

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών

Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την
Εκπαίδευση και την Υγεία»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κοινωνική υποστήριξη,
τους μηχανισμούς άμυνας και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων
καταστάσεων**

Συγγραφή: Κόκκαλη Πολυξένη

Μέλη τριμελούς επιτροπής:

Κλεφτάρας Γιώργος («Επιβλέπων Καθηγητής»)

**Καθηγητής Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας**

Βλάχου Αναστασία

**Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**

Βαβουγιός Διονύσης

**Καθηγητής Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας**

Βόλος, Φεβρουάριος 2018

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η Κόκκαλη Πολυξένη, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Η σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κοινωνική υποστήριξη, τους μηχανισμούς άμυνας και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη (το διαθέσιμο κοινωνικό δίκτυο), τους μηχανισμούς άμυνας (τις αυτόνομες ψυχολογικές διαδικασίες που προστατεύουν το άτομο από εσωτερικές και εξωτερικές απειλητικές καταστάσεις) και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (τις γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου, ώστε να μειώσει ή και να αποφύγει αγχώδεις καταστάσεις).

Η έρευνα έγινε σε δείγμα 262 ατόμων του γενικού πληθυσμού, με τη μέθοδο της συμπτωματικής δειγματοληψίας. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμώμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Pichot et al., 1984), το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης (Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987), το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης των Μηχανισμών Άμυνας (Plutchik, 1979) και η Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (Lazarus & Folkman, 1984).

Σε γενικές γραμμές, οι υποθέσεις μας επιβεβαιώθηκαν, όσον αφορά στη σημαντική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης, των μηχανισμών άμυνας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Παρόλα αυτά, δεν επιβεβαιώθηκαν οι σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και συγκεκριμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως το φύλο και η ηλικία.

Λέξεις-Κλειδιά: Καταθλιπτική συμπτωματολογία, κοινωνική υποστήριξη, μηχανισμοί άμυνας, στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

ABSTRACT

The purpose of the present study was the investigation of the depressive symptomatology in relation to social support (the available social network), defense mechanisms (autonomous psychological processes which protect the individual from internal and external threatening situations) and stress-related coping strategies (cognitive and behavioral efforts of a person to minimize or/and overcome stress).

The sample of the present study consisted of 262 participants. The questionnaires that were administrated were the Questionnaire of Self Evaluated Depressive Symptomatology (Pichot et al., 1984), the Questionnaire of Social Support (Sarason et al.,1987), the Questionnaire of Evaluation Defense Mechanisms (Plutchik, 1979) and the Ways of Coping Questionnaire (Lazarus & Folkman, 1984).

Generally, the hypothesis of the significant correlation among social support, defense mechanisms and coping strategies with depressive symptomatology were confirmed. However, the significant correlation between depressive symptomatology and specific demographic characteristics, such as sex and age were not confirmed.

Key Words: Depressive symptomatology, social support, defense mechanisms, stress-related coping strategies.

ΕΚΤΕΝΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μελέτες έχουν δείξει πως στις μέρες μας, η κατάθλιψη θεωρείται η τέταρτη πιο καταστροφική ασθένεια στον κόσμο, προβλέποντας την άνοδό της στη δεύτερη θέση μέχρι το 2020. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη, τους μηχανισμούς άμυνας και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, καθώς η κατάθλιψη σε σχέση με τις συγκεκριμένες μεταβλητές δεν έχει διερευνηθεί στον Ελλαδικό χώρο και μάλιστα σε τυχαίο δείγμα, παρά μόνο σε συγκεκριμένο.

Το δείγμα αποτέλεσαν 262 συμμετέχοντες και η συλλογή του έγινε τόσο δια ζώσης όσο και από το internet με τη μέθοδο της συμπτωματικής δειγματοληψίας. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (QD2. Pichot, 1984), το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης (SSQ-6. Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987), το Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης των Μηχανισμών Άμυνας (LSI. Plutchik, 1979) και η Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ. Lazarus & Folkman, 1984).

Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν πως υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, πράγμα που σημαίνει πως όταν οι άνθρωποι πλαισιώνονται από ένα κοινωνικό δίκτυο τότε τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώνονται. Επίσης, οι περισσότεροι μηχανισμοί άμυνας φαίνονται να συσχετίζονται αρνητικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, γεγονός που σημαίνει πως οι άνθρωποι έχουν την τάση να χρησιμοποιούν αυτόνομες ψυχολογικές διαδικασίες, ώστε να προστατεύονται από εσωτερικές και εξωτερικές απειλητικές καταστάσεις. Θετική φάνηκε να είναι μόνο η συσχέτιση μεταξύ της άρνησης, της τάσης δηλαδή του ατόμου να αγνοεί την πραγματική σημασία του προβλήματος και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Επιπλέον, κάποιες από τις διαστάσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων φάνηκε να συσχετίζονται αρνητικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Για παράδειγμα, όταν τα άτομα προσεγγίζουν θετικά αρνητικές καταστάσεις φαίνεται να μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ όταν τείνουν να ξεπερνούν τα πιθανά προβλήματά τους, ευχόμενα να συμβεί ένα θαύμα, οι πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξάνονται.

Τέλος, η έρευνά μας έδειξε ότι οι πιθανοί παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την κατάθλιψη είναι οι μηχανισμοί άμυνας της προβολής, της τάσης δηλαδή του ατόμου να προβάλλει οτιδήποτε μη αποδεκτό δικό του προς τα έξω, εντοπίζοντάς το σε άλλους και της υπεραναπλήρωσης, δηλαδή της τάσης να αναδεικνύει ικανότητες που έχει διατηρώντας το αίσθημα της ασφάλειας απέναντι σε ανεπάρκειες. Επίσης, προβλεπτικός παράγοντας μπορεί να είναι η διάσταση της ευχολογίας/ονειροπόλησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, της τάσης δηλαδή του ατόμου να αποφεύγει τη στρεσογόνο κατάσταση, αποσπώντας την προσοχή του από αυτή.

Η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αξιοποιηθεί και να εξελιχθεί για να γίνουν αποτελεσματικές προσπάθειες πρόληψης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν πολλούς παράγοντες των μεταβλητών, των οποίων η συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν στατιστικά σημαντική αλλά και αρνητική, γεγονός που σημαίνει, πως όταν οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τις συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων ή τους συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας αλλά και τις διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται πως μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή και επιβλέποντά της διπλωματικής μου εργασίας κ. Κλεφτάρα Γιώργο, για τη συνεργασία που είχαμε αλλά και για την καθοδήγησή του στην εκπόνησή της. Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή κ. Βαβουγιό Διονύσιο για την πολύτιμη βοήθεια και την υποστήριξη που μου παρείχε στο κομμάτι των στατιστικών αναλύσεων. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω και στην οικογένειά μου, που χωρίς εκείνη δεν θα έφτανα ως εδώ. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με τη θέλησή τους έλαβαν συμμετοχή στην έρευνά μου και που χωρίς την πολύτιμη συμβολή τους δεν θα πραγματοποιούνταν η συγκεκριμένη μελέτη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	1
1. Κατάθλιψη	1
1.1.Ορισμός.....	1
1.2.Συμπτώματα.....	3
1.3. Αιτιολογία.....	5
1.4.Επιδημιολογία.....	6
2.Κοινωνική υποστήριξη	7
2.1.Ορισμός.....	7
2.2.Κοινωνική υποστήριξη και άγχος.....	8
2.3.Κοινωνική υποστήριξη και καταθλιπτική συμπτωματολογία	10
3.Μηχανισμοί άμυνας.....	11
3.1.Ορισμός.....	11
3.2. Είδη Μηχανισμών Άμυνας	12
3.3.Μηχανισμοί άμυνας και καταθλιπτική συμπτωματολογία	15
4.Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων	16
4.1.Ορισμός.....	16
4.2.Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και καταθλιπτική συμπτωματολογία	17
5.Δημογραφικά	18
6.Σκοπός και Υποθέσεις	20
Υποθέσεις.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	22
2.1. Δείγμα	22
2.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία	22
2.2.1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Χαρακτηριστικών	22
2.2.2. Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaire d' Auto-Evaluation de la Symptomalogie Depressive – QD2)....	24
2.2.3. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης – Σύντομη Μορφή (Short Form Social Support Questionnaire, SSQ-6)	25
2.2.4. Το ερωτηματολόγιο Εκτίμησης των Μηχανισμών Άμυνας ‘ ‘ Life Style Index’ ’ (LSI).....	26
2.2.5. Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) – (Ways of Coping)	27
2.3. Διαδικασία – Συλλογή υλικού	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	29
3.1. Παραγοντική Δομή των ερωτηματολογίων	29
3.1.1. Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaire d' Auto- Evaluation de la Symptomatologie Depressive – QD2).	29
3.1.2. Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Κοινωνικής Υποστήριξης – Σύντομη Μορφή (Short Form Social Support Questionnaire, SSQ-6)	32
3.1.3. Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Εκτίμησης των Μηχανισμών Άμυνας ‘ ‘ Life Style Index’ ’ (LSI).....	33
3.1.4. Παραγοντική ανάλυση Κλίμακας Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) – (Ways of Coping).....	38
3.2. Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων, τους μηχανισμούς άμυνας και την κοινωνική υποστήριξη	41
3.3. Συγκρίσεις μεταξύ χαμηλής, μέτριας και υψηλής Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, τους μηχανισμούς άμυνας και την κοινωνική υποστήριξη.....	44
3.3.1. Συγκρίσεις μεταξύ χαμηλής, μέτριας και υψηλής Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης.....	44
3.3.2. Συγκρίσεις μεταξύ χαμηλής, μέτριας και υψηλής Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς τους μηχανισμούς άμυνας.....	46
3.3.3. Συγκρίσεις μεταξύ χαμηλής, μέτριας και υψηλής Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς την κοινωνική υποστήριξη	48
3.4. Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	50
3.4.1. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και φύλο	50
3.4.2. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και επαγγελματική κατάσταση	50
3.4.3. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και ηλικία	51
3.4.4. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και εκπαιδευτικό επίπεδο.....	52
3.4.5. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και οικογενειακή κατάσταση	52
3.5. Προβλεπτικοί παράγοντες Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας	53
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	 55
4.1. Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με την κοινωνική υποστήριξη, τους μηχανισμούς άμυνας και τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων	55
4.2. Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων με χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ως προς τις διαστάσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, των μηχανισμών άμυνας και της κοινωνικής υποστήριξης	58
4.3. Σχέσεις με δημογραφικά.....	59

4.4. Προβλεπτικοί παράγοντες	60
4.5. Συμπεράσματα	61
4.6. Περιορισμοί έρευνας.....	63
4.7. Προτάσεις	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Κατάθλιψη

1.1.Ορισμός

Η κατάθλιψη παρουσιάζεται ως ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, το οποίο μπορεί να συμβεί στον καθένα από μια παροδική θλίψη ως την βαριά κατάθλιψη. Είναι μια από τις πιο συχνές ψυχικές παθήσεις στο γενικό πληθυσμό και θεωρείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μείζον αίτιο νόσησης παγκοσμίως (The world health report, 2001). Μπορεί να αποτελεί: α) μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, β) ένα σύμπτωμα και γ) μια ψυχοπαθολογική διαταραχή (Κλεφτάρας, 1998. Klefтарas, 2004). Συνεπώς χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές. Η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης, η οποία συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Robert & Lamontagne, 1977. Silverman, 1968 στο Κλεφτάρας 1998).

Η λέξη «κατάθλιψη» έχει πολλές διαφορετικές σημασίες, καθώς χρησιμοποιείται είτε να περιγράψει μια κλινική κατάσταση για το οποίο απαιτείται θεραπεία είτε αναφέρεται σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με τη διάθεση του ατόμου, που η διάθεσή του περιγράφεται ως «καταθλιπτική» ή μελαγχολική χωρίς απαραίτητα να είναι όντως καταθλιπτικός. Συνεπώς, με την κοινή σημασία του όρου, κατάθλιψη είναι μια άσχημη διάθεση που εμφανίζεται ως απάντηση σε ένα ερέθισμα, αρνητικά φορτισμένο, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια εργασίας, η απώλεια υλικών και γενικά το αίσθημα απώλειας. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις είναι βραχύχρονες και δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα του ατόμου (Σκαπινάκης, 2010).

Στην Ψυχιατρική, η κατάθλιψη, με βάση το DSM-V ανήκει στη γενικότερη κατηγορία των καταθλιπτικών διαταραχών και ταξινομείται ως εξής:

α) Μείζον καταθλιπτική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από μια σχεδόν καθημερινή καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάττωση της ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες, απώλεια ή αύξηση της όρεξης, διαταραχές στον ύπνο, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά, αισθήματα ενοχής ή

αναξιότητας, κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας, ελαττωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης και σκέψεις θανάτου. Τα παραπάνω συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας και χρειάζεται να είναι παρόντα για τουλάχιστον δυο εβδομάδες, ώστε να γίνει η διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής (DSM-V)

β) Επιμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμία), η οποία συνοδεύεται από μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, διαταραχές ύπνου, κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και αισθήματα απελπισίας, τα οποία είναι παρόντα στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, για διάστημα τουλάχιστον δυο ετών. Τα παραπάνω συμπτώματα προκαλούν στρες με αποτέλεσμα να μειώνεται η λειτουργικότητα του ατόμου σε τομείς της καθημερινότητας του, όπως για παράδειγμα στην κοινωνική του ζωή και την επαγγελματική του δραστηριότητα (DSM-V). Πρόκειται για μια λιγότερο σοβαρή, αλλά πιο μακροχρόνια κατάθλιψη, και μερικά άτομα μπορεί να πάσχουν από αυτή όλη τους τη ζωή. Η κύρια διαφορά της από τη μείζονα κατάθλιψη έγκειται στον αριθμό και τη διάρκεια των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο έντονα στην δυσθυμία, μπορεί να μην εμφανίζονται καθημερινά, αλλά υφίστανται τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια τουλάχιστον δυο ετών (Tyrell, 2011).

γ) Απροσδιόριστη Καταθλιπτική Διαταραχή, της οποίας τα χαρακτηριστικά είναι τα συμπτώματα μιας Καταθλιπτικής Διαταραχής, που προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου, αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για οποιαδήποτε από τις διαταραχές στη διαγνωστική κατηγορία των Καταθλιπτικών Διαταραχών. Στην κατηγορία αυτή, δεν προσδιορίζεται ο λόγος που δεν πληρούνται τα κριτήρια για μια συγκεκριμένη καταθλιπτική διαταραχή (DSM-V).

Ο αντίστοιχος όρος της μείζονος κατάθλιψης κατά το ICD-10 είναι το καταθλιπτικό επεισόδιο. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία περιλαμβάνει καταθλιπτικό συναίσθημα, μειωμένη ενεργητικότητα, απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης και κόπωση. Ως κριτήρια διάγνωσης, στο ICD-10 ορίζονται τα εξής:

- (1) Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή.
- (2) Μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό.

- (3) Ιδέες ενοχής και αναξιότητας.
- (4) Απαισιοδοξία για το μέλλον.
- (5) Ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας.
- (6) Διαταραχές στον ύπνο.
- (7) Μειωμένη όρεξη.

Και στα δυο συστήματα (DSM-5, ICD-10) το επεισόδιο χαρακτηρίζεται σε ήπιο, μέτριο και σοβαρό και η χρονική διάρκεια είναι οι δυο εβδομάδες, αν και στο ICD-10 η διάρκεια μπορεί να είναι και βραχύτερη, εφόσον τα συμπτώματα εμφανίζονται αιφνίδια και είναι έντονα.

1.2.Συμπτώματα

Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998) η κατηγοριοποίηση των συμπτωμάτων γίνεται ως εξής: α) τα συμπτώματα που σχετίζονται με το συναίσθημα, β) τα συμπτώματα συμπεριφοράς, γ) τα συμπτώματα που είναι σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον ίδιο τον εαυτό και στο περιβάλλον, δ) τα συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης και ε) τα συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές.

Όσον αφορά στη συναισθηματική διάσταση της κατάθλιψης, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και το αίσθημα ενοχής κάνουν πολύ συχνά την εμφάνισή τους. Η ανηδονία, που νιώθει το άτομο, το απομονώνει με αποτέλεσμα να αποσύρεται κοινωνικά. Εμφανίζει διαταραχές στην όρεξη και τον ύπνο του, καθώς μπορεί είτε να μειώνει υπερβολικά την ποσότητα τροφής που προσλαμβάνει είτε να αυξάνει αφύσικα το σωματικό του βάρος, προσλαμβάνοντας μεγάλες ποσότητες τροφής (Μάνου, 1997). Όσον αφορά στον ύπνο, μπορεί να ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί ή να κάνει διακοπόμενο ύπνο ή ακόμη και να δυσκολεύεται να κοιμηθεί. Άλλα συμπτώματα είναι αυτά της αποφυγής της σεξουαλικής επαφής και της μειωμένης ενεργητικότητας και αδυναμίας που μπορεί να νιώθει κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Όταν ο βαθμός κατάθλιψης είναι σοβαρός, υπάρχει πλήρης απώλεια του ενδιαφέροντος και αδυναμία βίωσης συναισθημάτων ακόμη και αν έχουν συμβεί τραγικά γεγονότα. Υπάρχουν διαβαθμίσεις στις αλλαγές της συναισθηματικής διάθεσης, καθώς η καταθλιπτική διάθεση φαίνεται να παρουσιάζει διακυμάνσεις ως προς τον χρόνο, τη διάρκεια και την ένταση (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Τα παραπάνω συμπτώματα δεν εμφανίζονται ταυτόχρονα στους ανθρώπους που πάσχουν από κατάθλιψη ούτε σε όλους. Συνήθως αποτελούν συνδυασμό κάποιων από αυτών, ενώ σε πιο βαριές καταστάσεις οι άνθρωποι αυτοί προβαίνουν σε απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοκαταστροφής (Μάνου, 1997).

Επίσης, η κατάθλιψη μπορεί να βρίσκεται σε σωματικά συμπτώματα με αποτέλεσμα ο άνθρωπος που εμφανίζει κατάθλιψη να ταλαιπωρείται από σωματικούς πόνους, κεφαλαλγίες ή μη σαφώς καθορισμένα άλγη. Επιπλέον, μπορεί να βιώνει ενοχλήσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα, στο γαστρεντερικό, όπως και στο ουροποιητικό ή και στο εμμηνορυσιακό κύκλο για τις γυναίκες. Όλα τα παραπάνω συμπτώματα αποδίδονται στην κατάθλιψη αφού έχουν αποκλειστεί οργανικά αίτια στον παθολογικό έλεγχο (Μάνου, 1997). Επιπλέον, άλλες σωματικές εκδηλώσεις είναι η ανορεξία με φυσικό επακόλουθο την απώλεια βάρους, η υπερβολική όρεξη με αποτέλεσμα την απότομη αύξηση βάρους, η κόπωση, τα προβλήματα κίνησης και οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων θεωρείται επικίνδυνη στην περίπτωση συννοσηρότητας, όπως σε ασθενείς με καρκίνο, ρευματοειδή αρθρίτιδα, σακχαρώδη διαβήτη, υπερθυρεοειδισμό, αρτηριακή υπέρταση, και αγχώδεις διαταραχές (Tyson, 2011).

Στη συμπεριφορική διάσταση της κατάθλιψης, ο ασθενής δυσκολεύεται να κινητοποιηθεί και να πάρει αποφάσεις, αποφεύγοντας κάθε ανάληψη ευθύνης. Πιο συγκεκριμένα, στη μείζονα κατάθλιψη, οι αυθόρμητες κινήσεις μειώνονται, η στάση του σώματος είναι σκυφτή, το βλέμμα χαμηλωμένο και η ροή του λόγου μειωμένη με καθυστέρηση στις απαντήσεις.

Όσον αφορά στα συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης, το άτομο γενικά παρουσιάζει αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και ιδέες ανεπάρκειας, αναξιότητας και αποτυχίας. Υπάρχουν μηχανισμοί γνωστικής διαστρέβλωσης, όπου το άτομο έχει την τάση να βρίσκει αποδείξεις, που να στηρίζουν την αρνητική εκτίμηση του εαυτού. Στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να υπάρξουν διαταραχές νοητικών λειτουργιών, που οι σκέψεις μπορεί να φτάσουν έως και τις παραληρητικές ιδέες. Επίσης, είναι πιθανό να υπάρξει διαταραχή της συγκέντρωσης και της προσοχής, εύκολη απώλεια της μνήμης και ακαμψία τόσο στην επεξεργασία πληροφοριών όσο και στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Τέλος, στη λειτουργική διάσταση διαφαίνεται η διαταραχή της συνολικής λειτουργικότητας του ατόμου. Στις διαπροσωπικές σχέσεις παρατηρείται κακή επικοινωνία, ένταση και τριβές και γενικότερα μια δυσλειτουργική συμπεριφορά (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013). Στην κοινωνική επαφή συμβάλλει και ο φόβος της απόρριψης. Το άτομο διστάζει να επικοινωνήσει με τον κοινωνικό περίγυρο από φόβο μήπως του το αρνηθούν. Η οικογένεια είναι εκείνη που υφίσταται τις δυσκολίες του ατόμου και καλείται να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Επίσης, το άτομο με κατάθλιψη παρουσιάζει μειωμένη αποδοτικότητα στον επαγγελματικό του χώρο, διότι εμφανίζει σωματική κόπωση, αδυναμία συγκέντρωσης και απώλεια της ενέργειάς του (Tyson, 2011).

1.3. Αιτιολογία

Στις περισσότερες ψυχικές διαταραχές δεν φαίνεται να υπάρχει ένας και μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας αλλά πολλοί οι οποίοι συμβάλλουν στην ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης. Αυτοί μπορεί να είναι γενετικοί, ψυχοκοινωνικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες (Μάνου, 1997). Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται ως «νόσος του εγκεφάλου» που οφείλεται δηλαδή σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Σύμφωνα με τη Χατζάκη, 2008 (όπως αναφέρεται στις Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013) θεωρείται ότι ενεργοποιείται το μεταιχμιακό σύστημα, ο προμετωπιαίος φλοιός, το ραβδωτό σώμα και ο θάλαμος. Η αμυγδαλή συνδέεται με τον υποθάλαμο και το νευρικό σύστημα εκφράζοντας τις διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

Όσον αφορά στους βιολογικούς παράγοντες, φαίνεται να υπάρχει μια διαταραχή στους νευροδιαβιβαστές του νευρικού συστήματος και συγκεκριμένα στη σεροτονίνη, στη νοραδρεναλίνη και στη ντοπαμίνη. Για παράδειγμα, η μείωση των επιπέδων της σεροτονίνης συνδέεται με τη μείωση των επιπέδων της νοραδρεναλίνης και με την αύξηση των επιπέδων της ντοπαμίνης. Οι μεταβολές αυτές είναι υπεύθυνες για τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η ρύθμιση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο γίνεται με κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία (Delgado, 2000. Hirschfeld, 2000. Lacasse et Leo, 2005. Nutt, 2008). Επιπλέον, κάποιοι ασθενείς με κατάθλιψη μπορεί να έχουν μικρότερο μέγεθος ιπποκάμπου, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η διάθεσή τους και να έχουν διαταραχές στη μνήμη τους. Η συχνότητα της κατάθλιψης στις γυναίκες είναι αυξημένη στην περίοδο του τοκετού καθώς τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι

αυξημένα ενώ μειώνεται μετά την εμμηνόπαυση οπότε τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι μειωμένα (Cutter, Norbury & Murphy, 2003).

Όσον αφορά στους γενετικούς παράγοντες, σύμφωνα με τον Raphael (2000), η προσωπικότητα κάθε ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη παρατηρείται στο 15% των συγγενών πρώτου βαθμού ασθενών με καταθλιπτική διαταραχή. Για να γίνει πιο κατανοητή η δύναμη της γενετικής, ίσως πιο εύκολος τρόπος είναι να μελετηθούν οι οικογένειες. Τόσο η κατάθλιψη όσο και η διπολική διαταραχή επηρεάζουν ολόκληρες οικογένειες. Σε έρευνα που έγινε σχετικά με τη διπολική διαταραχή, τα μισά από τα άτομα που έπασχαν από τη διαταραχή αυτή, είχαν συγγενή με ένα παρόμοιο μοτίβο διακυμάνσεων της διάθεσης (Miller, Coltera, Junge & Leinwand, 2013). Επιπλέον, σε μελέτη που έγινε σχετικά με τις διαφορές μεταξύ των μονοζυγωτών και διζυγωτών διδύμων, φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό μιας διαταραχής εμφανίζεται στους μονοζυγώτες δίδυμους, διότι προέρχονται από το ίδιο ωράριο και έχουν τα ίδια γονίδια, σε αντίθεση με τους διζυγώτες, οι οποίοι προέρχονται από διαφορετικά ωράρια και έχουν κοινό το 50% των γονιδίων (Βάρβογλη, 2008).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, όπως είναι η ανεργία, το πένθος, η μετανάστευση, οι σοβαρές σωματικές νόσοι, η κοινωνική απομόνωση, οι κακές συζυγικές σχέσεις, η χηρεία και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο είναι κάποιοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης (Χριστοδούλου, 2005. Σολδάτος, 2009. Tsigos & Chrousos, 2002. Χατζάκη, 2008). Τα άτομα που αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις, όπως οι παραπάνω, δε σημαίνει πως αναπτύσσουν και μια διαταραχή διάθεσης, αλλά μπορεί να εμφανίσουν στρες, το οποίο παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Ορισμένα γεγονότα μπορεί να έχουν είτε σωματικές είτε συναισθηματικές συνέπειες. Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι πρώιμες απώλειες ανθρώπων του στενού περιβάλλοντός τους και το συναισθηματικό τραύμα που ακολουθεί μπορεί να οδηγήσουν τα άτομα στην κατάθλιψη (Miller et al, 2013).

1.4.Επιδημολογία

Γενικά υπολογίζεται ότι το 8-12% του πληθυσμού θα εμφανίσει κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή του (Andrade, Caraveo-Anduaga & Berglund 2003. Kessler, Berglund & Demler, 2003), με τις γυναίκες να νοσούν σε διπλάσιο ποσοστό από τους

άντρες (Kuehner, 2003). Οι Eaton, Anthony & Gallo (1997) αναφέρουν πως η ηλικία, που είναι πιο πιθανό να εμφανίσει κάποιος κατάθλιψη για πρώτη φορά είναι κατά τη διάρκεια της τέταρτης και έκτης δεκαετίας της ζωής του. Η κατάθλιψη φαίνεται να πλήττει περισσότερο τις γυναίκες απ' ότι τους άνδρες με αναλογία 3 προς 2. Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου Γεώργιο, αρκετές γυναίκες με διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής που παραπέμπονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα είναι εργαζόμενες ηλικίας από 30 έως και 50 ετών, λόγω των πολλών υποχρεώσεων (Katon & Schulberg, 2009).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη αποτελεί την τέταρτη συχνότερη ασθένεια στον κόσμο, με αποτέλεσμα να ανεβαίνει στη δεύτερη θέση για το 2020 ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας (Χαρίλα, 2013). Το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) έχει καταγράψει κατανάλωση 144 εκατομμυρίων χαπιών τον χρόνο (Katon & Schulberg, 2009).

