και είστε άνω των 18 ετών μπορείτε να συνεχίσετε να διαβάζετε και να συμπληρώνετε το ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Για τυχόν διευκρινίσεις μην διστάσετε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια (email: irini.christia0602@gmail.com). Θα χρειαστούν περίπου 15 λεπτά για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

Φόρμα συγκατάθεσης

Τα δεδομένα που θα συλλέξουμε θα παραμείνουν σε κάθε φάση της διαδικασίας απολύτως ανώνυμα και δεν θα μπορούν να συνδεθούν με εσάς κατά κανέναν τρόπο. Πρέπει να υπογραμμισθεί ότι όλες οι πληροφορίες που θα συλλεγούν θεωρούνται προσωπικά στοιχεία και η διαχείριση τους θα γίνει σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο που ορίζεται από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Τα δεδομένα θα αποθηκευτούν σε υπολογιστή στον οποίο μπορεί κανείς να έχει πρόσβαση με τη χρήση κωδικών λογισμικού, τους οποίους θα έχει μόνο η ερευνήτρια η οποία και δεσμεύεται απόλυτα από την αρχή της εμπιστευτικότητας.

Σας ευχαριστούμε θερμά!

Φόρμα Συγκατάθεσης

1. Έχω ενημερωθεί για τους σκοπούς της έρευνας είτε προφορικά είτε γραπτώς από την «Φόρμα Ενημέρωσης»; (απάντηση: «Ναι/Όχι»)
2. Είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις και να συζητήσω όποιες απορίες ενδεχομένως να είχα σχετικά με την έρευνα; (απάντηση: «Ναι/Όχι»)
3. Έχω λάβει ικανοποιητικές απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις μου; (απάντηση: «Ναι/Όχι»)
4. Έχω λάβει αρκετές πληροφορίες για την έρευνα; (απάντηση: «Ναι/Όχι»)
5. Συμφωνώ με τη συλλογή προσωπικών μου δεδομένων μέσα από το ερωτηματολόγιο; (απάντηση: «Ναι/Όχι»)
6. Καταλαβαίνω ότι μπορώ να αποχωρήσω από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή

χωρίς να εξηγήσω τους λόγους της αποχώρησής μου; (απάντηση: «Ναι/Όχι»)

Στην περίπτωση κατά την οποία θεωρήσω ή αντιληφθώ σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας, ότι παραβιάζεται κάποιο από τα δικαιώματά μου με την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, έχω το δικαίωμα να προσφύγω στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (Α.Π.Δ.Π.Χ.), Λεωφόρο Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 11523, Αθήνα, τηλ. 2106475600, Fax. 2106475628, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: contact@dpa.gr και να ασκήσω τα δικαιώματά μου.

7. Δίνω την συγκατάθεσή μου για την συμμετοχή μου στην έρευνα (απάντηση: Ναι/Όχι).

*Η συναίνεση σας δε σας υποχρεώνει να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο μέχρι τέλους. Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα σε οποιοδήποτε σημείο ή φάση της χωρίς να χρειάζεται να ενημερώσετε ή χωρίς οποιαδήποτε συνέπεια.

→ Απάντηση „Ναι“: Ο συμμετέχοντας συνεχίζει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

→ Απάντηση „Όχι“: Στον συμμετέχοντα εμφανίζεται το σύντομο κείμενο „Σας ευχαριστούμε θερμά για τον χρόνο σας. Η συμμετοχή σας στην έρευνα έχει ολοκληρωθεί.“