2. Κοινωνική υποστήριξη

2.1. Ορισμός

Η κοινωνική υποστήριξη και κυρίως το κομμάτι της συναισθηματικής υποστήριξης φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία (Uchino, 2009). Σύμφωνα με τον Cobb (1976), κοινωνική υποστήριξη είναι η συναισθηματική στήριξη που παίρνει το άτομο από το περιβάλλον του και η εκτίμηση και το ενδιαφέρον που δείχνουν οι άλλοι για αυτό, ώστε να αποτελεί μέρος του κοινωνικού δικτύου. Γενικά, η κοινωνική υποστήριξη αφορά στη βοήθεια, τη φροντίδα και την υποστήριξη που παρέχουν άλλοι άνθρωποι που είναι σημαντικοί, όπως οι φίλοι, η οικογένεια και οι γνωστοί. Με τον όρο κοινωνικό δίκτυο, εννοείται η συχνότητα των διαπροσωπικών σχέσεων των ατόμων, ενώ ο όρος κοινωνική υποστήριξη, αναφέρεται στην ποιότητα αυτών των σχέσεων (Καραδήμας, 2005).

Ο Mattson (2011) αποδίδει την κοινωνική υποστήριξη ως *«μια συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκειν»* (Μπελλάλη & Παντισίδης, 2015, σ.8) Οι πηγές της κοινωνικής υποστήριξης είτε βρίσκονται μέσα στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον είτε μέσα στο εργασιακό

πλαίσιο, δηλαδή τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους (Γουρουντή, 2011. Ewest, 2010. Kelly, 2007)

Σύμφωνα με την Sarason και τους συνεργάτες (1983) η κοινωνική υποστήριξη δεν υπολογίζεται μόνο ποσοτικά αλλά υπολογίζεται και από το βαθμό ικανοποίησης που αισθάνεται το άτομο, όταν δέχεται την κοινωνική υποστήριξη. Έτσι, κοινωνική υποστήριξη είναι «η ύπαρξη ή η διαθεσιμότητα ανθρώπων στους οποίους το άτομο βασίζεται, άνθρωποι που μας γνωρίζουν, που ενδιαφέρονται, που μας εκτιμούν και μας αγαπούν» (Sarason, Levine & Basham, 1983, σελ.127). Ο Hargreaves (1998) ορίζει την κοινωνική υποστήριξη ως ένα ικανοποιητικό επίπεδο κατανόησης, όπου τα συναισθήματα εκφράζονται και μοιράζονται στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην πάροδο του χρόνου (McKenzie, 2009).

2.2. Κοινωνική υποστήριξη και άγχος

Η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να συμβάλλει στη μείωση του στρες μέσα από τρεις τρόπους και αφορά σε εκείνους που παρέχουν την κοινωνική υποστήριξη. Πρώτον, είναι η υλική υποστήριξη με την παροχή υλικών αγαθών, δεύτερον, η πληροφοριακή υποστήριξη, με τη διάδοση εναλλακτικών τρόπων δράσης για την επίλυση ενός προβλήματος και τρίτον, η συναισθηματική υποστήριξη που βεβαιώνεται το πόσο αγαπητό και αποδεκτό είναι το άτομο. Συνεπώς φαίνεται, πως, όταν υπάρχει μια υποστηρικτική σχέση, το άτομο νιώθει πως είναι υπολογίσιμο μέλος ενός κοινωνικού πλαισίου και πως υπάρχουν διαθέσιμες πηγές βοήθειας (Di Matteo & Martin, 2006). Άτομα που λαμβάνουν πληροφοριακή και κοινωνική υποστήριξη, αξιολογούν λογικά μια κατάσταση και υιοθετούν αποτελεσματικές στρατηγικές που προάγουν την προσαρμογή (Γουρουντή, 2011). Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει φαίνεται πως οι άνθρωποι που λαμβάνουν υποστήριξη έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στρες συγκριτικά με εκείνους που δε δέχονται υποστήριξη (Berkman, 1985).

Οι Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) αναφέρονται σε πέντε τύπους κοινωνικής υποστήριξης. Ο πρώτος τύπος είναι η συναισθηματική υποστήριξη που αφορά στην κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ατόμου. Ο δεύτερος αναφέρεται στη στήριξη, σε επίπεδο εκτίμησης και αφορά στις ενέργειες που γίνονται για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου και της πεποίθησης ότι είναι ικανό να διαχειριστεί δύσκολες καταστάσεις. Ο τρίτος τύπος είναι η υποστήριξη, σε επίπεδο

κοινωνικού δικτύου και αφορά στην πεποίθηση του ατόμου για τη διαθεσιμότητα αυτού του δικτύου. Ο τέταρτος τύπος αφορά στην υποστήριξη, σε επίπεδο πληροφόρησης, κατά πόσο δηλαδή το άτομο μπορεί να λαμβάνει πληροφορίες από τους σημαντικούς άλλους για το ίδιο σε θέματα που το αφορούν. Τέλος, η έμπρακτη στήριξη είναι η βοήθεια που παρέχεται στο άτομο για να διαχειριστεί πρακτικά ζητήματα (Schaefer et al 1981. Krokavcova et al 2008. Sanderson 2013). Φαίνεται, ότι μια υποστηρικτική σχέση διαθέτει πηγές βοήθειας, εναλλακτικές δράσεις επίλυσης προβλημάτων και αποδοχή του ατόμου στο κοινωνικό πλαίσιο.

Αρκετοί ερευνητές και κλινικοί κατηγοριοποιούν την κοινωνική υποστήριξη σε λειτουργική και δομική υποστήριξη (Barth, Schneider & Von Kanel, 2010). Όσον αφορά στη λειτουργική υποστήριξη, πρόκειται για τη στήριξη και την ενίσχυση που παρέχεται στο άτομο σε πρακτικό επίπεδο, σε επίπεδο πληροφόρησης, σε συναισθηματικό επίπεδο, σε οικονομικό, σε επίπεδο εκτίμησης μιας κατάστασης, καθώς και σε επίπεδο κατασκευής νοήματος για την ερμηνεία στρεσογόνων παραγόντων (Papadatou, Papazoglou, Petraki & Bellali, 1999). Όσον αφορά στη δομική υποστήριξη, πρόκειται για τα χαρακτηριστικά που έχει το κοινωνικό δίκτυο, το οποίο στηρίζει το άτομο και αλληλεπιδρά με αυτό. Τα χαρακτηριστικά αυτά αφορούν στον αριθμό των μελών του υποστηρικτικού δικτύου, στη συχνότητα των επαφών με το άτομο, στη συμμετοχή του ατόμου σε ομάδες ομοιοπαθών ασθενών και στην οικογενειακή κατάσταση του ατόμου, όπως είναι η παροχή συζυγικής υποστήριξης (Wills, 1991).

Άλλοι ερευνητές αναφέρονται στην τυπική και άτυπη κοινωνική υποστήριξη. Σύμφωνα με τον Jacobson (1986), η κοινωνική υποστήριξη αφορά στις τυπικές και άτυπες σχέσεις που δημιουργεί το άτομο, μέσω των οποίων λαμβάνει συναισθηματική αλλά και κάθε είδους υποστήριξη. Η τυπική υποστήριξη παρέχεται από τους ειδικούς επαγγελματίες υγείας, ενώ η άτυπη υποστήριξη παρέχεται από τους φίλους, την οικογένεια και τα ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα. Τέλος, κάποιοι ερευνητές, αναφέρονται στην μη ορατή υποστήριξη, την οποία λαμβάνει το άτομο χωρίς, όμως, να το συνειδητοποιεί. Μάλιστα ισχυρίζονται, πως η συγκεκριμένη μορφή υποστήριξης είναι και η πιο αποτελεσματική (Bolger, Zuckerman & Kessler, 2000. Bolger & Amarel, 2007).

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, φαίνεται πως υπάρχουν πολλές μορφές κοινωνικής υποστήριξης, οι οποίες έχουν θετική επίδραση στην υγεία του ατόμου

αντιμετωπίζοντας τις συνέπειες του στρες (Sanderson, 2013). Έρευνες έχουν δείξει πως τα άτομα που έχουν υποστήριξη, χαίρουν καλύτερης ψυχικής και σωματικής υγείας και έχουν μικρότερες πιθανότητες να αρρωστήσουν συγκριτικά με αυτούς που δε λαμβάνουν υποστήριξη. Επίσης, τόσο τα ποσοστά θνησιμότητας όσο και η εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων έδειξαν πως βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα (Γουρουντή, 2011).

Τα κοινωνικά δίκτυα εφοδιάζουν τα άτομα με θετικές εμπειρίες, παρέχοντας θετικά συναισθήματα, αίσθηση προβλεψιμότητας και σταθερότητας στις καταστάσεις της ζωής και αναγνώριση της αυτο-αξίας. Τα άτομα που δέχονται κοινωνική υποστήριξη αποκτούν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου στη ζωή και αντιδρούν και προσαρμόζονται με επιτυχία στις αλλαγές συγκριτικά με εκείνα που δε λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη. Το αποτέλεσμα είναι ίδιο, ακόμη και, όταν η κοινωνική υποστήριξη προηγείται και δεν προσφέρεται απαραίτητα σε στιγμές κρίσης (Γουρουντή, 2011).

Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που αποτελούν σημαντικό παράγοντα αξιοποίησης της κοινωνικής υποστήριξης. Η διαθεσιμότητα ή μη της κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζεται όχι μόνο από την επάρκεια του κοινωνικού δικτύου, αλλά και από την ικανότητα του ατόμου να αποσπά την υποστήριξη. Κατ' επέκταση, η ικανότητα είναι αυτή που μπορεί να κινητοποιήσει ή όχι το δίκτυο να προσφέρει υποστήριξη και να ασκεί προστατευτική επίδραση (Γουρουντή, 2011).

Ωστόσο, όλα τα είδη κοινωνικής υποστήριξης, τα οποία περιγράφηκαν παραπάνω, δε σημαίνει πως είναι και όλα βοηθητικά. Για παράδειγμα, όταν μια κατάσταση είναι ελέγξιμη από το άτομο, τότε η παροχή πληροφοριακής υποστήριξης είναι περισσότερο βοηθητική, ενώ όταν η κατάσταση είναι μη ελέγξιμη, βοηθητική κρίνεται η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης. Επιπλέον, η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα σε άτομα δε σημαίνει απαραίτητα ότι μπορεί να είναι υποστηρικτική. Ορισμένες φορές, το ίδιο το κοινωνικό δίκτυο μπορεί να είναι στρεσογόνο αντί υποστηρικτικό (Γουρουντή, 2011).

2.3. Κοινωνική υποστήριξη και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Η παροχή κοινωνικής υποστήριξης είναι πολύ σημαντική και στις χρόνιες νόσους, όπου οι επαγγελματίες υγείας εκτός από το επίπεδο πληροφόρησης, βοηθούν

σε συναισθηματικό, σε πρακτικό και σε επίπεδο έκφρασης των στρεσογόνων καταστάσεων που τα άτομα αυτά βιώνουν. Για το λόγο αυτό, εφαρμόζονται ψυχολογικές παρεμβάσεις συμπεριφοριστικού- γνωστικού τύπου (DiMatteo & Martin, 2011). Οι παρεμβάσεις αυτές βελτιώνουν την ψυχολογική και σωματική ευεξία των χρόνιων ασθενών, μέσω δεξιοτήτων, που αφορούν στη κοινωνική υποστήριξη και στη διαχείριση άγχους. Πιο συγκεκριμένα, σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, βρέθηκε ότι οι ψυχοκοινωνικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις συμβάλουν, πέρα από τον αποτελεσματικό έλεγχο της γλυκόζης, στη μείωση της κατάθλιψης και στην αύξηση της καθημερινής δραστηριότητας. Η μείωση της κατάθλιψης, ως επακόλουθο της ψυχοκοινωνικής παρέμβασης, βρέθηκε και σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα και νεοπλασματικές νόσους (Fekete, Antoni & Schneiderman, 2007).

Συνεπώς, φαίνεται πως η κοινωνική υποστήριξη σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικά προγράμματα τείνει να βοηθά στη μείωση της κατάθλιψης. Παρόλα αυτά, δεν έχουν βρεθεί έρευνες που να αναφέρονται στη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, με αποτέλεσμα στην παρούσα εργασία να γίνεται αναφορά μόνο στην κατάθλιψη.

3.Μηχανισμοί άμυνας

3.1.Ορισμός

Οι μηχανισμοί άμυνας περιγράφονται ως ακούσιες και αυτόνομες ψυχολογικές διεργασίες που προστατεύουν το άτομο από εσωτερικές και εξωτερικές απειλητικές καταστάσεις (APA, 1994). Αυτοί οι μηχανισμοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και της προσαρμογής στο περιβάλλον και προστατεύουν τα άτομα από εσωτερικές συγκρούσεις και συναισθηματική δυσφορία. Σύμφωνα με την Anna Freud, ο καθένας χρησιμοποιεί μηχανισμούς άμυνας (Milrod, 1988). Ο όρος άμυνα χρησιμοποιείται για πρώτη φορά το 1894 στη μελέτη του Φρόυντ, για να δηλώσει τον αγώνα του Εγώ ενάντια στις επώδυνες ιδέες ή συναισθήματα (Freud, 1894). Το Εγώ χρησιμοποιεί κάποιες διαδικασίες, οι οποίες είναι οι μηχανισμοί άμυνας, έτσι ώστε να αποφεύγει το άγχος και τη δυσαρέσκεια (Freud, 1937).

Ο Bond και ο Vaillant στην έρευνα τους βρήκαν ότι οι μηχανισμοί άμυνας 16 καταθλιπτικών ασθενών δε διέφεραν σημαντικά από αυτές των μη καταθλιπτικών

ατόμων (Bond, Vaillant, 1986). Ο Bond πίστευε, πως οι μηχανισμοί άμυνας θα έπρεπε να θεωρούνται σαν αντανάκλασεις ψυχοπαθολογίας παρά σαν αιτιολογικός παράγοντας. Από την άλλη, ελεγχόμενες δοκιμές ασθενών με διαταραχές οριακής προσωπικότητας, άγχους, κατάθλιψης και διατροφικών διαταραχών έχουν δείξει, ότι τα άτομα με ψυχιατρικές ασθένειες χρησιμοποιούν ανώριμους μηχανισμούς άμυνας, ενώ υγιή άτομα χρησιμοποιούν ώριμους μηχανισμούς. Σε άλλη μελέτη των Corruble, Bronnec, Falissard & Hardy (2004) με καταθλιπτικούς ασθενείς βρέθηκε ότι υπήρχε μια σημαντική αρνητική σύνδεση μεταξύ της χρήσης των ώριμων μηχανισμών άμυνας και της κατάθλιψης.

Ο Freud επισήμανε ότι οι μηχανισμοί άμυνας δεν έχουν μόνο παθογενή λειτουργία αλλά είναι και απαραίτητοι για την ανάπτυξή μας και έχουν μια θετική λειτουργία, καθώς το Εγώ στην παιδική ηλικία είναι σε διαδικασία ανάπτυξης (Freud, 1937). Η Anna Freud (1936) έγραψε, ότι τόσο η άρνηση όσο και προβολή είναι φυσιολογικοί μηχανισμοί στην παιδική ηλικία. Επίσης, αναγνώρισε τις άμυνες, ως μέσα, με τα οποία το Εγώ απομακρύνει το άγχος και τα δυσάρεστα συναισθήματα και ελέγχει τις παρορμητικές ενορμήσεις (Υφαντής, Φλώρος, Γούλια, Οικονόμου & Ασημακόπουλος 2011).

Κατά Freud οι πιο σημαντικές ιδιότητες των μηχανισμών άμυνας είναι ότι διαχειρίζονται τα ένστικτα, είναι ασυνείδητοι, διαφέρουν από άτομο σε άτομο και μπορούν να είναι τόσο προσαρμοστικοί όσο και παθολογικοί (Vaillant, 1934). Η Anna Freud (1966) όρισε τις άμυνες, ως τρόπους και μέσα με τα οποία ελέγχεται η παρορμητικότητα, οι ενστικτώδεις ενορμήσεις και τα συναισθήματα καθώς το Εγώ απομακρύνει τη δυσαρέσκεια και το άγχος.

3.2. Είδη Μηχανισμών Άμυνας

Οι μηχανισμοί άμυνας αναπτύσσονται ασυνείδητα με στόχο την απόθεση κάποιων συναισθημάτων από τη συνείδηση, προκειμένου να μην αισθανόμαστε άγχος. Μερικοί από τους μηχανισμούς άμυνας χρησιμοποιούνται συχνότερα στην καθημερινή ζωή και θεωρούνται πιο ώριμοι, ενώ από την άλλη υπάρχουν και οι ανώριμοι μηχανισμοί, οι οποίοι καταλήγουν σε νοσηρές λύσεις. Στη συγκεκριμένη έρευνα, θα μελετηθούν συγκεκριμένοι μηχανισμοί άμυνας βάσει του ψυχομετρικού εργαλείου που περιγράφεται στη συνέχεια. Ένας από τους πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας είναι η προβολή, όπου οτιδήποτε εσωτερικό και μη αποδεκτό προβάλλεται

προς τα έξω και νοείται ως εξωτερικό. Άλλος μηχανισμός άμυνας που μπορεί να ενεργοποιηθεί είναι η άρνηση κατά την οποία το άτομο αρνείται την πραγματικότητα. Κυριότερος από τους πρώιμους μηχανισμούς είναι η απώθηση, όπου μια σκέψη ή μια επιθυμία απομακρύνονται από τη συνείδηση. Τέλος, στη συγκεκριμένη μελέτη θα μελετηθούν, επιπλέον, οι μηχανισμοί της συγκινησιακής παλινδρόμησης, ο σχηματισμός δια του αντιθέτου και η υπεραναπλήρωση (Freud, 1936).

Η προβολή είναι ένας από τους πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας, όπου οτιδήποτε εσωτερικό και μη-αποδεκτό προβάλλεται προς τα έξω και νοείται ως εξωτερικό. Το υποκείμενο εκβάλλει από τον εαυτό του και εντοπίζει στους άλλους ιδιότητες, συναισθήματα, επιθυμίες που αρνείται στον εαυτό του (Laplanche & Pontalis, 1981). Σύμφωνα με τη ψυχαναλυτική θεωρία, οι άνθρωποι προβάλλουν εκείνα τα γνωρίσματα ενάντια στα οποία προσπαθούν να αμυνθούν και συνδέουν εκείνα τα χαρακτηριστικά με ένα πρόσωπο που τους προκαλεί αντιπάθεια. Η προβολή χρησιμοποιείται μόνο για συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και σε σχέση με συγκεκριμένα άτομα. Κατά τον Freud, η προβολή σε συνδυασμό με την ενδοβολή παίζει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία της αντίθεσης υποκείμενο – αντικείμενο (Freud, 1915).

Η άρνηση είναι ένας άλλος μηχανισμός άμυνας που είναι παρόμοιος με την απώθηση στο ότι μάχεται το άγχος, με το να απωθεί τα απειλητικά ερεθίσματα στο υποσυνείδητο. Ουσιαστικά, πρόκειται για άρνηση της πραγματικότητας, καθώς ωθεί το άτομο στο να διαστρεβλώνει την εξωτερική πραγματικότητα, εμποδίζοντας την είσοδο ενός στρεσογόνου ερεθίσματος στη συνείδηση, μη αναγνωρίζοντας με αυτό τον τρόπο την ύπαρξη μιας πραγματικής απειλής (Freud, 1946). Η άρνηση αυτή παρατηρείται, όταν τα άτομα δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν το μέγεθος μιας απειλής. Πρόκειται για μια αποφυγή που αρχικά μπορεί να είναι συνειδητή, αργότερα, όμως, γίνεται ασυνείδητη. Δηλώσεις του τύπου « Ω, όχι!» ή «Δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα» είναι χαρακτηριστικές της συγκεκριμένης άμυνας, παρά της ύπαρξης των ξεκάθαρων αποδείξεων.

Όσον αφορά στη θέση των ψυχαναλυτών για την άρνηση και για το πόσο χρήσιμη μπορεί να είναι ή όχι υπάρχουν δυο θέσεις. Οι ψυχαναλυτές της πρώτης θέσης, αν και θεωρούν πως οι άμυνες είναι χρήσιμες για τη μείωση του άγχους, παρόλα αυτά θεωρούν πως η συναισθηματική υγεία των ατόμων είναι καλό να βασίζεται στην

πραγματικότητα και να μην αποπροσανατολίζεται από αυτήν (Colvin & Block, 1994). Από την άλλη, κάποιοι άλλοι ψυχολόγοι υποστηρίζουν, ότι η άρνηση αλλά και άλλες παρόμοιες διαστρεβλώσεις της πραγματικότητας διευκολύνουν την προσαρμοστικότητα και μπορεί να είναι ωφέλιμες για τη διανοητική υγεία των ανθρώπων (Taylor & Brown, 1988, 1994).

Σύμφωνα με την απώθηση, που είναι ένας ανώριμος μηχανισμός άμυνας, μια σκέψη ή μια επιθυμία, που προκαλούν έντονες αγχωτικές καταστάσεις, απομακρύνονται από τη συνείδηση. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η εκούσια λήθη ή αγνοια του ατόμου. Η απώθηση εντοπίζεται στο ότι απομακρύνει κάτι και το κρατά σε απόσταση από τη συνείδηση (Freud, 1915). Η απώθηση μπορεί να είναι αποτελεσματική σαν άμυνα εναντίον του άγχους, καθώς εμποδίζει την καταγραφή δυσάρεστων εμπειριών στη συνείδηση (Freud, 1946). *«Η απώθηση έχει να κάνει με απροσπέλαστες αρνητικές συναισθηματικές αναμνήσεις και επιπλέον δείχνει, ότι η απώθηση συνδέεται κάπως με την καταστολή ή την αναστολή των συναισθηματικών βιωμάτων γενικότερα. Ως διαδικασία περιλαμβάνει περιορισμένη πρόσβαση σε αρνητικές συναισθηματικές αναμνήσεις»* (Davis & Schwartz, 1987, σ.155).

Ένα άτομο, που χρησιμοποιεί την απώθηση, ουσιαστικά κρατάει στο υποσυνείδητο τα απειλητικά εσωτερικά ερεθίσματα, έτσι, ώστε να ελέγξει το άγχος του παρά να αντιμετωπίσει την πραγματική πηγή κινδύνου. Η απώθηση μπορεί να είναι είτε αποτελεσματική, όταν το άτομο δεν έχει συνείδηση των απωθημένων αισθημάτων και σκέψεων, με αποτέλεσμα να μην προκαλείται άγχος από τις πηγές αυτές, είτε να είναι αναποτελεσματική, όταν είναι αδύναμη και προκαλεί αγχωτικές καταστάσεις.

Η παλινδρόμηση είναι μια έννοια στην ψυχανάλυση σύμφωνα με την οποία το άτομο επιστρέφει σε προηγούμενα στάδια της ανάπτυξης. Ως μηχανισμός άμυνας, η παλινδρόμηση ανήκει στους ανώριμους μηχανισμούς. Διακρίνονται τρία είδη παλινδρόμησης: α) Τοπική παλινδρόμηση, β) Χρονική, γ) Τυπολογική, όπου και τα τρία είδη συνδυάζονται. Η τοπική παλινδρόμηση είναι έκδηλη στο όνειρο, εμφανίζεται στη ψευδαίσθηση αλλά και στη μνήμη. Η χρονική αφορά στους επαναλαμβανόμενους παλαιότερους ψυχικούς σχηματισμούς. Τέλος, η τυπολογική παλινδρόμηση αφορά στην επιστροφή της πρωτογενούς διεργασίας, δηλαδή της ασυνείδητης λειτουργίας της ψυχικής δραστηριότητας (Laplanche & Pontalis, 1981). Ουσιαστικά πρόκειται για επάνοδο σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, ώστε να

αποφευχθούν τωρινές συγκρούσεις. Το άτομο επανέρχεται σε πρωτόγονους τρόπους ικανοποίησης, όταν βρίσκεται εκτεθειμένο στον κίνδυνο βίωσης άγχους. Όσο ισχυρότερες είναι οι καθηλώσεις στην εξέλιξη της προσωπικότητας τόσο τείνει κανείς προς την παλινδρόμηση (Vaillant, 1971).

Ο σχηματισμός δια του αντιθέτου αναφέρεται στην ψυχική στάση με την οποία υιοθετούνται οι προσανατολισμοί, που αντιτίθενται στην απωθημένη επιθυμία και συγκροτείται σαν αντίδραση στην επιθυμία αυτή. Όταν δηλαδή ένα άτομο έχει μια συνειδητή επιθυμία, αλλά υιοθετεί μια στάση που είναι παντελώς αντίθετη, η στάση αυτή είναι γνωστή ως αντιδραστικός σχηματισμός. Παράδειγμα είναι η παρουσίαση τεχνασμάτων που σχετίζονται με την αντιμετώπιση της προκατάληψης του ρατσισμού και άλλων καταστάσεων μέσω υπερβολικά θετικής συμπεριφοράς (Cramer, 2000). Οι σχηματισμοί εξ αντιδράσεως ισοδυναμούν με συμπτώματα, εξαιτίας του άκαμπτου, αναπότρεπτου και καταναγκαστικού τους χαρακτήρα και των παροδικών τους αποτυχιών, που κάποιες φορές καταλήγουν σε αντίθετα αποτελέσματα από εκείνα που επιδιώκονται συνειδητά. Το υποκείμενο που έχει επεξεργαστεί αντιδραστικούς σχηματισμούς δεν αναπτύσσει τους μηχανισμούς άμυνας που θα έθετε κανονικά σε λειτουργία τη στιγμή της απειλής. Αντ' αυτού βρίσκεται σε συνεχή ετοιμότητα σαν οι κίνδυνοι αυτοί να είναι συνεχώς παρόντες (Fenichel, 1945).

Με τον μηχανισμό της υπεραναπλήρωσης το άτομο προσπαθεί να αναδείξει ιδιότητες και ικανότητες που έχει, ώστε απέναντι σε ανεπάρκειες του και ελλείμματα να διατηρήσει το αίσθημα ασφάλειας και αυτοεκτίμησης. Τα κίνητρα για αναπλήρωση μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνικά χρήσιμες πράξεις (Αγγελόπουλος, 2009).

3.3.Μηχανισμοί άμυνας και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε για τη σχέση συγκεκριμένων μηχανισμών άμυνας και τις διαστάσεις της ψυχικής καταπόνησης και της εχθρότητας-επιθετικότητας σε τρεις διαφορετικούς πληθυσμούς, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι μηχανισμοί άμυνας της Παλινδρόμησης και του Σχηματισμού δια του Αντιθέτου σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι υπόλοιποι μηχανισμοί άμυνας σχετίζονται με τις διαστάσεις της ψυχικής καταπόνησης και της επιθετικότητας. Για παράδειγμα, η Απώθηση αυξάνει τη σωματική διάσταση της ψυχικής καταπόνησης και την κοινωνική δυσλειτουργία, ενώ η Άρνηση τις μειώνει. Επιπλέον, ο μηχανισμός της

Προβολής φαίνεται να σχετίζεται με την επιθετικότητα (Υφαντής, Φλώρος, Γούλια, Οικονόμου & Ασημακόπουλος 2011).

4.Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

4.1.Ορισμός

Οι Lazarus και Folkman (1984) είναι αυτοί που όρισαν την έννοια των στρατηγικών αντιμετώπισης, ως τις διαφοροποιούμενες γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου, μειώνοντας ή και αποφεύγοντας τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις, οι οποίες θεωρούνται υπερβολικές ή και πάνω από τις δυνάμεις του. Ο χαρακτηρισμός «υπερβολικές απαιτήσεις», δημιουργεί δυο βασικά στοιχεία: την παρουσία άγχους και την ανάγκη για ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης της αγχογόνου κατάστασης. Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman, υπάρχουν δυο κατηγορίες στρατηγικών αντιμετώπισης: α) οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, όπως η άμεση δράση, η αναζήτηση πληροφοριών και ο επαναπροσδιορισμός του προβλήματος και β) οι στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα, όπως η χαλάρωση, η έκφραση συναισθημάτων και παραπόνων, η άρνηση, η κατάχρηση αλκοόλ και ψυχοτρόπων φαρμάκων, η απόδοση ευθύνης και η αποφυγή (Lazarus και Folkman, 1984. Καραδήμας, 1998. Carver & Scheier, 1989. Acaroglu, Kaya, Sendir, Tosun & Turan 2008. Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro, 1996).

Ουσιαστικά, πρόκειται για ένα μοντέλο, το οποίο εστιάζει στο πως το ίδιο το άτομο, θα αποτιμήσει ένα γεγονός και αναλόγως τη σημαντικότητα, θα το κατατάξει ως ωφέλιμο ή στρεσογόνο. Στη συνέχεια, το άτομο θα διερευνήσει τις στρατηγικές που θα χρησιμοποιήσει για να αντιμετωπίσει το στρες που δημιουργήθηκε από τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις, οι οποίες υπερβαίνουν τις δυνατότητές του. Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), το στρες είναι μια κατάσταση, όπου το άτομο βιώνει μια ασυμφωνία ανάμεσα σε αυτό που συμβαίνει και στα αποθέματα που έχει για να αντιμετωπίσει την ασυμφωνία αυτή.

Όταν το άτομο βιώνει άγχος και οι απαιτήσεις του περιβάλλοντός του υπερβαίνουν τους διαθέσιμους πόρους, επιβάλλονται διαδικασίες αξιολόγησης και αντιμετώπισης της κατάστασης (Kasl & Cooper, 1987). Η διαδικασία αξιολόγησης, η οποία χωρίζεται σε πρωτογενή και δευτερογενή αξιολόγηση, αφορά στην εκτίμηση της προσωπικής σημασίας που θα δώσει το άτομο στο αγχογόνο γεγονός αλλά και

στην επάρκεια των πόρων αντιμετώπισης. Η πρωτογενής αξιολόγηση, αναφέρεται στην εκτίμηση του αγχογόνου παράγοντα, ως μια πιθανή απειλή, η οποία επηρεάζεται από τις πεποιθήσεις του ατόμου και η δευτερογενής αξιολόγηση αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο μπορεί να εκτιμήσει τα δυναμικά του, ώστε να έρθει αντιμέτωπο με την αγχογόνο εμπειρία και να την ελέγξει ή να την τροποποιήσει (Lazarus και Folkman, 1984). Τα χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα του ανθρώπου να εκτιμήσει αναλόγως την κατάσταση και να επιλέξει την κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης (Casey & Brown, 2003. Acaroglu et al., 2008).

Οι επιτυχείς στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως είναι η αναζήτηση υποστήριξης, η ανεύρεση εναλλακτικών λύσεων, οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και η δημιουργία σχεδίου δράσης, εστιάζουν στο πρόβλημα. Αντίθετα, οι μη επιτυχείς στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η άρνηση, η αποφυγή, η διαφυγή, η παραίτηση, η απομόνωση και η ευχολογία – ονειροπόληση, είναι εστιασμένες στο συναίσθημα, με αποτέλεσμα το άτομο να βιώνει έντονο στρες, διότι νιώθει ανήμπορο να αλλάξει την κατάσταση και το στρες να παραμένει σε υψηλά επίπεδα (Καραδήμας, 1998).

4.2.Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και καταθλιπτική συμπτωματολογία

Οι Carver & Scheier (1989) αναφέρουν πως η θετική επαναξιολόγηση, η κοινωνική υποστήριξη, η επίλυση του προβλήματος, ο σχεδιασμός και η θετική ενίσχυση διευκολύνουν την προσαρμογή του ατόμου σε αγχογόνες καταστάσεις (Carver & Scheier, 1989). Στην πορεία αναγνωρίστηκε και η στρατηγική που εστιάζει στο νόημα, προκειμένου το άτομο να διαχειριστεί το νόημα της κατάστασης και να τροποποιήσει τη σημασία της (Folkman & Moskowitz, 2004).

Μια σειρά ερευνών δείχνουν, πως οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κυρίως αυτών που εστιάζουν στο συναίσθημα παρά των στρατηγικών που εστιάζουν στο πρόβλημα (Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van Den Kommer, & Teerds, 2002. Chan, 1995. Sherbourne, Hays & Wells, 1995. Crockett et al., 2007).

Η μελέτη των Garnefski και συνεργατών του (2002), η οποία αφορούσε στη συσχέτιση των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων εφήβων και ενηλίκων, έδειξε πως όλες οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, αναφέρθηκαν σε μικρότερο βαθμό στους εφήβους από ό, τι στους ενήλικες.

Σημαντικό ρόλο, στην αναφορά συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας και στις δυο ομάδες, έπαιξαν οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αυτό-μομφής, του μηρυκασμού και της καταστροφολογίας (Garnefski et al., 2002). Επιπλέον, σε έρευνες γυναικείου πληθυσμού φάνηκε, πως η εσωστρέφεια, η αποφυγή και η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζονται με υψηλά ποσοστά κατάθλιψης (Rothrock, Lutgendorf & Kreder, 2003). Σε έρευνα που έγινε σε καταθλιπτικούς συμμετέχοντες, διαπιστώθηκε πως, όταν χρησιμοποιούσαν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα (αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, διεκδικητική επίλυση του προβλήματος, θετική προσέγγιση της κατάστασης) αντί για στρατηγικές αποφυγής, έδειχναν μεγαλύτερη βελτίωση (Sherbourne et al., 1995).

Τέλος, άλλη μια έρευνα αφορούσε στους ασθενείς που έπασχαν από το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου. Η μια ομάδα, πέρα από το σύνδρομο, αντιμετώπιζε επιπλέον είτε προβλήματα άγχους είτε κατάθλιψης ενώ η άλλη έπασχε μόνο από το σύνδρομο. Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν πως οι ασθενείς της πρώτης κατηγορίας χρησιμοποιούσαν πιο συχνά αρνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Φάνηκε, συνεπώς, η παρουσία του άγχους και της κατάθλιψης να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους (Pinto, Lele, Joglekar, Panwar & Dhavale, 2000).

5.Δημογραφικά

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της έρευνάς μας είναι το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση και η οικογενειακή κατάσταση. Όσον αφορά στο φύλο, μια στις τέσσερις γυναίκες και ένας στους δέκα άντρες βιώνουν κάποιο είδος κατάθλιψης, με τις γυναίκες να υποφέρουν περισσότερο από κατάθλιψη (Joyce, 2009). Επιπλέον έρευνες έχουν δείξει, πως η πιθανότητα στις γυναίκες είναι δυο φορές υψηλότερη από ότι στους άντρες (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, Löwe, 2007). Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, όπως είναι οι τοκετοί και η ανατροφή των παιδιών, ενισχύουν τη συχνότερη εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στις γυναίκες (WHO, 2004). Σύμφωνα με μια ανασκόπηση, οι γυναίκες υφίστανται βία σε ποσοστό 16-50% κάποια στιγμή της ζωής τους (WHO, 2001). Επίσης, σύμφωνα με τους νοσοκομειακούς γιατρούς, η κατάθλιψη πλήττει συχνότερα τις γυναίκες απ' ότι τους άντρες, με αναλογία 3 προς 2.

Όσον αφορά στο χαρακτηριστικό της ηλικίας, η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλλει οποιαδήποτε ηλικία, συχνότερα όμως, συναντάται στην εφηβεία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews 1993). Η κατάθλιψη συνήθως είναι υποτροπιάζουσα, με συχνότερες υποτροπές αυτές στα άτομα άνω των 45 ετών, καθώς φαίνεται να αυξάνεται ο επιπολασμός όσο αυξάνει και η ηλικία. Συγκεκριμένα, σε μελέτη που έγινε σε άτομα άνω των 65 ετών, προέκυψε πως το ποσοστό κατάθλιψης ανερχόταν στο 11,2% του πληθυσμού (Newman, Bland & Orn, 1998). Παρόλα τα ευρήματά μας, πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η μέση ηλικία έναρξης της κατάθλιψης μειώνεται σε κάθε γενιά, με μια μέση ηλικία έναρξης της γύρω στα 25 έτη (Joyce, 2009). Όσον αφορά στους εφήβους, από έρευνα που έγινε σε 1316 εφήβους, διαπιστώθηκαν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης (20,3%). Έχει υπολογιστεί ότι 1 στα 5 παιδιά που παραπέμπονται σε ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία (Φρέρης, Βίκη & Παπάνης, 2008).

Οι περισσότερες από τις γυναίκες που απευθύνονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι εργαζόμενες ηλικίας 30 έως 50 ετών, οι οποίες δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις πολλές υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει, όπως η πολύωρη δουλειά, το σπίτι και το μέγαλωμα των παιδιών (Katon & Schulberg, 2009). Από την άλλη οι άντρες με κατάθλιψη είναι ηλικίας 25 έως 50 ετών, μέσης προς ανώτερης οικονομικής τάξης, οι οποίοι νιώθουν αφόρητη πίεση από τις οικονομικές υποχρεώσεις τους και αισθάνονται συνεχώς κουρασμένοι, καπνίζουν ή πίνουν και γενικά νιώθουν σωματική και ψυχολογική κατάπτωση (Timms, 2010)

Έρευνες έχουν δείξει πως οι άνεργοι εμφανίζουν ένα ποσοστό κατάθλιψης τρεις φορές μεγαλύτερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού (Langlieb & DePaulo, 2008). Οι πιθανότητες ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας φαίνεται να συνδέεται με την απώλεια εργασίας (Jefferis et al., 2011, Paul & Moser, 2009). Επιπλέον, σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκονται οι μακροχρόνια άνεργοι, οι οποίοι έχουν περισσότερα επεισόδια καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη διάρκεια της ανεργίας τους (Stankunas, Kalediene, Starkuviene & Kapustinskiene, 2006).

Έρευνα που έγινε σε μαύρες γυναίκες έδειξε πως όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο τόσο χαμηλότερη είναι και η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Scarini et al., 2002).

Τέλος, όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, έρευνα έδειξε πως ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης είναι υψηλότερος μεταξύ διαζευγμένων, όπως επίσης και εκείνων που ζουν μόνοι τους (Joyce, 2009). Οι διαζευγμένες και οι γυναίκες που μεγαλώνουν μόνες τους τα παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καταθλιπτικό επεισόδιο. Στη σύγχρονη εποχή, η γυναίκα καλείται να διαδραματίσει δύσκολους κοινωνικούς ρόλους, γεγονός που την καθιστά πιο ευάλωτη στη νόσο. Οι γυναίκες, ως επί το πλείστον, εκδηλώνουν συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, απελπισίας και απόγνωσης, βιώνουν έντονο άγχος και κάνουν συχνά δυσάρεστες σκέψεις (Τσουλεά, 2006)

6.Σκοπός και Υποθέσεις

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη, τους μηχανισμούς άμυνας και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Τα περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα, αναφέρονται κυρίως στην κατάθλιψη και όχι τόσο στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Δεδομένου, πως στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αντίστοιχες έρευνες που να μελετούν και τις τέσσερις μεταβλητές, είναι ενδιαφέρον να δούμε πως επιδρούν η κοινωνική υποστήριξη, οι μηχανισμοί άμυνας και οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Με άλλα λόγια, πως οι παραπάνω μεταβλητές ενισχύουν ή μειώνουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία, στην καθημερινότητα των ανθρώπων.

Υποθέσεις

Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα, οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας διαμορφώνονται ως εξής:

Υ1)Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης.

Υ2)Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των μηχανισμών άμυνας.

Υ3)Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Υ4) Η καταθλιπτική συμπτωματολογία συσχετίζεται με τους μηχανισμούς άμυνας της συγκινησιακής παλινδρόμησης και του σχηματισμού δια του αντιθέτου.

Υ5) Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η θετική προσέγγιση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και διεκδικητική επίλυση προβλήματος και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Υ6) Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και δημογραφικών στοιχείων, τα οποία εμφανίζουν συχνότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως του φύλου, με τις γυναίκες, της ηλικίας με τις δεκαετίες 30 ως 50, της επαγγελματικής κατάστασης με τους άνεργους, του εκπαιδευτικού επιπέδου με το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και τέλος της οικογενειακής κατάστασης με τους διαζευγμένους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα, συμμετείχαν 262 ενήλικες, από τον γενικό πληθυσμό. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1, όσον αφορά στο φύλο, οι άντρες (90) αποτέλεσαν το 34.4% του πληθυσμού, ενώ οι γυναίκες (172) το 65.6%. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμάνθηκε από 18 ετών έως 80 ετών, με μεγαλύτερη συχνότητα το εύρος 20 – 30 ετών, το οποίο αποτέλεσε και το μεγαλύτερο ποσοστό (46.2%). Επίσης, όσον αφορά στη μεταβλητή της εκπαίδευσης, το μεγαλύτερο ποσοστό (43.1%) των συμμετεχόντων εμφανίστηκε στο επίπεδο ΑΕΙ. Η οικογενειακή κατάσταση δείχνει πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες (186) ήταν άγαμοι και αποτελούσαν το 71% του πληθυσμού. Τέλος, όσον αφορά στη μεταβλητή της επαγγελματικής κατάστασης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν εργαζόμενοι και αποτελούσαν το 58.8% του πληθυσμού. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συμπτωματικής δειγματοληψίας, μέσω κοινωνικών δικτύων (internet), αλλά και με μοίρασμα ερωτηματολογίων, δια ζώσης, σε άτομα πρόθυμα να συμμετάσχουν στην έρευνα σε εθελοντική βάση.

2.2. Ψυχομετρικά Εργαλεία

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια, πέραν του ερωτηματολογίου των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Τα εργαλεία αυτά έχουν μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα και η διάρκεια της συμπλήρωσής τους ήταν περίπου τα είκοσι λεπτά. Οι ερωτήσεις αποτελούνται από πολλαπλές επιλογές, κλίμακες διαβάθμισης, κλίμακες τύπου Likert και απαντήσεις «Σωστό/ Λάθος». Παρακάτω παρατίθενται τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν:

2.2.1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Χαρακτηριστικών

Οι ερωτήσεις αφορούσαν στα προσωπικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση.

Πίνακας 1. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	N=262	(%)
Φύλο		
Άνδρες	90	34.4
Γυναίκες	172	65.6
Ηλικία		
20-30	121	46.2
31-40	103	39.3
41-50	17	6.5
51-60	12	4.6
61-70	4	1.5
70 και άνω	5	1.9
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δημοτικό	2	.8
Γυμνάσιο	1	.4
Λύκειο	26	9.9
ΤΕΙ	27	10.3
ΑΕΙ	113	43.1
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	83	31.7
ΙΕΚ/ Άλλο	10	3.8
Οικογενειακή Κατάσταση		
Ανύπαντρος	186	71
Παντρεμένος	67	25.6
Χωρισμένος	6	2.3
Άλλο	3	1.1

Επαγγελματική Κατάσταση		
Φοιτητής/ τρια	66	25.2
Σπουδαστής/-τρια	7	2.7
Εργαζόμενος/-η	154	58.8
Άνεργος/-η	24	9.2
Οικιακά	2	.8
Άλλο	9	3.4

2.2.2. Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaire d' Auto-Evaluation de la Symptomalogie Depressive – QD2)

Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε για την αξιολόγηση και τη μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ενήλικα άτομα. Κατασκευάστηκε στη Γαλλία, από τους Pichot, Boyer, Pull, Rein, Simon και Thibault, το 1984 και αποτελείται από 52 προτάσεις- ερωτήσεις, όπου το άτομο καλείται να απαντήσει επιλέγοντας «Σωστό» ή «Λάθος». Βασίστηκε στην ανάλυση περιεχομένου των τεσσάρων πιο γνωστών ερωτηματολογίων κατάθλιψης: α) της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Hopkins Symptoms Check List (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974), β) της γαλλικής έκδοσης της Κλίμακας Κατάθλιψης του Beck (Pichot, Piret & Clyde, 1966), γ) της κλίμακας D του Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI-D (Hathaway & McKinley, 1942) και δ) της κλίμακας D του Zung Self-Rating Depression Scale – SDS (Zung, 1965). Οι συγκεκριμένες προτάσεις – ερωτήσεις αναφέρονται σε μια ποικιλία συναισθηματικών, γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Το άθροισμα των απαντήσεων «Σωστό» αποτελεί τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, η οποία κυμαίνεται από 0 έως 52. Όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία τόσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο κατάθλιψης.

Το ερωτηματολόγιο QD2 παρουσιάζει καλή ομοιογένεια, καθώς όλοι οι δείκτες ομοιογένειας Φ είναι σημαντικοί σε επίπεδα ανώτερα του .01 αλλά και καλή

αξιοπιστία, μελετημένη σε τέσσερις ομάδες: α) καταθλιπτικών (.93), β) φυσιολογικών (.92), γ) οργανικών (.95) και δ) ψυχιατρικών ασθενών (.94) (Pichot et al., 1984).

Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε στη Γαλλία συγκρίνοντας ομάδες καταθλιπτικών και μη καταθλιπτικών ατόμων, έχοντας συνάφεια τόσο με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Zung όσο και με το επίπεδο κατάθλιψης, όπως αυτό εκτιμήθηκε κλινικά. Στην παραγοντική ανάλυση των δεδομένων προσδιορίστηκαν τρεις βασικές διαστάσεις, α) το αίσθημα απώλειας της ζωτικής δύναμης, β) η καταθλιπτική-απαισιόδοξη διάθεση και γ) το άγχος. Στην ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, όπου η μελέτη αφορούσε στον πληθυσμό νέων και ηλικιωμένων ατόμων, η παραγοντική ανάλυση επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα των μελετών της Γαλλίας (Klefaras, 1988, 1991, 2000. Pichot et al., 1984).

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε αρχικά από τα γαλλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα γαλλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από ομάδα τριών δίγλωσσων ψυχολόγων.

2.2.3. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης – Σύντομη Μορφή (Short Form Social Support Questionnaire, SSQ-6)

Το ερωτηματολόγιο SSQ-6 δημιουργήθηκε από τους Sarason και συνεργάτες και είναι μια πιο σύντομη έκδοχή της αρχικής κλίμακας που περιείχε 27 σημεία. Αποτελείται από δυο μέρη. Σκοπός του είναι η αξιολόγηση της υποκειμενικής αντίληψης της κοινωνικής υποστήριξης και της ικανοποίησης από την προσφερόμενη κοινωνική υποστήριξη. Στο πρώτο μέρος, οι συμμετέχοντες αναφέρουν τον αριθμό των ατόμων του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος στα οποία μπορούν να στραφούν για στήριξη σε έξι διαφορετικές περιοχές-ερωτήματα. Για κάθε ερώτημα δίνεται μια απάντηση από το 0 έως το 9 (ο συμμετέχων καταγράφει τα αρχικά ή τα ονόματα 9 ατόμων). Το δεύτερο μέρος της κλίμακας μετρά τον βαθμό ικανοποίησης από την υποστήριξη που έχουν σε αυτές τις έξι περιοχές, σε κλίμακα η οποία κυμαίνεται από το 1 (καθόλου ικανοποιημένος) έως το 6 (πολύ ικανοποιημένος). Εξάγονται δυο βαθμολογίες, όπου στην πρώτη κλίμακα η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 54, ενώ στη δεύτερη κλίμακα, υπολογίζεται αθροιστικά ο βαθμός ικανοποίησης και η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 6 έως 36 (Sarason et al., 1987).

Όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο της Κοινωνικής Υποστήριξης (SSQ-6), δόθηκε μόνο το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, αυτό του βαθμού ικανοποίησης από τη γενικότερη υποστήριξη που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες. Αυτό έγινε για πρακτικούς λόγους, διότι για τη συμπλήρωση του πρώτου μέρους ήταν απαραίτητη η παρουσία του ερευνητή, για διευκρινιστικούς και επεξηγηματικούς λόγους. Λόγω του γεγονότος, όμως, της ανάρτησης των ερωτηματολογίων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης δεν ήταν δυνατή η παρουσία του ερευνητή. Αυτό έγινε, αφού πρωτίστως, δόθηκε η άδεια της υπεύθυνης ψυχολόγου (Ρούσση, Π.).

Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε αρχικά από τους Γεώργια και Δραγώνα (1988) και αργότερα από τον Καφέτσιο (2000). Η προσαρμογή του έγινε σε δείγμα 232 ατόμων, ηλικίας από 18 έως 67 ετών, στη Βόρεια Ελλάδα (Kafetsios & Sideridis, 2006). Ο δείκτης Cronbach's α για το πρώτο μέρος βρέθηκε ίσος με .92 και για το δεύτερο μέρος ίσος με .89. Η διεθνής έρευνα έχει δείξει, ότι οι βαθμολογίες στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συσχετίζονται αρνητικά με χαμηλή ψυχική υγεία και ασθένειες. Στην παρούσα έρευνα, τα δυο μέρη συσχετίστηκαν με την κλίμακα της μοναξιάς. Επιπλέον, προσαρμόστηκε και από τις Ρούσση και Βασιλάκη, οι οποίες βασίστηκαν σε δείγμα 93 φοιτητών και 54 ενηλίκων. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των δυο υποκλιμάκων είναι .92 και .85 αντίστοιχα. Οι συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές υποδεικνύουν ότι οι υποκλίμακες έχουν επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Επίσης, η εσωτερική αξιοπιστία είναι υψηλή και φαίνεται να συσχετίζεται με το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο των Sarason και συνεργατών (Roussi & Vassilaki, 2001).

2.2.4. Το ερωτηματολόγιο Εκτίμησης των Μηχανισμών Άμυνας “ Life Style Index” (LSI)

Το ερωτηματολόγιο (LSI) εκτιμά μηχανισμούς άμυνας του Εγώ. Εμπνευστής ήταν ο Plutchik, ο οποίος πρότεινε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο (Plutchik, 1979). Στηρίχτηκε στην ψυχαναλυτική θεωρία και στην ψυχο-εξελικτική θεωρία των συγκινήσεων του Plutchik. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, 97 ερωτήσεων, που αναπτύχθηκε ώστε να αξιολογήσει τους παρακάτω οκτώ μηχανισμούς: Μετάθεση, Υπεραναπλήρωση, Άρνηση, Απώθηση, Παλινδρόμηση, Προβολή, Διανοητικοποίηση και ο Σχηματισμός Δια του Αντιθέτου. Το LSI βαθμολογείται με βάση το πρόγραμμα Excel και για κάθε απάντηση αντιστοιχεί η

επιλογή ΝΑΙ, εάν ο συμμετέχων συμφωνεί με την ερώτηση και η επιλογή ΟΧΙ, εάν διαφωνεί. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις: 6, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 62, 66, 75, 85, 89 αντιστοιχούν στον αμυντικό μηχανισμό της Απώθησης. Οι ερωτήσεις: 1, 16, 22, 28, 61, 68, 77, 82, 90, 94 αντιστοιχούν στον αμυντικό μηχανισμό της Άρνησης. Οι ερωτήσεις: 7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 73, 84, 92, 96 αντιστοιχούν στον αμυντικό μηχανισμό της Προβολής. Οι ερωτήσεις: 2, 8, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 26, 31, 44, 47, 50, 54, 60, 67, 69, 76, 78, 80, 83, 86, 88, 91, 93, 97 αντιστοιχούν στον αμυντικό μηχανισμό της Συγκινησιακής Παλινδρόμησης. Οι ερωτήσεις: 5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79 αντιστοιχούν στον αμυντικό μηχανισμό του Σχηματισμού δια του αντιθέτου. Τέλος, οι ερωτήσεις: 3, 10, 29, 37, 45, 52, 64, 74 αντιστοιχούν στον αμυντικό μηχανισμό της Υπερاناπλήρωσης.

Το LSI έχει μεταφρασθεί στα Νορβηγικά, Ολλανδικά και Εβραϊκά. Επίσης, μεταφράστηκε και στα Ελληνικά (Υφαντής και συνεργάτες, 2011). Στην ελληνική έκδοση, μελετήθηκε η παραγοντική δομή, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη που έγινε σε τρεις διαφορετικούς πληθυσμούς ενηλίκων: α) 410 υγιείς, β) 723 σωματικά ασθενείς και γ) 128 ψυχιατρικοί ασθενείς, είναι ικανοποιητικά, καθώς αφορούσαν στη σχέση συγκεκριμένων μηχανισμών άμυνας με μεταβλητές την ψυχική καταπόνηση και την εχθρότητα στους τρεις αυτούς πληθυσμούς. Η εγκυρότητα κυμάνθηκε από .60 έως .78, ενώ η αξιοπιστία κυμάνθηκε από .59 έως .83. Η παραγοντική δομή ήταν ελαφρώς διαφορετική από την πρωτότυπη, καθώς ταυτοποιήθηκαν έξι μηχανισμοί άμυνας. Οι πέντε μηχανισμοί άμυνας (Απώθηση, Άρνηση, Προβολή, Σχηματισμός δια του Αντιθέτου και Υπερاناπλήρωση) ήταν ίδιοι με αυτούς της πρωτότυπης έκδοσης. Ο έκτος μηχανισμός άμυνας που προέκυψε είναι αυτός της «Συγκινησιακής Παλινδρόμησης» (Hyphantis et al, 2011).

2.2.5. Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) – (Ways of Coping)

Η Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων αξιολογεί τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα άτομα για να αντιμετωπίσουν μια αγχογόνο κατάσταση ή ένα αγχογόνο γεγονός (Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2012). Η κλίμακα Ways of Coping κατασκευάστηκε από τους Lazarus & Folkman το 1984. Περιλαμβάνει 38 ερωτήσεις και οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν στις

ερωτήσεις αυτές με βάση τη διαβάθμιση μιας 4-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert, από το 0 (Ποτέ) μέχρι το 3 (Συχνά).

Η Κλίμακα προσαρμόστηκε στην Ελλάδα, από τον Καραδήμα (1998). Στη διαδικασία προσαρμογής συμμετείχαν 403 άτομα (158 άνδρες και 245 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 36,7 έτη. Η ανάλυση παραγόντων αποκάλυψε πέντε παράγοντες: τη θετική προσέγγιση (με δυο διαστάσεις: θετική επαναξιολόγηση και επίλυση προβλήματος), την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, την ευχολογία/ ονειροπόληση (με δυο διαστάσεις: ευχολογία και αναζήτηση θεϊκής παρέμβασης), την αποφυγή/ διαφυγή με (δυο διαστάσεις: παραίτηση και άρνηση) και τέλος την διεκδικητική επίλυση του προβλήματος (Καραδήμας, 1998). Η ανάλυση παραγόντων της πρωτότυπης κλίμακας αποκάλυψε οχτώ παράγοντες (επίλυση προβλήματος, ευχολογία, άρνηση, θετική επαναξιολόγηση, αποδοχή ευθυνών, απομόνωση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης). Η εσωτερική αξιοπιστία κυμάνθηκε μεταξύ του .56 και του .85.

Η κλίμακα ΣΑΑΚ μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα αγγλικά. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Croanbach's α) βρέθηκε αρκετά υψηλή και κυμάνθηκε από .60 έως .79 και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (συντελεστής Pearson r) κυμάνθηκε από .56 έως .58.

2.3. Διαδικασία – Συλλογή υλικού

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της συμπτωματικής δειγματοληψίας. Μέσω του διαδικτυακού εργαλείου *google forms*, δημιουργήθηκε ένας σύνδεσμος (link) με τα ερωτηματολόγια της έρευνας, τα οποία αναρτήθηκαν σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης στο internet. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και η συνολική διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν περίπου (20) λεπτά. Η αποστολή και η συλλογή ερωτηματολογίων, τα οποία στο σύνολό τους είναι 236, έγινε τον Απρίλιο του 2017. Επιπλέον, έγινε διανομή 44 ερωτηματολογίων διαζώσης από τα οποία επέστρεψαν συμπληρωμένα 26 ερωτηματολόγια. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν τόσο διαζώσης όσο και μέσω του διαδικτυακού εργαλείου είναι 262.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Παραγοντική Δομή των ερωτηματολογίων

Στο σημείο αυτό κρίθηκε σκόπιμο να γίνει η μελέτη της παραγοντικής δομής των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα, καθώς δεν έχουν σταθμιστεί στην Ελλάδα.

3.1.1. Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Questionnaire d' Auto-Evaluation de la Symptomatologie Depressive- QD2)

Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 52 προτάσεις του ερωτηματολογίου QD2, έδειξε ότι όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι όλες οι προτάσεις του ερωτηματολογίου μετρούν κάτι ενιαίο (συμφωνώντας με τα ευρήματα των Katsogianni & Kleftaras, 2015) και συνεπώς το ερωτηματολόγιο εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα που ορίζεται ως «Γενικός παράγοντας Κατάθλιψης». Από την παραγοντική ανάλυση, μετά την περιστροφή Varimax, προέκυψαν τρεις παράγοντες που εξηγούσαν το 30.55% της συνολικής διακύμανσης. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για το ερωτηματολόγιο QD2 στο σύνολό του ήταν $\alpha=.92$. Η πλήρης λίστα των προτάσεων/δηλώσεων, καθώς και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 18 προτάσεις (ιδιοτιμή=11.62, Cronbach's $\alpha=.86$) και ερμηνεύει το 22.34% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτό τον παράγοντα είναι οι εξής:

34. Ό,τι κάνω το κάνω λιγότερο γρήγορα απ' ό,τι συνήθως.....	(.618)
50. Εργάζομαι λιγότερο εύκολα από πριν.....	(.595)
17. Αισθάνομαι πιο κουρασμένος/η απ' ό,τι συνήθως χωρίς λόγο.....	(.574)
52. Αισθάνομαι ότι είμαι σε μια κατάσταση γενικής αδυναμίας.....	(.558)
44. Έχω δυσκολία να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.....	(.532)
1. Τελευταία, έχω δυσκολία να πάρω μπρος.....	(.529)
12. Είμαι χωρίς ενέργεια.....	(.518)

16. Μου αρέσει λιγότερο από πριν να κάνω ό,τι με ευχαριστεί και με ενδιαφέρει.....	(.510)
4. Αυτή την περίοδο παραμελώ τον εαυτό μου.....	(.474)
37. Το μυαλό μου είναι λιγότερο καθαρό απ' ό,τι συνήθως.....	(.467)
32. Το ηθικό μου είναι πολύ πεσμένο.....	(.463)
22. Μου είναι δύσκολο αυτή την περίοδο να συγκεντρωθώ σε μια δουλειά ή απασχόληση.....	(.420)
41. Ο ύπνος μου είναι λιγότερο καλός απ' ό,τι συνήθως.....	(.403)
31. Αυτή την περίοδο αποφεύγω μερικές δραστηριότητες, μερικά μέρη ή πράγματα γιατί με φοβίζουν.....	(.400)
26. Αυτή την περίοδο έχω συχνά την επιθυμία να'μαι μόνος/-η.....	(.372)
11. Η μνήμη μου, μου φαίνεται λιγότερο καλή απ' ό,τι συνήθως.....	(.357)
36. Είμαι υποχρεωμένος/-η να πιεστώ για να κάνω οτιδήποτε.....	(.357)
10. Ιδρώνω περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.....	(.302)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Αίσθημα απώλειας ζωτικής δύναμης».

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 17 προτάσεις (ιδιοτιμή=2.20, Cronbach's α =.85) και ερμηνεύει το 4.24% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

6. Έχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό.....	(.619)
43. Έχω την εντύπωση ότι οι άλλοι δεν με καταλαβαίνουν.....	(.608)
48. Αυτή την περίοδο ορισμένα πράγματα με ταραάζουν και με βασανίζουν.....	(.608)
5. Έχω την εντύπωση ότι έχω έναν κόμπο στον λαιμό.....	(.586)
14. Τελευταία, αισθάνομαι ιδιαίτερα νευρικός/η.....	(.532)
45. Είμαι πιο ευερέθιστος/η απ' ό,τι συνήθως.....	(.498)
40. Αυτή την περίοδο είμαι θλιμμένος/-η.....	(.476)
49. Είμαι γεμάτος/-η από αίσθημα φόβου.....	(.472)

46. Αυτή την περίοδο κλαίω συχνά.....	(.468)
27. Αυτή την περίοδο αισθάνομαι πολύ εκνευρισμένος/-η.....	(.465)
47. Ανησυχώ για την υγεία μου.....	(.444)
13. Αισθάνομαι ένοχος/-η.....	(.441)
42. Βρίσκω ότι φταίω για μερικά πράγματα ή γεγονότα.....	(.410)
9. Τελευταία, πρέπει να επαληθεύω και να ξαναεπαληθεύω αυτό που κάνω.....	(.376)
39. Δεν είμαι ικανός/η να παίρνω αποφάσεις τόσο εύκολα όσο συνήθως.....	(.359)
2. Είμαι υποχρεωμένος/η να ρωτώ τους άλλους τι πρέπει να κάνω.....	(.351)
15. Έχω μια αίσθηση βάρους στα χέρια και τα πόδια.....	(.336)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Άγχος».

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 10 προτάσεις (ιδιοτιμή= 2.06, Cronbach's α =.80) και ερμηνεύει το 3.97% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

3. Πέτυχα λιγότερο στη ζωή μου σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων	(.674)
8. Αισθάνομαι άχρηστος/η.....	(.632)
29. Είμαι χωρίς ελπίδα για το μέλλον.....	(.577)
38. Σκέφτομαι ότι θα 'ταν καλύτερα να ήμουν πεθαμένος/η.....	(.572)
19. Είμαι απογοητευμένος/-η και αηδιασμένος/-η από τον εαυτό μου.....	(.558)
20. Αισθάνομαι μπλοκαρισμένος/-η ή εμποδισμένος/-η για να κάνω το παραμικρό πράγμα.....	(.526)
25. Αισθάνομαι λιγότερο ικανός/η και έξυπνος/η από την πλειοψηφία των άλλων ανθρώπων.....	(.511)
51. Αυτή την περίοδο η ζωή μου μου φαίνεται άδεια.....	(.460)
21. Αυτή την περίοδο αισθάνομαι λιγότερο ευτυχής σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων.....	(.445)
23. Θα 'θελα να τελειώνα με την ζωή.....	(.426)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «καταθλιπτική διάθεση».

3.1.2. Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Κοινωνικής Υποστήριξης – Σύντομη Μορφή (Short Form Social Support Questionnaire, SSQ-6)

Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 6 προτάσεις του ερωτηματολογίου SSQ-6, έδειξε ότι όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι όλες οι προτάσεις του ερωτηματολογίου μετρούν κάτι ενιαίο (συμφωνώντας με τα ευρήματα των Roussi & Vassilaki, 2001, Kafetsios & Sideridis, 2006) και συνεπώς το ερωτηματολόγιο εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα που ορίζεται ως «Γενικός παράγοντας Κοινωνικής Υποστήριξης». Από την παραγοντική ανάλυση, μετά την περιστροφή Varimax, προέκυψαν δυο παράγοντες που εξηγούσαν το 81.87 % της συνολικής διακύμανσης. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για το ερωτηματολόγιο SSQ-6 στο σύνολό του ήταν $\alpha=.92$ Η πλήρης λίστα των προτάσεων/δηλώσεων, καθώς και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από τρεις προτάσεις (ιδιοτιμή=4.44 , cronbach's $\alpha=.89$) και ερμηνεύει το 74.11% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

1.Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορείς να εμπιστευτείς;..... (.878)

2.Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορείς αισθανθείς πιο χαλαρός;..... (.835)

6.Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορούν να σε παρηγορήσουν;..... (.701)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Εμπιστοσύνη».

Παράγοντας 2: Αποτελείται από τρεις προτάσεις (ιδιοτιμή= .46, cronbach's $\alpha=.31$) και ερμηνεύει το 7.76% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

4. Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορούν να σε φροντίσουν; (.899)

3. Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορούν να σε αποδεχτούν; (.652)

5. Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορούν να σε κάνουν να νιώσεις καλύτερα; (.648)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Φροντίδα-Αποδοχή».

3.1.3. Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου Εκτίμησης των Μηχανισμών Άμυνας ‘ Life Style Index’ (LSI)

Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 97 προτάσεις του ερωτηματολογίου LSI, έδειξε ότι όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι όλες οι προτάσεις του ερωτηματολογίου μετρούν κάτι ενιαίο (συμφωνώντας με τα ευρήματα των Υφαντής και συνεργατών, 2011) και συνεπώς το ερωτηματολόγιο εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα που ορίζεται ως «Γενικός παράγοντας Μηχανισμών άμυνας». Από την παραγοντική ανάλυση, μετά την περιστροφή Varimax, προέκυψαν έξι παράγοντες που εξηγούσαν το 24,73% της συνολικής διακύμανσης. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για το ερωτηματολόγιο QD2 στο σύνολό του ήταν $\alpha=.80$. Η πλήρης λίστα των προτάσεων/δηλώσεων, καθώς και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 19 προτάσεις (ιδιοτιμή=7.23, Cronbach's $\alpha=.80$) και ερμηνεύει το 7.45% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

38. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ενοχλούν επειδή είναι πολύ εγωιστές..... (.587)

23. Μισώ τους ανθρώπους που συμπεριφέρονται εχθρικά..... (.547)

73. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης..... (.546)

41. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε εκμεταλλευτούν εάν δεν είσαι προσεκτικός (.535)

84. Οι άνθρωποι με χαμηλά ηθικά κριτήρια με αρρωσταίνουν..... (.527)

63. Μισώ τους ανθρώπους που πάντα προσπαθούν να είναι το κέντρο της (.491)

<i>προσοχής.....</i>	
8. Μερικές φορές μου έρχεται να ρίξω μια γροθιά στον τοίχο.....	(.466)
55. Ένα από τα πράγματα που μισώ στους ανθρώπους είναι ότι δεν είναι ειλικρινείς.....	(.456)
31. Κάποιες φορές εύχομαι μια ατομική βόμβα να καταστρέψει τον κόσμο.....	(.442)
96. Νομίζω ότι είναι αηδιαστικό που οι πιο πολλοί άνθρωποι λένε ψέματα για να πάνε μπροστά.....	(.435)
71. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ενοχλητικοί.....	(.423)
92. Μισώ τους ανθρώπους που πατούν επί πτωμάτων για να προχωρήσουν....	(.418)
57. Τα ηθικά μου κριτήρια είναι υψηλότερα από εκείνα των περισσότερων ανθρώπων που ξέρω.....	(.413)
83. Σε μια στιγμή θυμού έχω χτυπήσει ή κλωτσήσει κάτι τόσο δυνατά που χωρίς να το θέλω χτύπησα εγώ ο ίδιος.....	(.408)
27. Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν με φωνές και κραυγές να γίνει το δικό τους.....	(.384)
9. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαίους.....	(.370)
28. Δεν έχω καμία προκατάληψη.....	(.318)
24. Δυσκολεύομαι να πετάξω κάτι που μου ανήκει.....	(.315)
7. Με κάνουν έξαλλο/η οι άνθρωποι που παριστάνουν το αφεντικό στους άλλους.....	(.312)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Προβολή».

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 21 προτάσεις (ιδιοτιμή=4.19, Cronbach's α =.77) και ερμηνεύει το 4.32% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

45. Έχω έντονη την ανάγκη να με επαινούν.....	(.572)
29. Έχω έντονη την ανάγκη να μου λένε οι άλλοι ότι είμαι γοητευτικός/ή.....	(.544)

10. Όταν ονειροπολώ, φαντάζομαι πάντα ότι είμαι το επίκεντρο της προσοχής	(.536)
50. Εκνευρίζομαι εύκολα όταν δεν με προσέχουν.....	(.475)
74. Θα έκανα τα πάντα για να κάνω καλή εντύπωση.....	(.464)
40. Όταν κάποιος με ενοχλεί, δεν το λέω στον ίδιο αλλά έχω την τάση να παραπονιέμαι σε κάποιον άλλον.....	(.448)
88. Δείχνω να μη μπορώ να τελειώσω οτιδήποτε αρχίζω.....	(.446)
75. Δεν μπορώ να καταλάβω τον λόγο για τον οποίο κάνω ορισμένα πράγματα.....	(.395)
69. Λέω πολλά ψέματα.....	(.393)
3. Πάντα υπήρχε κάποιος στον οποίο ευχόμουν να έμοιαζα.....	(.393)
2. Μου είναι δύσκολο να περιμένω για να αποκτήσω αυτό που θέλω.....	(.384)
58. Όταν δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα, μου έρχεται να κλάψω.....	(.380)
95. Όταν κάτι με ενοχλεί ή με στενοχωρεί, κοιμάμαι περισσότερο από το συνηθισμένο.....	(.376)
20. Μερικές από τις φορές που με απέρριψαν, μου ήρθε να αυτοκτονήσω.....	(.355)
51. Ο κόσμος μου λέει πως ό, τι και να μου πουν θα το πιστέψω.....	(.345)
15. Εάν κάποιος μέσα από το πλήθος με σπρώξει, μου έρχεται να τον κλωτσήσω.....	(.343)
42. Μου παίρνει πολύ καιρό να αντιληφθώ τις κακές πλευρές άλλων ανθρώπων.....	(.335)
33. Όταν ταράζομαι τρώω πολύ.....	(.329)
52. Φορώ ρούχα που κρύβουν τις ατέλειες μου.....	(.317)
86. Όταν ταράζομαι, παιδιαρίζω χωρίς να το θέλω.....	(.301)
48. Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως θα ήθελα, μερικές φορές κατεβάζω μούτρα.....	(.300)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Υπερاناπλήρωση».

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 3 προτάσεις (ιδιοτιμή=4.08, Cronbach's α =.50) και ερμηνεύει το 4.20% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

53. Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες λέξεις.....	(.595)
46. Η άστατη σεξουαλική ζωή είναι αηδιαστική.....	(.539)
21. Όταν ακούω σόκιν ανέκδοτα, αισθάνομαι πολύ αμήχανα.....	(.526)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Σχηματισμός Δια του Αντιθέτου».

Παράγοντας 4: Αποτελείται από 11 προτάσεις (ιδιοτιμή=3.05, Cronbach's α =.66) και ερμηνεύει το 3.14% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

68. Είμαι πάντα αισιόδοξος/-η.....	(.642)
22. Βλέπω πάντα την θετική πλευρά των πραγμάτων.....	(.596)
82. Η ζωή μου είναι τόσο ωραία που πολλοί άνθρωποι θα εύχονταν να ήταν στη θέση μου.....	(.529)
16. Ο κόσμος θαυμάζει πολλά πράγματα σε μένα.....	(.458)
34. Ποτέ δεν έχω νιώσει ότι βαρέθηκα τους ανθρώπους.....	(.428)
77. Πιστεύω ότι η κατάσταση στο κόσμο είναι πολύ καλύτερη από ό,τι οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν.....	(.412)
61. Πράγματα που δεν μου αρέσουν, τα βγάζω από το μυαλό μου.....	(.408)
94. Είμαι τυχερός/ή που έχω λιγότερα προβλήματα από τους περισσότερους ανθρώπους.....	(.404)
1. Είμαι πολύ καλόβουλος άνθρωπος και τα πάω καλά.....	(.352)
17. Πιστεύω ότι είναι καλύτερο να σκέφτεσαι προσεκτικά μερικά πράγματα παρά να θυμώνεις.....	(.352)
90. Τα μέλη της οικογένειάς μου δεν διαφωνούν σχεδόν ποτέ μεταξύ τους.....	(.316)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Άρνηση».

Παράγοντας 5: Αποτελείται από 8 προτάσεις (ιδιοτιμή=2.82, Cronbach's α =.61) και ερμηνεύει το 2.90% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

54. <i>Μάλλον καυγαδίζω συχνά με τους άλλους.....</i>	(.549)
91. <i>Πολύ συχνά βάζω τις φωνές στους άλλους.....</i>	(.506)
78. <i>Όταν απογοητεύομαι, γίνομαι πολύ οξύθυμος/η.....</i>	(.491)
36. <i>Συχνά παίρνω δουλειά μαζί μου όταν πηγαίνω διακοπές.....</i>	(.429)
60. <i>Όταν κάποιος σκοντάφτει επάνω μου γίνομαι έξαλλος/-η.....</i>	(.404)
79. <i>Στις μέρες μας ο τρόπος που οι άνθρωποι ντύνονται στις παραλίες είναι άσεμνος.....</i>	(.375)
30. <i>Όταν πηγαίνω ένα ταξίδι, το προγραμματίζω από πριν με κάθε λεπτομέρεια.....</i>	(.340)
18. <i>Αρρωσταίνω συχνά.....</i>	(.313)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Συγκινησιακή Παλινδρόμηση».

Παράγοντας 6: Αποτελείται από 8 προτάσεις (ιδιοτιμή=2.60, Cronbach's α =.57) και ερμηνεύει το 2.68% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις που είχαν τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

62. <i>Πολύ σπάνια νοιώθω τρυφερότητα για κάποιον.....</i>	(.429)
59. <i>Δείχνω να μην μπορώ να εκφράσω τα συναισθήματά μου.....</i>	(.425)
87. <i>Αισθάνομαι πιο άνετα όταν συζητώ για τις σκέψεις μου, απ' ό,τι όταν συζητώ για τα συναισθήματά μου.....</i>	(.390)
44. <i>Σε μια αντιπαράθεση, είμαι συνήθως πιο λογικός/ή από τον άλλο.....</i>	(.376)
4. <i>Ο κόσμος δε με θεωρεί συναισθηματικό άτομο.....</i>	(.357)
43. <i>Όταν ακούω ή διαβάζω για μια τραγωδία, ποτέ δεν δείχνω να επηρεάζομαι.....</i>	(.332)
6. <i>Σπάνια θυμάμαι τα όνειρά μου.....</i>	(.324)

56. *Οι άνθρωποι μου λένε ότι είμαι υπερβολικά αντικειμενικός/ή για τα πάντα* (.300)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Απόθηση».

3.1.4. Παραγοντική ανάλυση Κλίμακας Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) – (Ways of Coping)

Η ανάλυση βασικών συνιστωσών στις 38 προτάσεις της κλίμακας ΣΑΑΚ, έδειξε ότι όλες οι προτάσεις ήταν θετικά φορτισμένες στην πρώτη συνιστώσα. Το γεγονός αυτό, δείχνει ότι όλες οι προτάσεις της κλίμακας μετρούν κάτι το ενιαίο (συμφωνώντας με τα ευρήματα του Καραδήμα, 1998) και συνεπώς το ερωτηματολόγιο εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα που ορίζεται ως «Γενικός παράγοντας στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων». Από την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας ΣΑΑΚ, μετά την περιστροφή Varimax, προέκυψαν πέντε παράγοντες που εξηγούσαν το 45.25% της συνολικής διακύμανσης. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α στο σύνολό του ήταν $\alpha=.84$. Η πλήρης λίστα των προτάσεων/δηλώσεων, καθώς και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β.

Παράγοντας 1: Αποτελείται από 12 προτάσεις (ιδιοτιμή=6.25, Cronbach's $\alpha=.81$) και ερμηνεύει το 16.46% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

28.Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό, τι ήθελα.....	(.682)
31.Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειες μου για να πετύχω.....	(.667)
32.Έβρισκα μια-δυο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.....	(.615)
19.Έβγαίνα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος/η από πριν.....	(.600)
16.Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.....	(.579)
24.Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.....	(.562)
30.Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.....	(.554)
14.Εμπνεόμουν να κάνω κάτι δημιουργικό.....	(.536)

21.Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο.....	(.502)
11.Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.....	(.492)
12.Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα.....	(.476)
6.Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου.....	(.383)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Θετική προσέγγιση».

Παράγοντας 2: Αποτελείται από 8 προτάσεις (διοτιμή=4.52, Cronbach's α =.77) και ερμηνεύει το 11.91% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

35.Ευχόμεν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτήν.....	(.792)
34.Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή.....	(.685)
36.Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα.....	(.665)
7.Ηλπίζα πως θα γίνει ένα θαύμα.....	(.660)
33.Ευχόμεν να μπορούσα να αλλάξω ό,τι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα.....	(.633)
3.Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.....	(.478)
29.Ξεσπούσα στους άλλους.....	(.424)
18.Αφήνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.....	(.364)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Ευχολογία/ονειροπόληση».

Παράγοντας 3: Αποτελείται από 5 προτάσεις (ιδιοτιμή=2.86, Cronbach's α =.83) και ερμηνεύει το 7.52% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

27.Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.....	(.809)
25.Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.....	(.806)
5.Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση.....	(.797)

20.Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα...	(.660)
13.Αποδεχόμεν την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.....	(.528)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης».

Παράγοντας 4: Αποτελείται από 8 προτάσεις (ιδιοτιμή=1.90, Cronbach's α =.72) και ερμηνεύει το 5.01% της συνολικής διακύμανσης. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

15.Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα.....	(.651)
9.Συνέχιζα σα να μη συμβαίνει τίποτα.....	(.588)
26.Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.....	(.563)
17.Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.....	(.537)
8.Αποδεχόμεν την μοίρα μου.....	(.487)
10.Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.....	(.460)
4.Συμβιβαζόμεν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.....	(.412)
2.Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.....	(.365)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Αποφυγή/διαφυγή».

Παράγοντας 5: Αποτελείται από 4 προτάσεις (ιδιοτιμή=1.64, Cronbach's α =.72) και ερμηνεύει το 4.32% της συνολικής διακύμανσης. Προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση σε αυτόν τον παράγοντα είναι οι εξής:

37.Προσευχόμεν.....	(.841)
22.Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.....	(.820)
23.Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.....	(.457)
38.Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα.....	(.369)

Η διάσταση αυτή μπορεί να οριστεί ως «Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας και θετική επαναξιολόγηση».

Τα αποτελέσματα των παραγοντικών αναλύσεων είναι ικανοποιητικά και οι παράγοντες που προέκυψαν ανταποκρίνονται επαρκώς σε αυτούς των κατασκευαστών των ερωτηματολογίων. Κάποιες διαφορές που παρουσιάστηκαν πιθανόν οφείλονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και σε πολιτισμικούς παράγοντες, γεγονός που επιτρέπει να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια για ερευνητικούς σκοπούς.

3.2. Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων, τους μηχανισμούς άμυνας και την κοινωνική υποστήριξη

Για τον έλεγχο των υποθέσεών μας, σύμφωνα με τις οποίες, η καταθλιπτική συμπτωματολογία σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, τους μηχανισμούς άμυνας και την κοινωνική υποστήριξη, υπολογίστηκε ο δείκτης συσχέτισης r του Pearson. Ο πίνακας των συσχετίσεων, παρουσιάζεται στο Παράστημα Γ.

Σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Συνάφειες (Pearson) μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, των μηχανισμών άμυνας και της κοινωνικής υποστήριξης

		Καταθλιπτική Συμπτωματολογία
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων	Θετική προσέγγιση	-.238**
	Ευχολογία/Ονειροπόληση	.435**
	Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	-.241**
	Αποφυγή/Διαφυγή	.243**
	Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας/ Θετική επαναξιολόγηση	-.071
Μηχανισμοί Άμυνας	Προβολή	-.457**
	Υπεραναπλήρωση	-.469**
	Σχηματισμός Δια του Αντιθέτου	-.122*
	Άρνηση	.265**
	Συγκινησιακή Παλινδρόμηση	-.286**
	Απόθεση	-.174**
Κοινωνική Υποστήριξη	Εμπιστοσύνη	-.393**
	Φροντίδα	-.387**

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

Φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τον παράγοντα της θετικής προσέγγισης ($r = -.238$, $p = .00$). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται η προσπάθεια του ατόμου να προσεγγίσει τις αγχογόνες καταστάσεις με έναν θετικό τρόπο, μειώνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία και αντίστροφα. Επιπλέον, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2, παρουσιάστηκε αρνητική μέτρια συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του παράγοντα της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης ($r = -.241$, $p = .00$). Δηλαδή, όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου να αναζητά κοινωνική υποστήριξη τόσο μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα και αντίστροφα.

Από την άλλη, βρέθηκε θετική ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του παράγοντα της ευχολογίας/ονειροπόλησης ($r = .435$, $p = .00$). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου να ξεπερνά τα προβλήματά του, ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα, αυξάνεται και η καταθλιπτική συμπτωματολογία και αντίστροφα. Επιπλέον, βρέθηκε θετική μέτρια συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του παράγοντα της αποφυγής/διαφυγής ($r = .243$, $p = .03$). Δηλαδή όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου να αποφεύγει το πρόβλημα τόσο αυξάνεται και η καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τέλος, όσον αφορά στη συσχέτιση του παράγοντα της αναζήτησης Θεϊκής βοήθειας/θετικής επαναξιολόγησης με την καταθλιπτική συμπτωματολογία βρέθηκε πως δεν είναι στατιστικά σημαντική η συσχέτιση ($r = -.071$, $p = .00$). Συνεπώς, φαίνεται να επιβεβαιώνεται, εν μέρει, η υπόθεση (Y3) μας ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων των μηχανισμών άμυνας με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική σχετικά ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της προβολής ($r = -.457$, $p = .00$), της υπεραναπλήρωσης ($r = -.469$, $p = .00$), στατιστικά σημαντική και ασθενή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του σχηματισμού δια του αντιθέτου ($r = -.122$, $p = .04$), της απώθησης ($r = -.174$, $p = .00$) και στατιστικά σημαντική και αρνητική μέτρια συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της συγκινησιακής παλινδρόμησης ($r = -.286$, $p = .00$). Αυτό σημαίνει πως όσο περισσότερο το άτομο χρησιμοποιεί τον μηχανισμό της προβολής, της υπεραναπλήρωσης, του σχηματισμού δια του αντιθέτου, της συγκινησιακής παλινδρόμησης και της απώθησης αντίστοιχα, τόσο μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα και αντίστροφα. Από την άλλη υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της άρνησης ($r = .265$, $p = .00$). Δηλαδή, όσο περισσότερο χρησιμοποιείται ο μηχανισμός της άρνησης τόσο αυξάνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Συνεπώς, η υπόθεση (Y2) πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των μηχανισμών άμυνας επιβεβαιώνεται, όπως επίσης, επιβεβαιώνεται η υπόθεση (Y4)

πως συγκεκριμένοι μηχανισμοί άμυνας, όπως η παλινδρόμηση και ο σχηματισμός δια του αντιθέτου σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Τέλος, στατιστικά σημαντική και αρνητική μέτρια συσχέτιση υπήρξε μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των διαστάσεων της κοινωνικής υποστήριξης, δηλαδή της εμπιστοσύνης ($r=-.393$, $p=.00$) και της φροντίδας ($r=-.387$, $p=.00$). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνονται η εμπιστοσύνη και η φροντίδα τόσο μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η υπόθεση μας (Y1) δηλαδή επιβεβαιώνεται πλήρως.

3.3. Συγκρίσεις μεταξύ χαμηλής, μέτριας και υψηλής Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, τους μηχανισμούς άμυνας και την κοινωνική υποστήριξη

3.3.1. Συγκρίσεις μεταξύ χαμηλής, μέτριας και υψηλής Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης

Με στόχο να γίνουν οι συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων με τη χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ως προς τις διαστάσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, των μηχανισμών άμυνας και της κοινωνικής υποστήριξης, εφαρμόστηκε η ανάλυση της διακύμανσης με έναν παράγοντα (One-way Anova). Ο πίνακας των μέσων όρων παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.

Όσον αφορά στη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως προς τους πέντε παράγοντες των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, φάνηκε ότι ορισμένοι παράγοντες διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Από την ανάλυση διακύμανσης φάνηκε ότι οι βαθμολογίες μεταξύ των τριών ομάδων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς: α) τη θετική προσέγγιση [$F(2,259)=7.33$, $p=.00$], β) την ευχολογία/ονειροπόληση [$F(2,259)=24.27$, $p=.00$], γ) την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης [$F(2,259)=6.41$, $p=.00$] και δ) την αποφυγή/διαφυγή [$F(2,259)=4.69$, $p=.01$] (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Συγκρίσεις μέσων όρων(M.O.) και τυπικές αποκλίσεις (T.A.) μεταξύ της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

	Καταθλιπτική Συμπτωματολογία			F ¹
	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	
	(N=154) M.O. (T.A.)	(N=87) M.O. (T.A.)	(N=21) M.O. (T.A.)	
ΣΑΑΚ				
Θετική προσέγγιση	37.59 (6.15)	37.16 (6.17)	32.10 (6.48)	7.33*
Ευχολογία/Ονειροπόληση	19.58 (4.55)	23.02 (4.91)	25.24 (3.72)	24.27**
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	15.71 (3.33)	14.61 (3.55)	13.24 (3.44)	6.41*
Αποφυγή/Διαφυγή	20.66 (4.05)	22.16 (4.37)	22.67 (4.75)	4.69*
Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας/ Θετική επαναξιολόγηση	9.32 (3.01)	8.98 (2.88)	8.95 (3.81)	.42

*p< .01 ** p< .05

¹ Ανάλυση Διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα (One-way Anova)

Πιο συγκεκριμένα, ως προς τη θετική προσέγγιση (Πίνακας 3) από τον έλεγχο Bonferonni φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο μεταξύ της ομάδας με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, αλλά και μεταξύ της ομάδας με τη μέτρια και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην θετική προσέγγιση (M.O.=37.59, T.A.=6.15) από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=32.10, T.A.=6.48), ενώ η ομάδα με τη μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην θετική προσέγγιση (M.O.=37.16, T.A.=6.17) από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=32.10, T.A.=6.48).

Όσον αφορά στον παράγοντα της ευχολογίας/ονειροπόλησης (Πίνακας 3) ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο μεταξύ της ομάδας με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, αλλά και μεταξύ της ομάδας με τη μέτρια και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ομάδα με την

υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην ευχολογία (M.O.=25.24, T.A.=3.72) από την ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=19.58, T.A.=4.55). Η ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην ευχολογία (M.O.=23.02, T.A.=4.91) από την ομάδα με την χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=19.58, T.A.=4.55).

Για τον παράγοντα της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης (Πίνακας 3) ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με την χαμηλή και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και με τη μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ομάδα με την χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (M.O.=15.71, T.A.=3.33) από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=13.24, T.A.=3.44). Επίσης, η ομάδα με την μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (M.O.=14.61, T.A.=3.55) από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=13.24, T.A.=3.44).

Τέλος, για τον παράγοντα της αποφυγής/διαφυγής ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3, η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε χαμηλότερη βαθμολογία στην αποφυγή (M.O.=20.66, T.A.=4.05) σε σχέση με την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=22.67, T.A.=4.75).

3.3.2. Συγκρίσεις μεταξύ χαμηλής, μέτριας και υψηλής Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς τους μηχανισμούς άμυνας

Όσον αφορά στη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως προς τους έξι παράγοντες των μηχανισμών άμυνας φάνηκε ότι ορισμένοι παράγοντες διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Από την ανάλυση διακύμανσης (Πίνακας 4) φάνηκε ότι οι βαθμολογίες μεταξύ των τριών ομάδων με τα

καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς: α) την προβολή [$F(2,259)=23.29, p=.00$], β) την υπεραναπλήρωση [$F(2,259)=26.64, p=.00$], γ) την άρνηση [$F(2,259)=6.86, p=.00$] και την συγκινησιακή παλινδρόμηση [$F(2,259)=7.54, p=.00$].

Πίνακας 4. Συγκρίσεις μέσων όρων(M.O.) και τυπικές αποκλίσεις (T.A.) μεταξύ της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς τους μηχανισμούς άμυνας

	Καταθλιπτική Συμπτωματολογία			F ¹
	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	
	(N=154) M.O. (T.A.)	(N=87) M.O. (T.A.)	(N=21) M.O. (T.A.)	
Μηχανισμοί Άμυνας				
Προβολή	33.12 (4.09)	30.32 (3.40)	28.62 (2.92)	23.29*
Υπεραναπλήρωση	37.60 (3.56)	35.26 (4.09)	31.86 (4.09)	26.64*
Σχηματισμός Δια του Αντιθέτου	5.53 (.76)	5.47 (.79)	5.24 (.99)	1.24
Άρνηση	17.74 (2.41)	18.69 (2.21)	19.24 (2.44)	6.86*
Συγκινησιακή Παλινδρόμηση	19.41 (1.87)	18.72 (2.31)	17.71 (2.68)	7.54*
Απόθεση	20.05 (2.31)	19.86 (2.03)	18.95 (1.98)	2.29

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

¹ Ανάλυση Διακύμανσης ως προς έναν παράγοντα (One-way Anova)

Πιο συγκεκριμένα, ως προς τον παράγοντα της προβολής, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με την χαμηλή και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και με τη μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (Πίνακας 4). Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην προβολή (M.O.=33.12, T.A.=4.09) από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=28.62, T.A.=2.92), όπως και η ομάδα με τη μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία (M.O.=30.32, T.A.= 3.40) από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=28.62, T.A.=2.92).

Ως προς τον παράγοντα της υπεραναπλήρωσης, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με την χαμηλή και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία και με τη μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (Πίνακας 4). Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην υπεραναπλήρωση (M.O.=37.60, T.A.=3.56) από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=31.86, T.A.=4.09), όπως και η ομάδα με τη μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία (M.O.=35.26, T.A.= 4.09) από την ομάδα με την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (M.O.=31.86, T.A.=4.09).

Ως προς τον παράγοντα της άρνησης, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο μεταξύ των ομάδων της χαμηλής και της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Πίνακας 4). Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία έδειξε χαμηλότερη βαθμολογία στην άρνηση (M.O.=17.74, T.A.=2.41) σε σχέση με την ομάδα της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (M.O.=19.24, T.A.=2.44).

Ως προς τον παράγοντα της συγκινησιακής παλινδρόμησης, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο μεταξύ των ομάδων της χαμηλής και της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία έδειξε υψηλότερη βαθμολογία στην συγκινησιακή παλινδρόμηση (M.O.=19.41, T.A.=1.87) σε σχέση με την ομάδα της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (M.O.=17.71, T.A.=2.68).

3.3.3. Συγκρίσεις μεταξύ χαμηλής, μέτριας και υψηλής Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς την κοινωνική υποστήριξη

Όσον αφορά στη σύγκριση μεταξύ των τριών ομάδων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως προς τους δυο παράγοντες της κοινωνικής υποστήριξης φάνηκε ότι διαφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Από την ανάλυση διακύμανσης (Πίνακας 5) φάνηκε ότι οι βαθμολογίες μεταξύ των τριών ομάδων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς:

α) την εμπιστοσύνη [$F(2,259)=18.39, p=.00$] και β) την φροντίδα [$F(2,259)=17.26, p=.00$].

Πίνακας 5. Συγκρίσεις μέσων όρων(M.O.) και τυπικές αποκλίσεις (T.A.) μεταξύ της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας ως προς την κοινωνική υποστήριξη

	Καταθλιπτική Συμπτωματολογία			F ¹
	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή	
	(N=154) M.O. (T.A.)	(N=87) M.O. (T.A.)	(N=21) M.O. (T.A.)	
Κοινωνική Υποστήριξη				
Εμπιστοσύνη	14.73 (2.86)	12.83 (3.66)	11.10 (3.01)	18.39**
Φροντίδα	14.97 (2.76)	13.26 (3.36)	11.52 (3.35)	17.26**

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

¹ Ανάλυση Διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα (One-way Anova)

Πιο συγκεκριμένα, ως προς τον παράγοντα της εμπιστοσύνης, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (Πίνακας 5). Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην εμπιστοσύνη (M.O.=14.73, T.A.=2.86) σε σχέση με την ομάδα της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (M.O.=11.10, T.A.=3.01), όπως επίσης υψηλότερη βαθμολογία παρουσίασε η ομάδα της μέτριας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (M.O.=12.83, T.A.=3.66) ως προς την ομάδα της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (M.O.=11.10, T.A.=3.01).

Ως προς τον παράγοντα της φροντίδας, ο έλεγχος Bonferonni έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με τη χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία (Πίνακας 5). Η ομάδα με τη χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην φροντίδα (M.O.=14.97, T.A.=2.76) σε σχέση με την ομάδα της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (M.O.=11.52, T.A.=3.35), όπως επίσης υψηλότερη βαθμολογία παρουσίασε η ομάδα της μέτριας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (M.O.=13.26, T.A.=3.36) ως προς την ομάδα της υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (M.O.=11.52, T.A.=3.35).

3.4. Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με δημογραφικά χαρακτηριστικά

3.4.1. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και φύλο

Με στόχο να διερευνησουμε τη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το φύλο, συγκρίναμε τους μέσους όρους (t-test) μεταξύ των αντρών (Μ.Ο.=14.90, Τ.Α.=10.24) και γυναικών (Μ.Ο.=14.61, Τ.Α.=10.27) και φάνηκε ότι δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($t=.21$, $df=260$, $p=.829$) (Πίνακας 6). Αυτό σημαίνει πως στην έρευνα που έγινε τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, με λίγο υψηλότερη βαθμολογία αυτή των αντρών. Συνεπώς η υπόθεση μας (Υ6), ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν πιο συχνά καταθλιπτικά στοιχεία δεν επιβεβαιώνεται.

Πίνακας 6. Συγκρίσεις μέσων όρων (Μ.Ο.) και (Τ.Α.) μεταξύ αντρών και γυναικών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία

	Φύλο		t ¹
	Άντρας (N=90) Μ.Ο. (Τ.Α.)	Γυναίκα (N=172) Μ.Ο. (Τ.Α.)	
Σκορ κατάθλιψη	14.90 (10.24)	14.61 (10.27)	.21*

* $p < .05$

¹ t-test για ανεξάρτητα δείγματα

3.4.2. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και επαγγελματική κατάσταση

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το επάγγελμα έγινε ανάλυση διακύμανσης (One-way Anova). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η διαφορά μεταξύ των επαγγελματιών και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας δεν είναι στατιστικά σημαντική ($F(5,256)=1.91$, $p=.09$) (Πίνακας 7). Αυτό σημαίνει πως δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπλέον, στον Πίνακα 7, φαίνεται πως η υψηλότερη βαθμολογία μέσου όρου στην κατάθλιψη βρίσκεται στην κατηγορία των ανέργων (Μ.Ο.=19.5, Τ.Α.=9.05), γεγονός που επιβεβαιώνει την υπόθεση μας (Υ6), ότι οι άνεργοι θα παρουσιάσουν μεγαλύτερο ποσοστό καταθλιπτικών στοιχείων.

Πίνακας 7. Συγκρίσεις μέσων όρων (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Καταθλιπτική συμπτωματολογία

Επαγγελματική κατάσταση	N	M.O.(T.A.)	F ¹	Sig.
Φοιτητής/-τρια	66	16.21(11.16)		
Σπουδαστής/-τρια	7	14.43(9.57)		
Εργαζόμενος/-η	154	13.42(9.84)	1.91	.09*
Άνεργος/-η	24	19.5(9.05)		
Οικιακά	2	11(4.24)		
Άλλο	9	14.11(11.41)		
Σύνολο	262	14.71(10.24)		

*p< .05

¹ Ανάλυση Διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα (One-way Anova)

3.4.3. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και ηλικία

Με στόχο να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της ηλικίας κάναμε συσχέτιση Spearman και βρήκαμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών και πως πρόκειται για μια ασθενή αρνητική συσχέτιση ($r=-.08$, $df=260$, $p=.19>0.05$) (Πίνακας 8). Επίσης από την ανάλυση διακύμανσης (One-way Anova) βρήκαμε ($F(5,256)=1.41$, $p=.21$). Αυτό σημαίνει πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν έχουν κάποια σχέση με την ηλικία. Συνεπώς, η υπόθεσή μας (Υ6) πως συγκεκριμένες ηλικιακές δεκαετίες (30-50) εμφανίζουν πιο συχνά καταθλιπτικά συμπτώματα δεν επιβεβαιώνεται.

Πίνακας 8. Κατανομή συχνοτήτων, σύγκριση μέσων όρων (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την ηλικία

Καταθλιπτική συμπτωματολογία

Ηλικία	N	M.O. (T.A.)	F ¹	Sig.
20-30	121	15.93 (10.67)		
31-40	103	13.14 (9.24)	1.41	.21*
41-50	17	15.41 (10.89)		
51-60	12	14.58 (11.94)		
61-70	4	8.75 (6.99)		

*p< .05

¹ Ανάλυση Διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα (One-way Anova)

3.4.4. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και εκπαιδευτικό επίπεδο

Στόχος ήταν να εξετάσουμε τη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το εκπαιδευτικό επίπεδο, χρησιμοποιώντας το δείκτη συσχέτισης Spearman. Το αποτέλεσμα έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών και πως πρόκειται για μια αρνητική συσχέτιση ($p = -.15$, $df=260$, $p = .01 < .05$) (Πίνακας 9). Επίσης από την ανάλυση διακύμανσης (One-way Anova) βρήκαμε ($F(6,255)=1.26$, $p=.27$). Αυτό σημαίνει πως το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συνεπώς, η υπόθεσή μας (Υ6) πως το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζει συχνότερα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν ισχύει, αφού φάνηκε πως η ομάδα του Λυκείου εμφανίζει περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα με την ομάδα του ΑΕΙ να ακολουθεί.

Πίνακας 9. Κατανομή συχνοτήτων, σύγκριση μέσων όρων (Μ.Ο.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία και το εκπαιδευτικό επίπεδο

Καταθλιπτική συμπτωματολογία				
Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	Μ.Ο. (Τ.Α.)	F ¹	Sig.
Δημοτικό	2	12.00 (7.07)		
Γυμνάσιο	1	15.00		
Λύκειο	26	18.54 (8.43)	1.26	.27*
ΤΕΙ	27	13.81 (9.71)		
ΑΕΙ	113	15.54(15.54)		
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	83	12.86 (12.86)		
ΙΕΚ/Άλλο	10	13.70 (8.97)		

* $p < .05$

¹ Ανάλυση Διακύμανσης ως προς ένα παράγοντα (One-way Anova)

3.4.5. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία και οικογενειακή κατάσταση

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την οικογενειακή κατάσταση έγινε ανάλυση διακύμανσης (One-way Anova). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας δεν είναι στατιστικά σημαντική ($F(3,258)=.78$, $p=.50$) (Πίνακας 9). Αυτό σημαίνει πως δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των κατηγοριών της οικογενειακής κατάστασης ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Επιπλέον, στον Πίνακα 10, φαίνεται πως η υψηλότερη βαθμολογία μέσου όρου στην κατάθλιψη βρίσκεται στην κατηγορία των χωρισμένων (Μ.Ο.=17.5, Τ.Α.=13.89), γεγονός που επιβεβαιώνει την υπόθεση μας (Υ6), ότι οι διαζευγμένοι θα παρουσιάσουν μεγαλύτερο ποσοστό καταθλιπτικών στοιχείων.

Πίνακας 10. Σχέσεις καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Καταθλιπτική συμπτωματολογία			
	N	M.O. (T.A.)	.F ¹	Sig.
Ανύπαντρος	186	15.03(10.19)		
Παντρεμένος	67	13.88(10.20)		
Χωρισμένος	6	17.5(13.89)	.781	.5*
Άλλο	3	8(7)		
Σύνολο	262	14.71(10.24)		

*p< .05

¹ Ανάλυση Διακύμανσης ως προς έναν παράγοντα (One-way Anova)

3.5. Προβλεπτικοί παράγοντες Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας

Προκειμένου να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της κατάθλιψης από τις μεταβλητές: α) των μηχανισμών άμυνας, β) της κοινωνικής υποστήριξης και γ) των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης. Ο πίνακας της ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.

Με βάση τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις (Πίνακας 2), ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι τρεις παράγοντες των μηχανισμών άμυνας (προβολή, υπεραναπλήρωση και άρνηση), οι δυο διαστάσεις (φροντίδα-αποδοχή, εμπιστοσύνη) του παράγοντα της κοινωνικής υποστήριξης και οι τρεις παράγοντες των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (θετική προσέγγιση, ευχολογία/ονειροπόληση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης), ενώ ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 10, η απόλυτη τιμή του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης είναι $R=.69$, με το μοντέλο να εξηγεί το 48% της μεταβλητότητας των δεδομένων [$F(8,253)=30.28$, $P=.00$]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες της κατάθλιψης ήταν η προβολή ($\beta=-.29$, $p=.00$), η υπεραναπλήρωση ($\beta=-.24$, $p=.00$) και η ευχολογία/ονειροπόληση ($\beta=.22$, $p=.00$).

Πίνακας 11. Πολυμεταβλητή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τους προγνωστικούς παράγοντες της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

$$R=.69$$

$$R^2=.48$$

$$F(8,253)=30.28, p=.00$$

Μεταβλητές	Bα	SE Bb	B	T
Άμυνες				
Προβολή	-.72	.12	-.29	-5.85*
Υπεραναπλήρωση	-.60	.13	-.24	-4.60*
Άρνηση	.32	.21	.07	1.51
Κοινωνική Υποστήριξη				
Φροντίδα/ Αποδοχή	-.01	.27	-.00	-.05
Εμπιστοσύνη	-.46	.25	-.15	-1.79
ΣΑΑΚ				
Θετική προσέγγιση	-.23	.08	-.14	-2.69
Ευχολογία/Ονειροπόληση	.46	.10	.22	4.26*
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	-.32	.15	-.11	-2.02

* $p < .01$

Οι πίνακες των συσχετίσεων, των συγκρίσεων των μέσων όρων και της ανάλυσης παλινδρόμησης παρουσιάζονται στο Παράρτημα Γ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Σχέσεις της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας με την κοινωνική υποστήριξη, τους μηχανισμούς άμυνας και τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων

Στόχος ήταν η διερεύνηση της σχέσης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κοινωνική υποστήριξη, τους μηχανισμούς άμυνας και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Η υπόθεση μας (Y1), που αφορά τη σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης επιβεβαιώθηκε. Από τις δυο διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης, α) εμπιστοσύνη, β) φροντίδα, τα αποτελέσματα των συσχετίσεων έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά αρνητική συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και με τις δυο διαστάσεις. Δηλαδή όσο αυξάνεται η κοινωνική υποστήριξη και υπάρχει εμπιστοσύνη και φροντίδα τόσο μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Το αποτέλεσμα αυτό αναφέρεται σε έρευνα που αφορούσε στην φροντίδα και την υποστήριξη που παρέχεται στο άτομο από τους σημαντικούς άλλους, όπως είναι οι φίλοι και η οικογένεια (Καραδήμας, 2005). Η κοινωνική υποστήριξη εκφράζεται μέσα από τη διαθεσιμότητα των ατόμων, στα οποία το άτομο μπορεί να βασιστεί στις δύσκολες στιγμές (Sarason et al., 1987). Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, φαίνεται πως όταν υπάρχει μια υποστηρικτική σχέση, το άτομο νιώθει πως υπάρχουν διαθέσιμες πηγές βοήθειας (Di Matteo & Martin, 2006), αλλά και πως έχουν λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν συγκριτικά με εκείνους που δεν λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη (Berkman, 1985). Συνεπώς, φαίνεται πως όταν οι άνθρωποι έχουν δίπλα τους άτομα που μπορούν να εμπιστευτούν και αυτά με τη σειρά τους μπορούν να τα φροντίσουν και να τα στηρίξουν τότε τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώνονται.

Όσον αφορά στην υπόθεσή μας, (Y2), πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των μηχανισμών άμυνας ως προς τις διαστάσεις α) προβολή, β) υπεραναπλήρωση, γ) σχηματισμός δια του αντιθέτου, δ) άρνηση, ε) συγκινησιακή παλινδρόμηση και στ) απώθηση, η υπόθεσή μας επιβεβαιώθηκε.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της προβολής, δηλαδή

όσο περισσότερο χρησιμοποιείται η προβολή τόσο μειώνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία. Σύμφωνα με την Anna Freud (1936), η προβολή είναι ένας μηχανισμός που χρησιμοποιείται στην παιδική ηλικία. Είναι ένας πρωτόγονος μηχανισμός άμυνας, όπου οτιδήποτε εσωτερικό το οποίο είναι και μη αποδεκτό προβάλλεται προς τα έξω και νοείται ως εξωτερικό. Στην παρούσα εργασία φαίνεται πως όταν οι άνθρωποι χρησιμοποιούν το συγκεκριμένο μηχανισμό, τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώνονται. Οι άνθρωποι, δηλαδή, έχουν την τάση να προβάλλουν κάποια αρνητικά τους γνωρίσματα, σε άτομα που αντιπαθούν (Freud, 1915).

Ισχυρή αρνητική συσχέτιση φαίνεται να παρουσιάζεται μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της υπεραναπλήρωσης, της τάσης δηλαδή του ατόμου να αναδείξει ιδιότητες και ικανότητες που έχει, ώστε απέναντι σε ανεπάρκειες και τυχόν ελλείμματα να διατηρήσει το αίσθημα της ασφάλειας και της αυτοεκτίμησης (Ιεροδιακόνου, 1988). Έτσι, φαίνεται πως όσο περισσότερο χρησιμοποιείται η υπεραναπλήρωση τόσο μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Ασθενής αρνητική συσχέτιση παρουσιάζεται και μεταξύ του σχηματισμού δια του αντιθέτου και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, καθώς όσο πιο συχνά χρησιμοποιείται ο συγκεκριμένος μηχανισμός άμυνας τόσο ελαττώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Δηλαδή, όταν τα άτομα υιοθετούν μια στάση που είναι εντελώς αντίθετη στην συνειδητή επιθυμία τους, βρίσκονται σε συνεχή ετοιμότητα (Fenichel, 1945).

Άλλος ένας μηχανισμός άμυνας που σε σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασε ασθενή αρνητική συσχέτιση είναι η απώθηση. Το γεγονός ότι οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τον συγκεκριμένο μηχανισμό, με αποτέλεσμα να μειώνονται τα καταθλιπτικά στοιχεία, είναι ενδιαφέρον, καθώς με αυτό το μηχανισμό απομακρύνονται από τη συνείδηση σκέψεις που προκαλούν έντονο άγχος. Ουσιαστικά πρόκειται για ακούσια λήθη (Freud, 1915). Επίσης οι Davis & Schwartz (1987) μίλησαν για καταστολή ή και αναστολή των συναισθηματικών βιωμάτων, που περιλαμβάνει περιορισμένη πρόσβαση σε αρνητικές συναισθηματικές αναμνήσεις.

Επιπλέον, ο μηχανισμός άμυνας της συγκινησιακής παλινδρόμησης παρουσιάζει και αυτός μέτρια αρνητική συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, δηλαδή όσο οι άνθρωποι επιστρέφουν σε προηγούμενες αναπτυξιακές φάσεις τόσο μειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα και αυτό

συμβαίνει ώστε να αποφευχθούν τωρινές συγκρούσεις (Vaillant, 1971). Από την άλλη, τα αποτελέσματα δείχνουν πως υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της άρνησης. Φαίνεται, δηλαδή, πως η άρνηση γεγονότων και τραυματικών εμπειριών αυξάνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Παρόλο που η άρνηση χρησιμοποιείται για να διώξει τα απειλητικά ερεθίσματα στο υποσυνείδητο (Freud, 1946), ώστε να μειωθεί το άγχος, στην παρούσα έρευνα φαίνεται, πως η χρήση της αυξάνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η άρνηση παρατηρείται όταν τα άτομα δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν το μέγεθος μιας απειλής (Freud, 1946). Εδώ φαίνεται πως οι συμμετέχοντες, όταν τη χρησιμοποιούν αρνούμενοι τραυματικές εμπειρίες, δεν αποφεύγουν τελικά την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Επιπρόσθετα, η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των πέντε παραγόντων των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (θετική προσέγγιση, ευχολογία/ονειροπόληση, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αποφυγή/διαφυγή, αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας/ Θετική επαναξιολόγηση) επιβεβαίωσε την υπόθεσή μας (Y3). Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως υπάρχει μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της στρατηγικής της θετικής προσέγγισης. Η προσπάθεια του ατόμου να επαναξιολογεί μια αγχογόνο κατάσταση με θετικό τρόπο, φαίνεται να μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η θετική προσέγγιση, σαν στρατηγική είναι εστιασμένη στο πρόβλημα και έρευνες που έγιναν έδειξαν πως όταν οι καταθλιπτικοί συμμετέχοντες χρησιμοποιούσαν στρατηγικές που ήταν εστιασμένες στο πρόβλημα έδειχναν μεγαλύτερη βελτίωση (Sherbourne et al., 1995).

Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Φαίνεται δηλαδή πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώνονται όταν το άτομο αναζητά κοινωνική υποστήριξη. Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ανήκει στις επιτυχείς στρατηγικές αντιμετώπισης (Καραδήμας, 1998) και τα άτομα προσαρμόζονται ευκολότερα σε αγχογόνες καταστάσεις (Carver & Scheier, 1989). Έρευνες που έγιναν σε γυναικείο πληθυσμό έδειξαν πως η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά κατάθλιψης (Rothrock et al., 2003).

Από την άλλη, βρέθηκε πως υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα της ευχολογίας/ονειροπόλησης και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, δηλαδή όσο το άτομο ονειροπολεί και φαντάζεται, πως θα ήταν τα πράγματα, αν δεν είχε συμβεί κάτι αρνητικό ή ευχόμενο να συμβεί ένα θαύμα ώστε να ξεπεράσει τα πιθανά προβλήματά του, τόσο αυξάνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Το αποτέλεσμα αυτό ίσως σχετίζεται με το γεγονός ότι η στρατηγική της ευχολογίας/ονειροπόλησης είναι εστιασμένη στο συναίσθημα και το άτομο βιώνοντας έντονο στρες, νιώθει ανήμπορο χωρίς να μπορεί να αλλάξει την κατάσταση, παραμένοντας, έτσι, το στρες σε υψηλά επίπεδα (Καραδήμας, 1998). Επιπλέον, έρευνες έδειξαν πως οι στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα, παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Garnefski et al., 2002. Chan, 1995. Sherbourne et al., 1995. Crockett et al., 2007).

Τέλος, βρέθηκε μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα της αποφυγής/διαφυγής και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Φαίνεται πως όσο περισσότερο το άτομο προσπαθεί να αποφύγει την αγχογόνο κατάσταση και το αρνητικό που του συμβαίνει τόσο αυξάνεται και η καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και με τη στρατηγική της ευχολογίας, καθώς ανήκει και αυτή στις μη επιτυχείς στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Garnefski et al., 2002. Chan, 1995. Sherbourne et al., 1995. Crockett et al., 2007).

4.2. Συγκρίσεις μεταξύ των ατόμων με χαμηλή, μέτρια και υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ως προς τις διαστάσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, των μηχανισμών άμυνας και της κοινωνικής υποστήριξης

Η σύγκριση μεταξύ των ατόμων με τη χαμηλή, μέτρια και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ως προς τις διαστάσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, των μηχανισμών άμυνας και της κοινωνικής υποστήριξης έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων της κατάθλιψης και των παραγόντων αυτών. Έτσι, τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία έχουν την τάση να πιστεύουν πως δεν υπάρχει κάποιος τρόπος επίλυσης των προβλημάτων και έτσι να ελπίζουν σε κάτι άλλο

(ευχολογία/ονειροπόληση), στα πλαίσια των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Επιπλέον, τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία έχουν την τάση να προβάλλουν προς τα έξω οτιδήποτε εσωτερικό και μη αποδεκτό (προβολή), να αναδεικνύουν ικανότητες που έχουν, διατηρώντας το αίσθημα της ασφάλειας και της αυτοεκτίμησης απέναντι σε ανεπάρκειες (υπεραναπλήρωση), να διώχνουν απειλητικά ερεθίσματα στο υποσυνείδητο, εμποδίζοντας με αυτόν τον τρόπο την είσοδο ενός στρεσογόνου ερεθίσματος στη συνείδηση (άρνηση) και τέλος να επιστρέφουν σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, αποφεύγοντας έτσι τωρινές συγκρούσεις (συγκινησιακή παλινδρόμηση), στα πλαίσια των μηχανισμών άμυνας. Επιπλέον, τα άτομα που παρουσιάζουν χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία, φαίνεται να εμπιστεύονται τους άλλους (εμπιστοσύνη) αλλά και να δέχονται φροντίδα από τους άλλους (φροντίδα), στα πλαίσια κοινωνικής υποστήριξης.

4.3. Σχέσεις με δημογραφικά

Στο σημείο αυτό γίνεται διερεύνηση ως προς τη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και πιο συγκεκριμένα με το φύλο, την ηλικία, την επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του φύλου, έγινε σύγκριση των μέσων όρων ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες και φάνηκε πως δεν υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων τους. Συνεπώς, η υπόθεσή μας (Υ6), πως οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν επιβεβαιώνεται. Αντιθέτως, ο μέσος όρος των αντρών φαίνεται να είναι υψηλότερος. Από έρευνες, φαίνεται πως μια στις τέσσερις γυναίκες και ένας στους δέκα άντρες βιώνουν κάποιο είδος κατάθλιψης, με τις γυναίκες να υποφέρουν περισσότερο από κατάθλιψη (Joyce, 2009).

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Συνεπώς, η υπόθεσή μας (Υ6), πως συγκεκριμένες ηλικιακές δεκαετίες εμφανίζουν πιο συχνά καταθλιπτικά συμπτώματα δεν επιβεβαιώνεται. Παρόλα τα ευρήματά μας, πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η μέση ηλικία έναρξης της κατάθλιψης μειώνεται σε

κάθε γενιά, με μια μέση ηλικία έναρξής της γύρω στα 25 έτη (Joyce, 2009). Από τον έλεγχο που έγινε στη συγκεκριμένη έρευνα, φάνηκε πως η ηλικιακή ομάδα 20-30 ετών έρχεται πρώτη σε καταθλιπτικά συμπτώματα.

Διερεύνηση έγινε και ως προς τη σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της επαγγελματικής κατάστασης, όπου και εκεί φάνηκε πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Παρόλα αυτά, η υπόθεσή μας (Υ6), πως οι άνεργοι εμφανίζουν πιο συχνά καταθλιπτικά συμπτώματα επιβεβαιώνεται, καθώς ο μέσος όρος της κατηγορίας των ανέργων είναι ο υψηλότερος. Έρευνες έχουν δείξει πως οι άνεργοι εμφανίζουν ένα μεγάλο ποσοστό κατάθλιψης συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Langlieb & DePaulo, 2008).

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου, τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους. Έρευνα που έγινε σε μαύρες γυναίκες έδειξε πως όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο χαμηλότερη είναι και η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Scarini et al., 2002). Συνεπώς η (Υ6) πως το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (Δημοτικό) εμφανίζει περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν επιβεβαιώνεται, διότι τα αποτελέσματα έδειξαν πως η κατηγορία του Λυκείου εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα.

Τέλος, όσον αφορά στη σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της οικογενειακής κατάστασης, φάνηκε πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των κατηγοριών της οικογενειακής κατάστασης. Παρόλα αυτά, η κατηγορία των χωρισμένων έδειξε πως έχει τον υψηλότερο μέσο όρο, γεγονός που επιβεβαιώνει την υπόθεσή μας (Υ6), πως οι διαζευγμένοι εμφανίζουν συχνότερα καταθλιπτικά συμπτώματα συγκριτικά με τις άλλες κατηγορίες. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με έρευνα που έγινε και έδειξε πως οι διαζευγμένοι αλλά και αυτοί που ζουν μόνοι τους έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης (Joyce, 2009).

4.4. Προβλεπτικοί παράγοντες

Στο σημείο αυτό, προσπαθήσαμε να δούμε ποιες από τις μεταβλητές της έρευνάς μας μπορούν να προβλέψουν, κατά κάποιο τρόπο, την κατάθλιψη. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι τρεις παράγοντες των μηχανισμών

άμυνας, η προβολή, η υπεραναπλήρωση και η άρνηση, οι δυο διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης, η φροντίδα και η εμπιστοσύνη και οι τρεις διαστάσεις των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, η θετική προσέγγιση, η ευχολογία/ονειροπόληση και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης.

Πρώτος παράγοντας πρόβλεψης, αποτέλεσε ο μηχανισμός άμυνας της προβολής, η οποία είχε αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη, κάτι που σημαίνει πως όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου να προβάλλει προς τα έξω οτιδήποτε εσωτερικό και μη αποδεκτό, εντοπίζοντας στους άλλους ιδιότητες και συναισθήματα που αρνείται στον εαυτό του τόσο μειώνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία (Laplanche & Pontalis, 1981). Δεύτερος παράγοντας πρόβλεψης της κατάθλιψης βρέθηκε να είναι η διάσταση της υπεραναπλήρωσης, που επίσης σχετίστηκε αρνητικά με την κατάθλιψη. Όσο αυξάνεται δηλαδή η τάση του ατόμου να αναδεικνύει ικανότητες που έχει, διατηρώντας το αίσθημα της ασφάλειας και της αυτοεκτίμησης απέναντι σε ανεπάρκειες, τόσο μειώνεται η εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Τρίτος και τελευταίος προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης είναι η διάσταση της ευχολογίας/ονειροπόλησης, της γενικότερης μεταβλητής των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, η οποία είχε θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη. Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται η τάση του ατόμου να ξεπεράσει την αρνητική και αγχογόνο κατάσταση που βιώνει ευχόμενο να του συμβεί ένα θαύμα, τόσο η καταθλιπτική συμπτωματολογία αυξάνεται. Η ευχολογία είναι μια αποφευκτική στρατηγική που χρησιμοποιείται από το άτομο για να αποσπάσει την προσοχή του από τον στρεσογόνο παράγοντα (Carver et al., 1989). Η θετική συσχέτιση που αναδείχθηκε στην παρούσα έρευνα μεταξύ της στρατηγικής της ευχολογίας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας προέκυψε πιθανόν, διότι ο στρεσογόμος παράγοντας με τη χρήση της συγκεκριμένης στρατηγικής δεν απομακρύνεται (Holahan, Moos, Holahan, Brennan & Schute, 2005).

4.5.Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι κάποιες υποθέσεις επιβεβαιώθηκαν ενώ κάποιες άλλες όχι. Για παράδειγμα, επιβεβαιώθηκε η σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της κοινωνικής υποστήριξης, όπως και η σημαντική σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των

μηχανισμών άμυνας αλλά και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. Επίσης, από την υπόθεση που αφορούσε στις σχέσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, φάνηκε πως κάποια χαρακτηριστικά επιβεβαιώθηκαν ενώ άλλα όχι.

Συνοπτικά, βρέθηκε πως οι μηχανισμοί άμυνας της προβολής και της υπεραναπλήρωσης περιορίζουν την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ενώ ο μηχανισμός άμυνας της άρνησης, δηλαδή της διαστρέβλωσης της εξωτερικής πραγματικότητας αυξάνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπλέον, οι διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης, δηλαδή, η φροντίδα/αποδοχή και η εμπιστοσύνη φαίνεται να εμφανίζουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς οι άνθρωποι που είναι ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που δέχονται και γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους, όπως και αυτοί που τείνουν να εμπιστεύονται τους άλλους δεν εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της διάστασης της θετικής προσέγγισης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, φαίνεται πως όταν οι άνθρωποι προσπαθούν να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα με θετικό τρόπο, τότε η καταθλιπτική συμπτωματολογία μειώνεται. Από την άλλη η διάσταση της ευχολογίας/ονειροπόλησης, φαίνεται να παρουσιάζει μια αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Τέλος, η διάσταση της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται να μειώνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Άλλωστε η κοινωνική υποστήριξη και κυρίως η μορφή της συναισθηματικής υποστήριξης φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία (Uchino, 2009). Το αποτέλεσμα της παρούσας εργασίας φαίνεται να συνάδει με τον ορισμό των Sarason και συν. (1987), πως πρόκειται για τη διαθεσιμότητα των κοινωνικών σχέσεων, στις οποίες το άτομο μπορεί να βασιστεί σε δύσκολες στιγμές.

Τέλος, η έρευνά μας έδειξε ότι οι πιθανοί παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την κατάθλιψη στα άτομα του δείγματός μας είναι η προβολή, η υπεραναπλήρωση και η ευχολογία/ονειροπόληση.

4.6. Περιορισμοί έρευνας

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παρουσιάζουν κάποιους περιορισμούς. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη μας πραγματεύεται την καταθλιπτική συμπτωματολογία στο γενικό πληθυσμό και όχι την διαγνωσμένη κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να μη γνωρίζουμε αν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνά μας είχαν κατάθλιψη ή καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες δεν ανήκαν σε κάποια ομάδα συγκεκριμένη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η έρευνα να είναι πολύ γενική και όχι συγκεκριμένη.

Άλλος ένα περιορισμός είναι το γεγονός πως οι γυναίκες ήταν περισσότερες από τους άντρες. **Επίσης, στην παρούσα έρευνα έγινε μελέτη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και όχι της κατάθλιψης, που παραπέμπει στην καταθλιπτική διαταραχή, η οποία είναι κλινικά διαγνωσμένη.** Όσον αφορά, στα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τους ερευνητικούς μας σκοπούς, πρέπει να αναφέρουμε πως δεν έχουν σταθμιστεί στην Ελλάδα, παρόλο που έχουν προσαρμοστεί στα Ελληνικά και έχουν καλή αξιοπιστία και παραγοντική δομή.

Επιπλέον, τα αποτελέσματά μας στηρίζονται σε συσχετίσεις στην έρευνά μας, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να καταλήξουμε σε συμπεράσματα αιτίας- αιτιατού και πως η μια μεταβλητή επηρεάζει την άλλη (Babbie, 2011). Ακόμη ένας σημαντικός παράγοντας αφορά στον αριθμό των υποκειμένων που χρησιμοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα, ο οποίος ήταν μικρός (N=262) και όχι αντιπροσωπευτικός, καθώς ακολουθήθηκε η μέθοδος της συμπτωματικής δειγματοληψίας με αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνεται στο συνολικό πληθυσμό του ελλαδικού χώρου.

4.7. Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τους επιστήμονες για περαιτέρω μελέτη και έρευνα. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να μελετηθεί το δείγμα ανά νομό και να γίνει μια συγκριτική μελέτη, που να περιλαμβάνει όλους τους νομούς της Ελλάδας, ώστε να δούμε διαφορές που μπορεί να προκύψουν. Επιπλέον, θα μπορούσε να διερευνηθεί σε ένα δείγμα ατόμων που δέχτηκαν κάποια στιγμή συμβουλευτική στήριξη, αν η αλλαγή στις στρατηγικές επηρέασε την κατάθλιψη.

Επιπλέον, θα παρουσίαζε ενδιαφέρον, να μελετηθούν οι μεταβλητές των μηχανισμών άμυνας, των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και της κοινωνικής υποστήριξης με την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε πιο συγκεκριμένο δείγμα του πληθυσμού, όπως για παράδειγμα, σε ψυχιατρικούς ασθενείς στην Ελλάδα ή ακόμη και σε μαθητές και φοιτητές. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας έρευνας ίσως αποκάλυπταν τους μηχανισμούς άμυνας αλλά και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν πιο συχνά, τα άτομα των αντίστοιχων κατηγοριών. Στη συνέχεια, τα δεδομένα αυτά θα μπορούσαμε να τα συγκρίνουμε με δείγμα του πληθυσμού το οποίο δεν χρήζει ψυχιατρικής παρακολούθησης και να δούμε τις διαφορές στη χρήση τόσο των μηχανισμών άμυνας αλλά και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων ανάμεσα σε αυτές τις δυο πληθυσμιακές ομάδες.

Παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, θεωρούμε πως η παρούσα έρευνα είναι σημαντική, καθώς γίνεται προσθετικό κομμάτι της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, για την σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας του γενικού πληθυσμού με τις μεταβλητές των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, των μηχανισμών άμυνας και της κοινωνικής υποστήριξης. Σε ερευνητικό επίπεδο, μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για περαιτέρω μελέτη των παραπάνω φαινομένων.

Τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να αξιοποιηθούν από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, όπως είναι οι σύμβουλοι, οι ψυχολόγοι και οι ψυχίατροι, ώστε να μπορούν να γίνουν αποτελεσματικές προσπάθειες πρόληψης, αναγνώρισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αλλά και θεραπείας της. Για παράδειγμα, οι ειδικοί μέσω της παρούσας έρευνας, γνωρίζουν πως η κοινωνική υποστήριξη και πιο συγκεκριμένα, η φροντίδα/αποδοχή και η εμπιστοσύνη που λαμβάνουν οι άνθρωποι, μπορεί να μειώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, φαίνεται πως συγκεκριμένες στρατηγικές, όπως είναι η θετική προσέγγιση και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης αλλά και συγκεκριμένοι μηχανισμοί άμυνας, όπως η προβολή, η υπεραναπλήρωση ο σχηματισμός δια του αντιθέτου, η συγκινησιακή παλινδρόμηση και η απόθεση μειώνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αγγελόπουλος, Ν. (2009). *Ιατρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία- μια σύγχρονη ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ
- Βάρβογλη, Λ. (2008). *Κατάθλιψη: Η ψυχική νόσος της εποχής μας*. Διαθέσιμο από www.health.in.gr (Πρόσβαση 27 Ιουλίου 2017).
- Γουρουντή, Κ. Κ. (2011). *Διερεύνηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο στρες της υπογονιμότητας και στην έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και της επίδρασης του τρόπου σύλληψης στα επίπεδα στρες στη κύηση - Προτάσεις υποστηρικτικής φροντίδας*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Παντείου, Αθήνα. Ανακτήθηκε από το Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- Ιεροδιακόνου, Χ. Σ. (1988). *Ψυχαναλυτική ψυχοπαθολογία: Θεωρία και πράξη*. Θεσσαλονίκη: Μαστορίδη.
- Καραδήμας, Ε. (1998). Η προσαρμογή στα Ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία*, 5(3), 260- 273.
- Καραδήμας Ε. Χ. (2005) *Ψυχολογία της υγείας, θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα: Περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κουλουβάρη, Μ. & Ευθυμίου, Κ. (2009). *Κατάθλιψη*. Ανακτήθηκε από <http://www.ibrt.gr> (πρόσβαση: 24/07/2017).
- Μάνου, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μπελλάλη, Θ. & Ποντισίδης, Γ. (2015). Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης και η επίδραση της στη διαχείριση των χρόνιων νόσων. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8(4), 6-16.
- Πολυκανδριώτη Μ. & Στεφανίδου Σ. (2013). Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 12 (4): 397-408. Αθήνα.

- Σκαπινάκης, Π. (2010). Διαθέσιμο από <http://www.stress.gr/disorder.php?id=9> (Πρόσβαση 25 Ιουλίου 2017).
- Σολδάτος Κ. (2009). *Άγχος και κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική*. 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο.
- Τριλίβα, Σ., Σταλίκας, Α. & Ρούσση, Π. (2012). *Ερωτηματολόγια και Ψυχομετρικές Διαδικασίες για τον Ελληνικό Πληθυσμό*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Τσουλέα, Ρ. (2006). Καλπάζει η κατάθλιψη. *Τα Νέα*. Διαθέσιμο από www.web-psycho.gr (Πρόσβαση 23 Ιουλίου 2017).
- Φρέρης Γ., Βίκη Α. & Παπάνης Ε. (2008). *Εφηβεία και κατάθλιψη*. Διαθέσιμο από http://epapanis.blogspot.gr/2007/11/blog-post_07.html (Πρόσβαση 24 Ιουλίου 2017).
- Χαρίλα, Τ. (2013). *Επιδημιολογία της κατάθλιψης*. Ανακτήθηκε από <http://www.kepsy.gr/> (πρόσβαση 27/07/2015).
- Χατζάκη Α. (2008). Σύγχρονη και βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης. Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές επιλογές. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28 (4) 456-462.
- Χριστοδούλου Γ. Ν. (2005). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήττα.
- Χριστοδούλου Γ. Ν. (2005). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Βήττα.
- Χριστοδούλου Γ. Ν. (2008) *Κατάθλιψη* (2^η έκδ.). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Ξενόγλωσση

- Acaroqlu, R., Kaya, H., Sendir, M., Tosun, K., & Turan, Y. (2008). Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit. *Neurosciences*, 13(1), 41-45.
- Aldwin, C., Sutton, K., Chiara, G., & Spiro, A. (1996). Age Differences in Stress, Coping and Appraisal: Finding from the Normative Aging Study. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51B(4), 179-188.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Balikci A., Erdem M., Bolu, A., Oznur T., & Celik C. (2014). *Defense Mechanisms in Endogenous Depression*. *Gülhane Tıp Derg*, 56, 154-158. Turkey.

- American Psychiatric Association (2013). *Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM-5*. Ιατρικές εκδόσεις: Λίτσας.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P. (2003). "The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys". *Int J Methods Psychiatr Res.* 12(1), 3-21.
- Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.
- Balikci, A., Erdem, M., Bolu, A., Oznur, T., Celik, C. (2014). Defense Mechanisms in Endogenous Depression. *Gülhane Tıp Derg*, 56, 154-158. Turkey.
- Barth, J., Schneider, S. & Von Kanel, R. (2010). Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: *A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Psychosomatic Medicine* 72, 229-238.
- Berkman, L. (1985). The relationship of social support to morbidity and mortality. In: Cohen S. and Syme S. (eds) *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Bond, M. P. & Vaillant, J. S.(1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry*; 43(3), 285-288.
- Bolger, N., Zuckerman, A. & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology* 79, 953-961.
- Bolger, N. & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 92, 458-475.
- Bolu, A., Oznur, T. & Celik, C. (2014). Defense Mechanisms in Endogenous Depression. *Gülhane Tıp Derg*, 56, 154-158. Turkey.
- Carver, C. & Scheier, M. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casey, R. & Brown, R. (2003). Psychological aspects of hematologic diseases. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 567-584.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-313.
- Colvin, C. R. & Block, J. (1994). Do positive illusions foster mental health? An examination of the Taylor and Brown formulation. *Psychological Bulletin*, 116, 3-20.

- Στο Lawrence, A.P. & Oliver P.J. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας. Έρευνα και εφαρμογές*, 141-153. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Corruble, E., Bronnec, M., Falissard, B. & Hardy, P. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58:285-288. Στο Balikci, A., Erdem, M., Bolu, A., Oznur, T., & Celik, C. (2014). Defense Mechanisms in Endogenous Depression. *Gülhane Tıp Derg*, 56, 154-158. Turkey.
- Chan, D. (1995). Depressive symptoms and coping strategies among Chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(3), 267-279.
- Cramer, P. (1991). *The Development of Defense Mechanisms: Theory, Research, and Assessment*. Springer-Verlag: New York.
- Cramer, P. (2000). Defense Mechanisms in psychology today further processes for adaptation. Williams College. *American Psychologist*, 55(6), 637-645.
- Crockett, J., Iturbide, I., Torres Stone, A., McGinley, M., Raffaelli, M. & Carlo, G. (2007). Acculturative stress, social support, and coping: Relations to psychological adjustment among Mexican American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(4), 347-355.
- Cutter, W. J., Norbury, R., Murphy, D.G. (2003). Oestrogen, brain function and neuropsychiatric disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74(7), 837-40.
- Davis, P. J. & Schwartz, G. E. (1987). Repression and the inaccessibility of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 155-162.
- Delgado, P. L. (2000). "Depression: The case for a monoamine deficiency". *Journal of Clinical Psychiatry* 61(6), 7-11.
- Di Matteo R. & Martin L. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας* (Αναγνωστόπουλος Φ. και Ποταμίανος Γ. Μτφρ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Eaton, W. W., Anthony, J. C., Gallo, J. (1997). "Natural history of diagnostic interview schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up". *Archives of General Psychiatry* 54, 993-99.
- Ewest, W. C. (2010). *Economic pressure and support among economically disadvantaged mothers of mexican descent: an examination by marital and*

- generational status. Degree of Master of Arts in Human Development. Washington: State Universtiy.*
- Fekete, E. M., Antoni, M. H. & Schneiderman, N. (2007). Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions. *Current Opinion Psychiatry* 20, 152-157.
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton. (Στο Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1981). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France).
- Folkman, S. & Moskowitz J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 668-675.
- Freud, S. (1894). *The Neuro-Psychoses of Defence* (Standard Edition), 3, 45-61.
- Freud, S. (1915). *Triebe und Triebchicksale*. Στο Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1986). *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης* (5^η έκδ.). Εκδόσεις: Κέδρος.
- Freud, S. (1937). Analysis Terminable and Interminable. *International Journal of Psycho-Analysis*, 18, 373-405.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press. Στο Lawrence, A.P. & Oliver P.J. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας. Έρευνα και εφαρμογές* (σ.141-153). Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Freud, A. (1946). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International University Press.
- Freud, A. (1966). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International University Press.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T. & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603-611.
- Hirschfeld, R. M. (2000). "History and evolution of the monoamine hypothesis of depression". *Journal of Clinical Psychiatry* 61 (6), 4-6.
- Holahan, C. J., Moos, R., Holahan, C. K., Brennan, P., & Schutte, K. (2005). Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666.

- Hyphantis, T., Goulia, P., Floros G., Iconomou, G., Pappas A. & Karaivazoglou, K. (2011). Assessing Ego Mechanisms of Defense by Questionnaire: Psychometric Properties of the Greek version of the Plutchik's Life Style Index and Psychopathological Correlates. *Ψυχιατρική*, 22, 207-220.
- Jacobson, E. (1986). Types and timing of social support. *Journal Health and Social Behaviour*, 27, 250-264.
- Jefferis, B. J., Nazareth, I., Marston, L., Moreno-Kustner, B., Bellón, J. Á., Svab, I. & King, M. (2011). Associations between unemployment and major depressive disorder: evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Social science & medicine*, 73(11), 1627–34.
- Joyce, P. (2009). 'Epidemiology of mood disorder'. (In M. A.-I. Gelder, 'The New Oxford textbook of Psychiatry'(pp. 645-650). Oxford: Oxford University Press).
- Kafetsios, K. & Sideridis, G. (2006). Attachment, social support and well being in younger and older adults. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 867-879.
- Kasl, S. & Cooper, C. (1987). *Stress and health: issues in research methodology*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Katon, W. & Schulberg, H. (2009). Epidemiology of depression. *Gen Hospsychiatry*, 14, 237-247.
- Katsogianni, I. & Kleftaras, G. (2015). Spirituality, Meaning in Life and Depressive Symptomatology in Drug Addiction. *The International Journal of Religion and Spirituality in Society*, 5(2), 12-25.
- Kelly, M. P. (2007). *Relationships Of Self-Efficacy, Exercise, Social Support To Strain And Burnout In University Faculty*. Doctor of Philosophy. University of New Orleans Theses and Dissertations.
- Kessler, R. C., Berglund, P. & Demler, O. (2003). "The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)". *JAMA* 289(203), 3095-105.
- Kleftaras, G. (2004). *La dépression: Approche cognitive et comportementale*. Paris: L'Harmattan.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in Primary Care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317 – 325.
- Krokavcova, M., van Dijk, J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gavelova, M., Midde, I B., Gdovinova, Z. & Groothoff, J. (2008). Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling* 73, 159–165.
- Kuehner, C. (2003). “Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations”. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108 (3), 163-74.
- Lacasse, J., Leo, J. (2005). “Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature”. *PLoS Med* 2 (12), 392.
- Langlieb, A., & DePaulo, J. (2008). ‘Etiology of depression and implications on work environment’ . *Journal of Occupational and Environmental*, 50 (4), 391-5.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1981). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1986). *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης* (5^η έκδ.). Εκδόσεις: Κέδρος.
- Lawrence, A. P. & Oliver P. J. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας. Έρευνα και εφαρμογές*, 141-153. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lewinsohn, P. M, Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 517, 133-144.
- Mattson, M. & Hall, J. G. (2011). *Health as Communication nexus: A Service Learning Approach*. Kendall Hunt Publishing Company.
- McKenzie, K. E. (2009). *Teacher Burnout: A Laughing Matter*. Doctor of Philosophy Degree, Capella University.

- MID Online (2009). *Αίτια κατάθλιψης*. Retrieved 12/08/2014, from: <http://www.midoline.com> (Πρόσβαση: 24 Ιουλίου 2017).
- Miller, M. et al. (2013). *Understanding Depression*. Boston: Harvard Health Publications-Harvard Medical School.
- Milrod, D. (1988). A current view of the psychoanalytic theory of depression: With notes on the role of identification, orality and anxiety. *Psychoanal Study Child* 43, 83-99.
- Στο Balikci, A., Erdem, M., Bolu, A., Oznur, T., & Celik, C. (2014). Defense Mechanisms in Endogenous Depression. *Gülhane Tıp Derg*, 56, 154-158. Turkey.
- Newman, S. C., Bland, R. C. & Orn, H. T. (1998). The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: a community survey using GMS-AGECAT. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 910-914.
- Nutt, D. J. (2008). "Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder". *Journal of Clinical Psychiatry* 69 (E1), 4-7.
- Papadatou, D., Papazoglou, I., Petraki, D. & Bellali Th. (1999). Mutual support among nurse who care to dying children. *Illness crisis & loss* 7(1), 37-48.
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.
- Pichot, P., Boyer, P., Pull, C. B., Rein, W., Simon, M., & Thibault, A. (1984). Un questionnaire d' auto-evaluation de la symptomatologie depressive, le questionnaire QD2, I. Construction, structure factorielle et proprietes metrologiques. *Revue de Psychologie Appliquee*, 34, 229-250.
- Pinto, C., Lele, M. V., Joglekar, A. S., Panwar, V. S. & Dhavale, H. S. (2000). Stressful Life- Events, Anxiety, Depression and Coping in Patients of Irritable Bowel Syndrome. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 48 (6), 589-593.
- Plutchik, R., Kelleman, H. & Conte H. R. (1979). A structural theory of ego defenses and emotions. *Emotions in personality and psychopathology*, pp.227-257 New York: Plenum Press.
- Raphael, B. (2000). "Unmet Need for Prevention" (in Andrews G., Henderson S. (eds). *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge University Press, pp. 138-39.

- Robert, S. & Lamontagne, Y. (1977). *Dépression*. In LaDouceur, R., Bouchard, M. A. & Cranger, L. (Eds.). *Principles et Applications des Therapies Behaviorales*. St.Hyacinthe: Edisem.
- Rothrock, N., Lutgendorf, S. & Kreder, K. (2003). Coping Strategies in Patients with Interstitial Cystitis: Relationships with Quality of Life Depression. *The Journal of Urology*, 169(1), 233-236.
- Roussi, P. & Vassilaki, E. (2001). The applicability of the Multiaxial Model of Coping to the Greek population. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 14, 125-147.
- Sanderson, C. (2013). *Health psychology* (2nd (ed)). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Sarason I. G., Levine H., Basham R. et al (1983) Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. & Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Scarini, I. C, Beech B. M, Naumann W, Kovach, K. W, Pugh L & Fapohunda, B. (2002). Depression, socioeconomic status, age, and marital status in black women: a national study. *Ethnicity & Disease*, 12(3), 421-428.
- Schaefer, C., Coyne J. C. & Lazarus R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine* 4, 381-406.
- Sherbourne, C., Hays, R. & Wells, K. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 345-355.
- Silverman, C. (1968). *The epidemiology of depression*. Baltimore-Maryland: John Hopkins University Press.
- Spielberger, C. D. (1982). *Στρες και άγχος*. Αθήνα: Ψυχογιός.
- Stankunas, M., Kalediene, R., Starkuviene, S., & Kapustinskiene, V. (2006). Duration of unemployment and depression: a cross-sectional survey in Lithuania. *BMC public health*, 6, 174.

- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: Where two roads meet. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210. Στο Lawrence, A.P. & Oliver P.J. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας. Έρευνα και εφαρμογές*, σ.141-153. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21-27. Στο Lawrence, A.P. & Oliver P.J. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας. Έρευνα και εφαρμογές*, σ.141-153. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Timms, P. (2010). *Depression Men and Women*. Διαθέσιμο από <http://www.rcpsych.ac.uk>. (Πρόσβαση 15 Ιουλίου 2017).
- Tsigos, C. & Chrousos, G. (2002). Hypothalamic – pituitary – adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (4), 865-871.
- Tyrell, M. (2011). *Symptoms of Depression*. Διαθέσιμο από <http://www.clinical-depression.co.uk>. (Πρόσβαση: 1 Αυγούστου 2017).
- Tyson, M. (2011). *Causes of Depression*. Διαθέσιμο από <http://www.clinical-depression.co.uk>. (Πρόσβαση: 1 Αυγούστου 2017).
- Uchino, B. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health. A Life- Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Association for Psychological Science* 4(3).
- Vaillant, G. (1934). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego-mechanisms. *Arch. Gen. Psychiatry*, 24, 107-118.
- Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships. In Margaret Clark. *Prosocial Behavior, Review of Personality and Social Psychology* 12, 265-289.
- World Health Organization (2001). *The world health report*. Mental Health: New Understanding, New Hope.
- WHO (2004). *European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health promotion and mental disorder prevention*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief08.pdf>

World Health Organization (2005). *Programmes and projects. Disorders management. WHO initiative on Depression in Public Health*. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

WHO (2012). *Diagnosing Depression*. Retrieved 5/08/2014, from <http://www.searo.who.int>.

WHO (2012). *World Health Organisation, 'Mental Health Disorders Management – Depression*. Retrieved from www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en

Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 13, 508-515.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Συνοδευτική Επιστολή

Αγαπητή συμμετέχουσα/ Αγαπητέ συμμετέχοντα,

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιείται στα πλαίσια Διπλωματικής Εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: «Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία» του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η έρευνα διεξάγεται υπό την εποπτεία του κ. Κλεφτάρα Γιώργου, καθηγητή παιδαγωγικού τμήματος Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με θέμα τη *«σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κοινωνική υποστήριξη, τους μηχανισμούς άμυνας και τις στρατηγικές αντιμετώπισης»*.

Θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε ολοκληρωμένα, δίχως να παραλείψετε κάποιες από τις ερωτήσεις, μιας κι αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα αποτελέσματα της έρευνας. Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και διαλέξτε την κατάλληλη για εσάς απάντηση. Σας θυμίζω ότι δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Αυτό που χρειάζεται είναι να απαντήσετε με όσο το δυνατόν πιο αυθόρμητο και ειλικρινή τρόπο.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και τα δεδομένα συλλέγονται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα είναι διαθέσιμα μόνο στον ερευνητή μέχρι το πέρας της επεξεργασίας των δεδομένων της έρευνας, όποτε και θα καταστραφούν. Η εθελοντική συμμετοχή σας αποτελεί πολύτιμη βοήθεια στην προαγωγή της γνώσης και της κατανόησης σχετικά με το θέμα της έρευνας. Η αποχώρησή σας από την παρούσα έρευνα μπορεί να γίνει όποτε εσείς το επιθυμείτε χωρίς καμία άλλη επίπτωση στο πρόσωπό σας. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση, μπορείτε να επικοινωνήσετε στην ηλεκτρονική διεύθυνση: xenia_kokkali@hotmail.com.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμβολή σας.

Με εκτίμηση, Κόκκαλη Ξένια - Ελεωνόρα

Φοιτήτρια ΠΜΣ Συμβουλευτικής

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6972654158

Ερωτηματολόγιο 1

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	
Κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό που σας χαρακτηρίζει σε κάθε πεδίο	
1. Φύλο:	1. Άντρας 2. Γυναίκα
2. Ηλικία:	1. 20 έως 30 2. 31 έως 40 3. 41 έως 50 4. 51 έως 60 5. 61 έως 70 6. 71 και άνω 7. Άλλο
3. Μορφωτικό Επίπεδο:	1. Δημοτικό 2. Γυμνάσιο 3. Λύκειο 4. Τ.Ε.Ι. 5. Α.Ε.Ι. 6. Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό 7. Άλλο
4. Οικογενειακή Κατάσταση:	1. Ανύπαντρος/η 2. Παντρεμένος/η 3. Διαζευγμένος/η ή χωρισμένος/η 4. Χήρος/α 5. Άλλο
5. Επαγγελματική Κατάσταση:	1. Φοιτητής-τρια 2. Σπουδαστής-τρια 3. Εργαζόμενος/-η

	4. Άνεργος/-η 5. Οικιακά 6. Άλλο
--	--

Ερωτηματολόγιο 2

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει 52 προτάσεις. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και σημειώστε την ένδειξη **ΣΩΣΤΟ** (με τον αριθμό **1**) αν η πρόταση αυτή αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση. Αν αντίθετα, αυτή η πρόταση δεν αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση, σημειώστε την ένδειξη **ΛΑΘΟΣ** (με τον αριθμό **2**). Δεν υπάρχουν καλές ή κακές απαντήσεις!

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τελευταία, έχω δυσκολία να πάρω μπρος	1	2
2. Είμαι υποχρεωμένος/η να ρωτώ τους άλλους τι πρέπει να κάνω	1	2
3. Πέτυχα λιγότερο στη ζωή μου σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων	1	2
4. Αυτή την περίοδο παραμελώ τον εαυτό μου	1	2
5. Έχω την εντύπωση ότι έχω έναν κόμπο στον λαιμό	1	2
6. Έχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό	1	2
7. Ότι έχει σχέση με το σεξ με ενδιαφέρει λιγότερο απ' ό τι συνήθως	1	2
8. Αισθάνομαι άχρηστος/-η	1	2
9. Τελευταία, πρέπει να επαληθεύω και να ξαναεπαληθεύω αυτό που κάνω	1	2
10. Ιδρώνω περισσότερο απ' ό τι συνήθως	1	2
11. Η μνήμη μου μου φαίνεται λιγότερο καλή απ' ό τι συνήθως	1	2
12. Είμαι χωρίς ενέργεια	1	2
13. Αισθάνομαι ένοχος/-η	1	2
14. Τελευταία αισθάνομαι ιδιαίτερα νευρικός/-ή	1	2
15. Έχω μια αίσθηση βάρους στα χέρια και τα πόδια	1	2
16. Μου αρέσει λιγότερο από πριν να κάνω ό τι με ευχαριστεί και με ενδιαφέρει	1	2

17. Αισθάνομαι πιο κουρασμένος/-η απ' ότι συνήθως χωρίς λόγο	1	2
18. Τελευταία η όρεξη μου είναι λιγότερο καλή	1	2
19. Είμαι απογοητευμένος/-η και αηδιασμένος/-η από τον εαυτό μου	1	2
20. Αισθάνομαι μπλοκαρισμένος/-η ή εμποδισμένος/-η για να κάνω το παραμικρό πράγμα	1	2
21. Αυτή την περίοδο αισθάνομαι λιγότερο ευτυχής σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων	1	2
22. Μου είναι δύσκολο αυτή την περίοδο να συγκεντρωθώ σε μια δουλειά ή απασχόληση	1	2
23. Θα' θελα να τελειώνα με την ζωή	1	2
24. Έχω την εντύπωση ότι η καρδιά μου χτυπά πιο γρήγορα απ' ότι συνήθως ή ότι φτερουγίζει	1	2
25. Αισθάνομαι λιγότερο ικανός/-ή και έξυπνος/-η από την πλειοψηφία των άλλων ανθρώπων	1	2
26. Αυτή την περίοδο έχω συχνά την επιθυμία να' μαι μόνος/-η	1	2
27. Αυτή την περίοδο αισθάνομαι πολύ εκνευρισμένος/-η	1	2
28. Το βάρος μου άλλαξε	1	2
29. Είμαι χωρίς ελπίδα για το μέλλον	1	2
30. Έχω πόνους στην μέση	1	2
31. Αυτή την περίοδο αποφεύγω μερικές δραστηριότητες, μερικά μέρη ή πράγματα γιατί με φοβίζουν	1	2
32. Το ηθικό μου είναι πολύ πεσμένο	1	2
33. Αυτή την περίοδο μου είναι αδύνατο να μείνω στην ίδια θέση	1	2
34. Ό,τι κάνω το κάνω λιγότερο γρήγορα απ' ό,τι συνήθως	1	2
35. Αυτή την περίοδο είμαι πιο δυσκοίλιος/-α απ' ό,τι συνήθως	1	2
36. Είμαι υποχρεωμένος/-η να πιεστώ για να κάνω οτιδήποτε	1	2
37. Το μυαλό μου είναι λιγότερο καθαρό απ' ό,τι συνήθως	1	2
38. Σκέφτομαι ότι θα'ταν καλύτερα να ήμουν πεθαμένος/-η	1	2
39. Δεν είμαι ικανός/-ή να παίρνω αποφάσεις τόσο εύκολα όσο Συνήθως	1	2
40. Αυτή την περίοδο είμαι θλιμμένος/η	1	2
41. Ο ύπνος μου είναι λιγότερο καλός απ' ό,τι συνήθως	1	2
42. Βρίσκω ότι φταίω για μερικά πράγματα ή γεγονότα	1	2
43. Έχω την εντύπωση ότι οι άλλοι δεν με καταλαβαίνουν	1	2

44. Έχω δυσκολία να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω	1	2
45. Είμαι πιο ευερέθιστος/-η απ' ό,τι συνήθως	1	2
46. Αυτή την περίοδο κλαίω συχνά	1	2
47. Ανησυχώ για την υγεία μου	1	2
48. Αυτή την περίοδο ορισμένα πράγματα με ταράζουν και με Βασανίζουν	1	2
49. Είμαι γεμάτος/-η από αίσθημα φόβου	1	2
50. Εργάζομαι λιγότερο εύκολα από πριν	1	2
51. Αυτή την περίοδο η ζωή μου μου φαίνεται άδεια	1	2
52. Αισθάνομαι ότι είμαι σε μια κατάσταση γενικής αδυναμίας	1	2

Ερωτηματολόγιο 3

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 6 ερωτήματα που αναφέρονται σε άτομα του περιβάλλοντος σου που σε βοηθούν και σε υποστηρίζουν σε δύσκολες στιγμές.

Για κάθε ερώτημα:

A) στο **πρώτο μέρος** να αναφέρετε τα αρχικά τους (π.χ. ΑΤ, ΒΜ) όλα εκείνα τα άτομα που μπορείτε να υπολογίζετε στην βοήθειά τους ότι μπορούν να σας υποστηρίξουν έτσι όπως περιγράφεται στην ερώτηση. Δίπλα σε κάθε αριθμό να γράψετε τα αρχικά ενός μόνο ατόμου. Αν δεν έχετε κανέναν, κυκλώστε τη λέξη Κανένας.

B) στο **δεύτερο μέρος** κάθε απάντησης κυκλώστε το βαθμό ικανοποίησης από το 6=πολύ ικανοποιημένος έως το 1=πολύ ανικανοποίητος.

Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε. Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές.

1. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να εμπιστευτείς πραγματικά ότι θα αποσπάσουν την προσοχή σου από προβλήματα που σε ανησυχούν και σε στρεσάρουν;

κανένας 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___

Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξή τους;

6-πολύ ικανοπ. 5- σχετικά ικανοπ. 4-λίγο ικανοπ. 3-λίγο ανικανοπ. 2-σχετικά ανικανοπ. 1-πολύ ανικανοπ.

2. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να αισθανθείς πιο χαλαρός όταν βρίσκεσαι κάτω από την πίεση;

κανένας 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__

Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξή τους;

6-πολύ ικανοπ. 5- σχετικά ικανοπ. 4-λίγο ικανοπ. 3-λίγο ανικανοπ. 2-σχετικά ανικανοπ. 1-πολύ ανικανοπ.

3. Ποιοι μπορούν να σε αποδεχτούν ολοκληρωτικά και στις καλές και στις κακές σου στιγμές;

κανένας 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__

Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξή τους;

6-πολύ ικανοπ. 5- σχετικά ικανοπ. 4-λίγο ικανοπ. 3-λίγο ανικανοπ. 2-σχετικά ανικανοπ. 1-πολύ ανικανοπ.

4. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε φροντίσουν, άσχετα από το τι μπορεί να σου συμβαίνει;

κανένας 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__

Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξή τους;

6-πολύ ικανοπ. 5- σχετικά ικανοπ. 4-λίγο ικανοπ. 3-λίγο ανικανοπ. 2-σχετικά ανικανοπ. 1-πολύ ανικανοπ.

5. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να νιώσεις καλύτερα όταν αισθάνεσαι πολύ άσχημα;

κανένας 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__

Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξή τους;

6-πολύ
ικανοπ. 5- σχετικά
ικανοπ. 4-λίγο
ικανοπ. 3-λίγο
ανικανοπ. 2-σχετικά
ανικανοπ. 1-πολύ
ανικανοπ.

6. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε παρηγορήσουν όταν αισθάνεσαι πολύ πεσμένος;

κανένας 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__

Πόσο ικανοποιημένος είσαι από την υποστήριξή τους;

6-πολύ
ικανοπ. 5- σχετικά
ικανοπ. 4-λίγο
ικανοπ. 3-λίγο
ανικανοπ. 2-σχετικά
ανικανοπ. 1-πολύ
ανικανοπ.

Ερωτηματολόγιο 4

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει 97 προτάσεις. Διαβάστε προσεκτικά την κάθε πρόταση και κυκλώστε την ένδειξη ΝΑΙ εάν συμφωνείτε ή την ένδειξη ΟΧΙ εάν διαφωνείτε. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

1. Είμαι πολύ καλόβουλος άνθρωπος και τα πάω καλά.	NAI	OXI
2. Μου είναι δύσκολο να περιμένω για να αποκτήσω αυτό που θέλω	NAI	OXI
3. Πάντα υπήρχε κάποιος στον οποίο ευχόμουν να έμοιαζα	NAI	OXI
4. Ο κόσμος δε με θεωρεί συναισθηματικό άτομο	NAI	OXI
5. Αγανακτώ με τις άσεμνες ταινίες	NAI	OXI
6. Σπάνια θυμάμαι τα όνειρά μου	NAI	OXI
7. Με κάνουν έξαλλο/-η οι άνθρωποι που παριστάνουν το αφεντικό στους άλλους	NAI	OXI
8. Μερικές φορές μου έρχεται να ρίξω μια γροθιά στον τοίχο	NAI	OXI
9. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαίους	NAI	OXI
10. Όταν ονειροπολώ, φαντάζομαι πάντα ότι είμαι το επίκεντρο της προσοχής	NAI	OXI
11. Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που δεν κλαίει ποτέ	NAI	OXI
12. Εκνευρίζομαι όταν χρησιμοποιώ δημόσιες τουαλέτες	NAI	OXI
13. Όταν υπάρχει μια διαφωνία είμαι πάντα πρόθυμος/-η να ακούσω όλες τις πλευρές	NAI	OXI

14. Γίνομαι εύκολα έξω φρενών	NAI	OXI
15. Εάν κάποιος μέσα από το πλήθος με σπρώξει, μου έρχεται να τον κλωσήσω	NAI	OXI
16. Ο κόσμος θαυμάζει πολλά πράγματα σε μένα	NAI	OXI
17. Πιστεύω ότι είναι καλύτερο να σκέφτεσαι προσεκτικά μερικά πράγματα παρά να θυμώνεις.	NAI	OXI
18. Αρρωσταίνω συχνά	NAI	OXI
19. Δεν συγκρατώ εύκολα φυσιογνωμίες	NAI	OXI
20. Μερικές από τις φορές που με απέρριψαν, μου ήρθε να αυτοκτονήσω	NAI	OXI
21. Όταν ακούω σόκιν ανέκδοτα, αισθάνομαι πολύ αμήχανα	NAI	OXI
22. Βλέπω πάντα την θετική πλευρά των πραγμάτων	NAI	OXI
23. Μισώ τους ανθρώπους που συμπεριφέρονται εχθρικά	NAI	OXI
24. Δυσκολεύομαι να πετάξω κάτι που μου ανήκει	NAI	OXI
25. Δυσκολεύομαι να θυμηθώ τα ονόματα των ανθρώπων	NAI	OXI
26. Συχνά είμαι υπερβολικά παρορμητικός/-ή	NAI	OXI
27. Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν με φωνές και κραυγές να γίνει το δικό τους	NAI	OXI
28. Δεν έχω καμία προκατάληψη	NAI	OXI
29. Έχω έντονη την ανάγκη να μου λένε οι άλλοι ότι είμαι γοητευτικός/-ή	NAI	OXI
30. Όταν πηγαίνω ένα ταξίδι, το προγραμματίζω από πριν με κάθε λεπτομέρεια	NAI	OXI
31. Κάποιες φορές εύχομαι μια ατομική βόμβα να καταστρέψει τον κόσμο	NAI	OXI
32. Η πορνογραφία είναι αηδιαστική	NAI	OXI
33. Όταν ταραζομαι τρώω πολύ	NAI	OXI
34. Ποτέ δεν έχω νιώσει ότι βαρέθηκα τους ανθρώπους	NAI	OXI
35. Δεν μπορώ να θυμηθώ πολλά πράγματα από την παιδική μου ηλικία	NAI	OXI
36. Συχνά παίρνω δουλειά μαζί μου όταν πηγαίνω διακοπές	NAI	OXI
37. Με τη φαντασία μου, καταφέρνω σπουδαία πράγματα	NAI	OXI
38. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ενοχλούν επειδή είναι πολύ εγωιστές	NAI	OXI
39. Όταν ακουμπήσω οτιδήποτε γλοιώδες με πιάνει ναυτία	NAI	OXI
40. Όταν κάποιος με ενοχλεί, δεν το λέω στον ίδιο αλλά έχω την τάση να παραπονιέμαι σε κάποιον άλλον	NAI	OXI
41. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε εκμεταλλευτούν εάν δεν είσαι προσεκτικός	NAI	OXI
42. Μου παίρνει πολύ καιρό να αντιληφθώ τις κακές πλευρές άλλων ανθρώπων	NAI	OXI
43. Όταν ακούω ή διαβάζω για μια τραγωδία, ποτέ δεν δείχνω να επηρεάζομαι	NAI	OXI
44. Σε μια αντιπαράθεση, είμαι συνήθως πιο λογικός/-ή από τον άλλο	NAI	OXI
45. Έχω έντονη την ανάγκη να με επαινούν	NAI	OXI

46. Η άστατη σεξουαλική ζωή είναι αηδιαστική	NAI	OXI
47. Όταν οδηγώ, κάποιες φορές μου έρχεται να ρίξω το αυτοκίνητο μου πάνω σε ένα άλλο	NAI	OXI
48. Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως θα ήθελα, μερικές φορές κατεβάζω μούτρα	NAI	OXI
49. Όταν βλέπω κάποιον μέσα στα αίματα, δεν ενοχλούμαι σχεδόν ποτέ	NAI	OXI
50. Εκνευρίζομαι εύκολα όταν δεν με προσέχουν	NAI	OXI
51. Ο κόσμος μου λέει πως ό, τι και να μου πουν θα το πιστέψω	NAI	OXI
52. Φορώ ρούχα που κρύβουν τις ατέλειες μου	NAI	OXI
53. Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες λέξεις	NAI	OXI
54. Μάλλον καυγαδίζω συχνά με τους άλλους	NAI	OXI
55. Ένα από τα πράγματα που μισώ στους ανθρώπους είναι ότι δεν είναι ειλικρινείς	NAI	OXI
56. Οι άνθρωποι μου λένε ότι είμαι υπερβολικά αντικειμενικός/ή για τα πάντα	NAI	OXI
57. Τα ηθικά μου κριτήρια είναι υψηλότερα από εκείνα των περισσότερων ανθρώπων που ξέρω	NAI	OXI
58. Όταν δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα, μου έρχεται να κλάψω	NAI	OXI
59. Δείχνω να μην μπορώ να εκφράσω τα συναισθήματά μου	NAI	OXI
60. Όταν κάποιος σκοντάφτει επάνω μου γίνομαι έξαλλος/η	NAI	OXI
61. Πράγματα που δεν μου αρέσουν, τα βγάζω από το μυαλό μου	NAI	OXI
62. Πολύ σπάνια νοιώθω τρυφερότητα για κάποιον	NAI	OXI
63. Μισώ τους ανθρώπους που πάντα προσπαθούν να είναι το κέντρο της προσοχής	NAI	OXI
64. Κάνω συλλογή από πολλά και διάφορα πράγματα	NAI	OXI
65. Εργάζομαι πιο σκληρά από τους περισσότερους ανθρώπους, για να γίνω καλός σε ό,τι με ενδιαφέρει	NAI	OXI
66. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω ένα μωρό να κλαίει	NAI	OXI
67. Μου έχει συμβεί να θυμώσω τόσο πολύ που να θέλω να σπάσω πράγματα	NAI	OXI
68. Είμαι πάντα αισιόδοξος/η	NAI	OXI
69. Λέω πολλά ψέματα	NAI	OXI
70. Νοιώθω να είμαι περισσότερο αφοσιωμένος/η στο καθήκον παρά στην κοινωνική μου ζωή	NAI	OXI
71. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ενοχλητικοί	NAI	OXI
72. Δε θα πήγαινα ποτέ σε μια ταινία με σκηνές σεξ και βίας	NAI	OXI
73. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης	NAI	OXI
74. Θα έκανα τα πάντα για να κάνω καλή εντύπωση	NAI	OXI
75. Δεν μπορώ να καταλάβω τον λόγο για τον οποίο κάνω ορισμένα πράγματα	NAI	OXI

76. Μπορώ να κάνω πολλά πράγματα προκειμένου να δω ταινίες που δείχνουν πολύ βία	NAI	OXI
77. Πιστεύω ότι η κατάσταση στο κόσμο είναι πολύ καλύτερη από ό, τι οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν	NAI	OXI
78. Όταν απογοητεύομαι, γίνομαι πολύ οξύθυμος/-η	NAI	OXI
79. Στις μέρες μας ο τρόπος που οι άνθρωποι ντύνονται στις παραλίες είναι άσεμνος	NAI	OXI
80. Δεν αφήνω τα συναισθήματά μου να με παρασύρουν	NAI	OXI
81. Προετοιμάζομαι για το χειρότερο, έτσι ώστε να μην πιαστώ στον ύπνο	NAI	OXI
82. Η ζωή μου είναι τόσο ωραία που πολλοί άνθρωποι θα εύχονταν να ήταν στη θέση μου	NAI	OXI
83. Σε μια στιγμή θυμού έχω χτυπήσει ή κλωτσήσει κάτι τόσο δυνατά που, χωρίς να το θέλω, χτύπησα εγώ ο ίδιος	NAI	OXI
84. Οι άνθρωποι με χαμηλά ηθικά κριτήρια με αρρωσταίνουν	NAI	OXI
85. Δεν θυμάμαι σχεδόν τίποτα από τα πρώτα σχολικά μου χρόνια	NAI	OXI
86. Όταν ταράζομαι, παιδιαρίζω χωρίς να το θέλω	NAI	OXI
87. Αισθάνομαι πιο άνετα όταν συζητώ για τις σκέψεις μου, απ' ότι όταν συζητώ για τα συναισθήματά μου	NAI	OXI
88. Δείχνω να μη μπορώ να τελειώσω οτιδήποτε αρχίζω	NAI	OXI
89. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω για θηριωδίες	NAI	OXI
90. Τα μέλη της οικογένειάς μου δεν διαφωνούν σχεδόν ποτέ μεταξύ τους	NAI	OXI
91. Πολύ συχνά βάζω τις φωνές στους άλλους	NAI	OXI
92. Μισώ τους ανθρώπους που πατούν επί πτωμάτων για να προχωρήσουν	NAI	OXI
93. Όταν ταράζομαι, πολλές φορές μεθώ	NAI	OXI
94. Είμαι τυχερός/ή που έχω λιγότερα προβλήματα από τους περισσότερους ανθρώπους	NAI	OXI
95. Όταν κάτι με ενοχλεί ή με στενοχωρεί, κοιμάμαι περισσότερο από το συνηθισμένο	NAI	OXI
96. Νομίζω ότι είναι αηδιαστικό που οι πιο πολλοί άνθρωποι λένε ψέματα για να πάνε μπροστά	NAI	OXI
97. Χρησιμοποιώ αρκετά συχνά βρώμικες λέξεις	NAI	OXI

Ερωτηματολόγιο 5

Όλοι αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή μας ζωή προβλήματα, τα οποία μας αναστατώνουν, μας ανησυχούν, μας στενοχωρούν. Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου

είναι να δούμε πώς τα άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους, τι κάνουν δηλαδή όταν τους συμβαίνει κάτι που τους προκαλεί ανησυχία, στενοχώρια, αναστάτωση.

Στην συνέχεια υπάρχουν μερικές προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές περιγράφουν τρόπους τους οποίους συνήθως χρησιμοποιούμε για να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματά μας. Θα θέλαμε να μας πείτε πόσο συχνά εσείς χρησιμοποιήσατε καθέναν από τους παρακάτω τρόπους για να αντιμετωπίσετε τα προβλήματα που είχατε τον τελευταίο καιρό (τις τελευταίες 15 ημέρες).

Παρακαλούμε, διαβάστε κάθε πρόταση παρακάτω και απαντήστε, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά κάνατε αυτό που λέει η πρόταση: δηλαδή για το 'ποτέ' θα βάλετε σε κύκλο το 0, για το 'σπάνια' θα βάλετε σε κύκλο το 1, για το 'μερικές φορές' θα βάλετε σε κύκλο το 2, και για το 'συχνά' θα βάλετε σε κύκλο το 3.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ
1.Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα	0	1	2	3
2.Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο	0	1	2	3
3.Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα	0	1	2	3
4.Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση	0	1	2	3
5.Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερο για την κατάσταση	0	1	2	3
6.Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου	0	1	2	3
7.Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα	0	1	2	3
8.Αποδεχόμουν τη μοίρα μου	0	1	2	3
9.Συνέχιζα να μη συμβαίνει τίποτα	0	1	2	3
10.Προσπαθούσα να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου	0	1	2	3
11.Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων	0	1	2	3
12.Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα	0	1	2	3
13.Αποδεχόμουν τη συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου	0	1	2	3

14.Εμπνεόμενοι να κάνω κάτι δημιουργικό	0	1	2	3
15.Προσπαθούσα να ξεχάσω το όλο θέμα	0	1	2	3
16.Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο	0	1	2	3
17.Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε	0	1	2	3
18.Άφηνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο	0	1	2	3
19.Έβγαινα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος/-η από πριν	0	1	2	3
20.Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα	0	1	2	3
21.Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο	0	1	2	3
22.Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό	0	1	2	3
23.Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή	0	1	2	3
24.Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα	0	1	2	3
25.Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι	0	1	2	3
26.Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά	0	1	2	3
27.Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω	0	1	2	3
28.Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό, τι ήθελα	0	1	2	3
29.Ξεσπούσα στους άλλους	0	1	2	3
30.Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις	0	1	2	3
31.Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειες μου για να πετύχω	0	1	2	3
32.Εβρισκα μια-δυο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα	0	1	2	3
33.Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ό, τι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα	0	1	2	3
34.Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή	0	1	2	3
35.Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτήν	0	1	2	3
36.Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα	0	1	2	3
37.Προσευχόμουν	0	1	2	3
38.Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα	0	1	2	3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Πίνακας 1

Ανάλυση Βασικών συνιστωσών (principal component analysis) του «Ερωτηματολογίου Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας QD2»

Ερωτήσεις- Προτάσεις	Initial	Extraction (1 ^η Βασική Συνιστώσ α)
KAT1	1,000	,380
KAT2	1,000	,136
KAT3	1,000	,486
KAT4	1,000	,301
KAT5	1,000	,356
KAT6	1,000	,428
KAT7	1,000	,105
KAT8	1,000	,416
KAT9	1,000	,190
KAT10	1,000	,105
KAT11	1,000	,133
KAT12	1,000	,293
KAT13	1,000	,265
KAT14	1,000	,410
KAT15	1,000	,175
KAT16	1,000	,352
KAT17	1,000	,372
KAT18	1,000	,161
KAT19	1,000	,397
KAT20	1,000	,533
KAT21	1,000	,430
KAT22	1,000	,294

KAT23	1,000	,275
KAT24	1,000	,129
KAT25	1,000	,373
KAT26	1,000	,196
KAT27	1,000	,329
KAT28	1,000	,092
KAT29	1,000	,392
KAT30	1,000	,051
KAT31	1,000	,227
KAT32	1,000	,541
KAT33	1,000	,077
KAT34	1,000	,387
KAT35	1,000	,101
KAT36	1,000	,270
KAT37	1,000	,380
KAT38	1,000	,396
KAT39	1,000	,359
KAT40	1,000	,397
KAT41	1,000	,226
KAT42	1,000	,256
KAT43	1,000	,436
KAT44	1,000	,364
KAT45	1,000	,394
KAT46	1,000	,331
KAT47	1,000	,225
KAT48	1,000	,443
KAT49	1,000	,256
KAT50	1,000	,388
KAT51	1,000	,359
KAT52	1,000	,524

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Πίνακας 2

Ανάλυση Βασικών συνιστωσών (principal component analysis) του «Ερωτηματολογίου Κοινωνικής Υποστήριξης SSQ-6»

Ερωτήσεις- Προτάσεις	Initial	Extraction (1 ^η Βασική Συνιστώσ α)
ΚΟΙΝ.ΥΠ.1	1,000	,861
ΚΟΙΝ.ΥΠ.2	1,000	,841
ΚΟΙΝ.ΥΠ.3	1,000	,725
ΚΟΙΝ.ΥΠ.4	1,000	,885
ΚΟΙΝ.ΥΠ.5	1,000	,793
ΚΟΙΝ.ΥΠ.6	1,000	,808

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Πίνακας 3

Ανάλυση Βασικών συνιστωσών (principal component analysis) του «Ερωτηματολογίου Εκτίμησης των Μηχανισμών Άμυνας (LSI)»

Ερωτήσεις- Προτάσεις	Initial	Extraction (1 ^η Βασική Συνιστώσ α)
MHX.AM.1	1,000	,195
MHX.AM.2	1,000	,309
MHX.AM.3	1,000	,180
MHX.AM.4	1,000	,181

MHX.AM.5	1,000	,253
MHX.AM.6	1,000	,137
MHX.AM.7	1,000	,114
MHX.AM.8	1,000	,288
MHX.AM.9	1,000	,167
MHX.AM.10	1,000	,333
MHX.AM.11	1,000	,101
MHX.AM.12	1,000	,127
MHX.AM.13	1,000	,138
MHX.AM.14	1,000	,311
MHX.AM.15	1,000	,309
MHX.AM.16	1,000	,249
MHX.AM.17	1,000	,202
MHX.AM.18	1,000	,209
MHX.AM.19	1,000	,083
MHX.AM.20	1,000	,246
MHX.AM.21	1,000	,328
MHX.AM.22	1,000	,443
MHX.AM.23	1,000	,379
MHX.AM.24	1,000	,130
MHX.AM.25	1,000	,075
MHX.AM.26	1,000	,334
MHX.AM.27	1,000	,226
MHX.AM.28	1,000	,190
MHX.AM.29	1,000	,306
MHX.AM.30	1,000	,206
MHX.AM.31	1,000	,338
MHX.AM.32	1,000	,280
MHX.AM.33	1,000	,151
MHX.AM.34	1,000	,342
MHX.AM.35	1,000	,258

MHX.AM.36	1,000	,201
MHX.AM.37	1,000	,115
MHX.AM.38	1,000	,408
MHX.AM.39	1,000	,228
MHX.AM.40	1,000	,244
MHX.AM.41	1,000	,315
MHX.AM.42	1,000	,164
MHX.AM.43	1,000	,209
MHX.AM.44	1,000	,256
MHX.AM.45	1,000	,370
MHX.AM.46	1,000	,350
MHX.AM.47	1,000	,149
MHX.AM.48	1,000	,155
MHX.AM.49	1,000	,030
MHX.AM.50	1,000	,380
MHX.AM.51	1,000	,253
MHX.AM.52	1,000	,155
MHX.AM.53	1,000	,402
MHX.AM.54	1,000	,451
MHX.AM.55	1,000	,276
MHX.AM.56	1,000	,266
MHX.AM.57	1,000	,250
MHX.AM.58	1,000	,269
MHX.AM.59	1,000	,327
MHX.AM.60	1,000	,285
MHX.AM.61	1,000	,195
MHX.AM.62	1,000	,289
MHX.AM.63	1,000	,282
MHX.AM.64	1,000	,061
MHX.AM.65	1,000	,203
MHX.AM.66	1,000	,056

MHX.AM.67	1,000	,289
MHX.AM.68	1,000	,444
MHX.AM.69	1,000	,196
MHX.AM.70	1,000	,194
MHX.AM.71	1,000	,389
MHX.AM.72	1,000	,225
MHX.AM.73	1,000	,386
MHX.AM.74	1,000	,265
MHX.AM.75	1,000	,240
MHX.AM.76	1,000	,074
MHX.AM.77	1,000	,246
MHX.AM.78	1,000	,425
MHX.AM.79	1,000	,246
MHX.AM.80	1,000	,298
MHX.AM.81	1,000	,238
MHX.AM.82	1,000	,320
MHX.AM.83	1,000	,330
MHX.AM.84	1,000	,342
MHX.AM.85	1,000	,272
MHX.AM.86	1,000	,180
MHX.AM.87	1,000	,265
MHX.AM.88	1,000	,373
MHX.AM.89	1,000	,049
MHX.AM.90	1,000	,164
MHX.AM.91	1,000	,386
MHX.AM.92	1,000	,182
MHX.AM.93	1,000	,327
MHX.AM.94	1,000	,208
MHX.AM.95	1,000	,163
MHX.AM.96	1,000	,244
MHX.AM.97	1,000	,318

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Πίνακας 4

Ανάλυση Βασικών συνιστωσών (principal component analysis) της «Κλίμακας Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων»

Ερωτήσεις- Προτάσεις	Initial	Extraction (1 ^η Βασική Συνιστώσ α)
ΣΑΑΚ1	1,000	,125
ΣΑΑΚ2	1,000	,207
ΣΑΑΚ3	1,000	,398
ΣΑΑΚ4	1,000	,255
ΣΑΑΚ5	1,000	,654
ΣΑΑΚ6	1,000	,255
ΣΑΑΚ7	1,000	,512
ΣΑΑΚ8	1,000	,469
ΣΑΑΚ9	1,000	,475
ΣΑΑΚ10	1,000	,471
ΣΑΑΚ11	1,000	,435
ΣΑΑΚ12	1,000	,402
ΣΑΑΚ13	1,000	,358
ΣΑΑΚ14	1,000	,363
ΣΑΑΚ15	1,000	,445
ΣΑΑΚ16	1,000	,438
ΣΑΑΚ17	1,000	,348

ΣΑΑΚ18	1,000	,355
ΣΑΑΚ19	1,000	,487
ΣΑΑΚ20	1,000	,571
ΣΑΑΚ21	1,000	,371
ΣΑΑΚ22	1,000	,746
ΣΑΑΚ23	1,000	,526
ΣΑΑΚ24	1,000	,499
ΣΑΑΚ25	1,000	,696
ΣΑΑΚ26	1,000	,439
ΣΑΑΚ27	1,000	,696
ΣΑΑΚ28	1,000	,481
ΣΑΑΚ29	1,000	,271
ΣΑΑΚ30	1,000	,328
ΣΑΑΚ31	1,000	,495
ΣΑΑΚ32	1,000	,433
ΣΑΑΚ33	1,000	,449
ΣΑΑΚ34	1,000	,509
ΣΑΑΚ35	1,000	,673
ΣΑΑΚ36	1,000	,504
ΣΑΑΚ37	1,000	,793
ΣΑΑΚ38	1,000	,265

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Πίνακας 5

Καταθλιπτική Συμπτωματολογία

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
KAT1	,529	,105	,299
KAT2	,028	,351	,110
KAT3	-,071	,161	,674
KAT4	,474	,125	,247
KAT5	,108	,586	,020
KAT6	,132	,619	,165
KAT7	,284	,156	,002
KAT8	,045	,120	,632
KAT9	,192	,376	,107
KAT10	,302	,054	,104
KAT11	,357	,063	,038
KAT12	,518	,099	,123
KAT13	,171	,441	,204
KAT14	,348	,532	,074
KAT15	,248	,336	-,022
KAT16	,510	,156	,260
KAT17	,574	,136	,155
KAT18	,248	,170	,265
KAT19	,242	,164	,558
KAT20	,434	,262	,526
KAT21	,196	,440	,445
KAT22	,420	,202	,277
KAT23	,288	-,102	,426
KAT24	,175	,299	,094
KAT25	-,060	,329	,511
KAT26	,372	,177	,162

KAT27	,304	,465	,143
KAT28	,197	,185	-,137
KAT29	,176	,165	,577
KAT30	,164	,094	-,124
KAT31	,400	,243	,092
KAT32	,463	,348	,453
KAT33	,006	,274	,042
KAT34	,618	,073	-,018
KAT35	,279	,153	-,014
KAT36	,357	,287	,245
KAT37	,467	,347	,203
KAT38	,260	-,030	,572
KAT39	,345	,359	,334
KAT40	,268	,476	,314
KAT41	,403	,251	-,034
KAT42	,007	,410	,296
KAT43	,046	,608	,252
KAT44	,532	,167	,232
KAT45	,381	,498	,036
KAT46	,334	,468	-,005
KAT47	,166	,444	,020
KAT48	,219	,608	,159
KAT49	,171	,472	,063
KAT50	,595	,060	,173
KAT51	,312	,226	,460
KAT52	,558	,382	,257

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 8 iterations.

Πίνακας 6

Κοινωνική Υποστήριξη

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
ΚΟΙΝ.ΥΠ.1	,878	,299
ΚΟΙΝ.ΥΠ.2	,835	,378
ΚΟΙΝ.ΥΠ.3	,548	,652
ΚΟΙΝ.ΥΠ.4	,277	,899
ΚΟΙΝ.ΥΠ.5	,611	,648
ΚΟΙΝ.ΥΠ.6	,701	,562

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 3 iterations.

Πίνακας 7

Μηχανισμοί Άμυνας

Rotated Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
ΜΗΧ.ΑΜ.1	-,029	-,187	,122	,352	-,138	-,023
ΜΗΧ.ΑΜ.2	,269	,384	-,085	,102	,080	-,256
ΜΗΧ.ΑΜ.3	,112	,393	,050	-,026	,040	,088
ΜΗΧ.ΑΜ.4	-,006	-,054	-,121	-,004	,190	,357
ΜΗΧ.ΑΜ.5	,154	,020	,431	,145	,021	-,145
ΜΗΧ.ΑΜ.6	,056	,043	-,143	-,024	-,076	,324
ΜΗΧ.ΑΜ.7	,312	,093	-,049	-,014	-,050	-,052
ΜΗΧ.ΑΜ.8	,466	-,055	-,143	-,201	,084	-,014

MHX.AM.9	,370	,077	-,035	,083	,023	,123
MHX.AM.10	-,163	,536	-,076	,020	,082	-,077
MHX.AM.11	,161	-,035	-,159	-,013	,023	,219
MHX.AM.12	-,017	,251	,082	,146	,189	,007
MHX.AM.13	,063	-,277	-,002	,140	-,190	,039
MHX.AM.14	,281	,192	-,214	-,055	,295	-,244
MHX.AM.15	,133	,343	-,309	-,078	,261	,064
MHX.AM.16	-,030	,057	-,143	,458	,119	,010
MHX.AM.17	,072	-,170	-,043	,352	-,098	,180
MHX.AM.18	,006	,224	-,034	-,219	,313	,108
MHX.AM.19	-,015	,192	,011	-,054	,004	,207
MHX.AM.20	,222	,355	-,103	-,217	-,106	,035
MHX.AM.21	,172	,135	,526	-,047	-,023	-,025
MHX.AM.22	,000	-,177	,121	,596	-,121	-,166
MHX.AM.23	,547	,119	-,017	,129	-,210	,060
MHX.AM.24	,315	,153	-,078	,028	-,021	,018
MHX.AM.25	-,051	,070	,025	-,103	,126	,201
MHX.AM.26	,282	,135	-,128	,074	,068	-,457
MHX.AM.27	,384	,083	,133	,067	-,069	,210
MHX.AM.28	,318	,011	-,021	,005	-,259	,146
MHX.AM.29	-,007	,544	,059	-,028	-,038	,062
MHX.AM.30	-,096	-,011	,201	,062	,340	,193
MHX.AM.31	,442	,017	-,256	-,262	-,062	-,065
MHX.AM.32	,070	-,012	,495	,092	-,053	-,135
MHX.AM.33	-,022	,329	-,009	-,087	,177	,054
MHX.AM.34	-,301	,011	,155	,428	-,201	,064
MHX.AM.35	,019	,113	,095	-,073	-,095	,471
MHX.AM.36	-,012	,036	,113	,000	,429	,055
MHX.AM.37	,080	,171	-,150	,162	,090	-,151
MHX.AM.38	,587	,090	,138	-,078	,169	,041
MHX.AM.39	,105	,286	,145	,183	,282	-,030

MHX.AM.40	,050	,448	,180	-,066	-,057	,030
MHX.AM.41	,535	,067	,008	,038	,091	,119
MHX.AM.42	,082	,335	,090	,025	-,079	-,173
MHX.AM.43	,154	-,044	-,141	,174	,152	,332
MHX.AM.44	,083	-,170	,108	,252	,061	,376
MHX.AM.45	-,040	,572	,123	-,032	,102	,123
MHX.AM.46	,135	,046	,539	,045	,173	-,080
MHX.AM.47	,257	,168	-,176	-,151	,019	-,034
MHX.AM.48	,118	,300	-,145	,104	,139	,004
MHX.AM.49	,135	-,049	-,022	-,057	-,076	-,006
MHX.AM.50	,020	,475	-,044	-,036	,363	,139
MHX.AM.51	,096	,345	,258	,108	,006	-,215
MHX.AM.52	-,144	,317	,136	-,080	,090	,027
MHX.AM.53	-,016	,163	,595	-,127	,043	,059
MHX.AM.54	,051	,158	-,186	-,111	,549	-,274
MHX.AM.55	,456	-,159	,144	-,012	,115	-,090
MHX.AM.56	,188	-,080	,031	,282	,231	,300
MHX.AM.57	,413	,104	,176	,124	,119	-,091
MHX.AM.58	,015	,380	,202	-,204	,045	-,200
MHX.AM.59	,220	,278	-,126	-,065	-,024	,425
MHX.AM.60	,139	,130	-,236	-,127	,404	,115
MHX.AM.61	,107	,122	-,012	,408	-,039	,009
MHX.AM.62	,182	,027	-,055	-,123	,229	,429
MHX.AM.63	,491	,040	,028	-,049	,094	,164
MHX.AM.64	,101	,110	-,065	,152	,084	-,067
MHX.AM.65	,088	-,127	,191	,236	,286	,071
MHX.AM.66	,031	-,188	,028	,011	-,008	-,136
MHX.AM.67	,322	,112	-,380	-,083	,121	-,082
MHX.AM.68	,017	-,103	,068	,642	-,091	-,087
MHX.AM.69	-,039	,393	-,194	,041	,025	-,007
MHX.AM.70	,173	,074	,189	-,043	,282	,204

MHX.AM.71	,423	,059	-,199	-,256	,261	,182
MHX.AM.72	,157	,003	,438	,082	,047	,003
MHX.AM.73	,546	-,022	,143	-,134	,214	,063
MHX.AM.74	,141	,464	,119	,072	,099	,025
MHX.AM.75	,251	,395	-,141	-,006	,027	,022
MHX.AM.76	,012	-,011	-,204	,040	,165	-,056
MHX.AM.77	-,231	,022	,134	,412	,065	-,019
MHX.AM.78	,184	,272	-,086	-,255	,491	-,067
MHX.AM.79	,072	-,006	,255	,182	,375	-,048
MHX.AM.80	-,063	-,032	,028	,214	-,090	,488
MHX.AM.81	,299	-,154	-,005	-,045	,268	,224
MHX.AM.82	-,143	,083	-,048	,529	,002	-,107
MHX.AM.83	,408	-,033	-,388	-,053	,002	-,092
MHX.AM.84	,527	,006	,204	,128	,069	-,038
MHX.AM.85	,053	,057	-,014	-,131	-,070	,494
MHX.AM.86	,136	,301	-,167	,012	,127	-,164
MHX.AM.87	,224	,159	-,114	,156	-,007	,390
MHX.AM.88	,257	,446	-,130	-,121	-,257	,100
MHX.AM.89	,122	-,017	-,029	,057	-,107	,134
MHX.AM.90	,153	-,072	,130	,316	-,070	,118
MHX.AM.91	,154	,144	-,138	,083	,506	-,243
MHX.AM.92	,418	,023	,063	,048	,028	,009
MHX.AM.93	,315	,182	-,375	-,121	-,180	,088
MHX.AM.94	-,075	,076	,005	,404	,183	,012
MHX.AM.95	,084	,376	,041	,067	-,094	-,007
MHX.AM.96	,435	,007	,226	,036	,050	,005
MHX.AM.97	,245	-,019	-,505	,012	-,034	,043

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 12 iterations.

Πίνακας 8

Αντιμετώπιση Αγχογόνων Καταστάσεων

Rotated Component Matrix^a

	Component				
	1	2	3	4	5
ΣΑΑΚ1	,294	-,005	,097	-,058	,162
ΣΑΑΚ2	-,010	,194	-,155	,365	,110
ΣΑΑΚ3	-,152	,478	-,108	,361	,071
ΣΑΑΚ4	-,046	,119	-,123	,412	,232
ΣΑΑΚ5	,060	,077	,797	-,054	,083
ΣΑΑΚ6	,383	,316	,003	-,067	,060
ΣΑΑΚ7	,010	,660	-,047	,179	,208
ΣΑΑΚ8	-,127	,462	-,039	,487	,023
ΣΑΑΚ9	,077	,278	-,202	,588	-,071
ΣΑΑΚ10	,210	,178	-,397	,460	-,160
ΣΑΑΚ11	,492	-,224	,068	,323	,184
ΣΑΑΚ12	,476	,119	,029	-,396	,058
ΣΑΑΚ13	,263	-,038	,528	,071	,056
ΣΑΑΚ14	,536	-,187	,189	,034	,060
ΣΑΑΚ15	,018	,110	,014	,651	-,096
ΣΑΑΚ16	,579	-,066	,235	,195	,077
ΣΑΑΚ17	,200	,099	,067	,537	,069
ΣΑΑΚ18	,206	,364	,163	-,346	,185
ΣΑΑΚ19	,600	-,093	,342	,011	,044
ΣΑΑΚ20	,321	,148	,660	-,058	,082
ΣΑΑΚ21	,502	,263	-,050	,011	-,218

ΣAAK22	,131	,237	,029	,011	,820
ΣAAK23	,380	-,077	,337	,232	,457
ΣAAK24	,562	-,112	,251	,121	,305
ΣAAK25	,156	,051	,806	-,131	,046
ΣAAK26	,201	-,022	,154	,563	,240
ΣAAK27	,079	,069	,809	-,164	,060
ΣAAK28	,682	,018	,097	-,010	-,078
ΣAAK29	,058	,424	,069	-,247	,149
ΣAAK30	,554	,115	-,057	-,004	-,071
ΣAAK31	,667	,069	,097	,022	,187
ΣAAK32	,615	-,014	,066	,151	,164
ΣAAK33	-,117	,633	-,003	,149	,112
ΣAAK34	,054	,685	,078	,154	-,082
ΣAAK35	-,080	,792	,105	,169	-,008
ΣAAK36	,173	,665	,064	,147	,074
ΣAAK37	,092	,258	,099	-,003	,841
ΣAAK38	,150	,050	,249	,204	,369

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 8 iterations.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Συσχετίσεις, Μέσοι όροι, Γραμμική παλινδρόμηση

Correlations

		Σκορ καταθλιψη	Θετική προσέγγιση - σαακ	Ευχολογία/ονειροπόληση- σαακ	Ανο κοινων υπο- σαακ
Σκορ καταθλιψη	Pearson Correlation	1	-,238**	,435**	-,24
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	262	262	262	262
Θετική προσέγγιση - σαακ	Pearson Correlation	-,238**	1	,083	,395
	Sig. (2-tailed)	,000		,182	,000
	N	262	262	262	262
Ευχολογία/ονειροπόληση - σαακ	Pearson Correlation	,435**	,083	1	,112
	Sig. (2-tailed)	,000	,182		,070
	N	262	262	262	262
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης- σαακ	Pearson Correlation	-,241**	,395**	,112	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,070	
	N	262	262	262	262
Αποφυγή/Διαφυγή- σαακ	Pearson Correlation	,243**	,131*	,377**	-,13
	Sig. (2-tailed)	,000	,034	,000	,032
	N	262	262	262	262
Αναζήτηση Θεικής βοήθειας/Θετική επαναξιολόγηση- σαακ	Pearson Correlation	-,071	,379**	,298**	,334
	Sig. (2-tailed)	,249	,000	,000	,000
	N	262	262	262	262

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Σκορ καταθλιψη	Προβολή- άμυνες	Υπεραναπλήρωση- άμυνες	Σημείο δυσαν άμυνες
Σκορ καταθλιψη	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 262	-,457** ,000 262	-,469** ,000 262	-, ,0 26
Προβολή- άμυνες	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,457** ,000 262	1 ,000 262	,233** ,000 262	,1 ,0 26
Υπεραναπλήρωση- άμυνες	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,469** ,000 262	,233** ,000 262	1 ,000 262	,1 ,0 26
Σχηματισμός δια του αντιθέτου- άμυνες	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,122* ,048 262	,116 ,061 262	,144* ,020 262	1 26
Άρνηση- άμυνες	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,265** ,000 262	-,132* ,032 262	-,076 ,218 262	,0 ,4 26
Συγκινησιακή παλινδρόμηση- άμυνες	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,286** ,000 262	,266** ,000 262	,340** ,000 262	,1 ,0 26
Απόθεση- άμυνες	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,174** ,005 262	,265** ,000 262	,108 ,080 262	-, ,8 26

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		Σκορ καταθλιψη	Εμπιστοσύνη	Φροντίδα-αποδοχή
Σκορ καταθλιψη	Pearson Correlation	1	-,393**	-,387**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	262	262	262
Εμπιστοσύνη	Pearson Correlation	-,393**	1	,839**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	262	262	262
Φροντίδα-αποδοχή	Pearson Correlation	-,387**	,839**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	262	262	262

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANOVA ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
thetpros	Between Groups	561,201	2	280,600	7,330	,001
	Within Groups	9914,784	259	38,281		
	Total	10475,985	261			
Ευχολογία/ονειροπόληση-σαακ	Between Groups	1036,595	2	518,298	24,278	,000
	Within Groups	5529,328	259	21,349		
	Total	6565,924	261			
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης-σαακ	Between Groups	150,116	2	75,058	6,415	,002
	Within Groups					

	Within Groups	3030,373	259	11,700		
	Total	3180,489	261			
Αποφυγή/Διαφυγή- σαακ	Between Groups	167,533	2	83,766	4,695	,010
	Within Groups	4621,174	259	17,842		
	Total	4788,706	261			
Αναζήτηση Θεικής βοήθειας/Θετική επαναξιολόγηση- σαακ	Between Groups	7,896	2	3,948	,427	,653
	Within Groups	2396,673	259	9,254		
	Total	2404,569	261			

ANOVA

		Sum Squares	of df	Mean Square	F	Sig.
Προβολή- άμυνες	Between Groups	672,014	2	336,007	23,290	,000
	Within Groups	3736,597	259	14,427		
	Total	4408,611	261			
Υπεραναπλήρωση- άμυνες	Between Groups	766,024	2	383,012	26,649	,000
	Within Groups	3722,530	259	14,373		
	Total	4488,553	261			
Σχηματισμός δια του αντιθέτου- άμυνες	Between Groups	1,555	2	,778	1,244	,290
	Within Groups	161,884	259	,625		
	Total	163,439	261			
Άρνηση- άμυνες	Between Groups	75,883	2	37,942	6,862	,001
	Within Groups	1432,041	259	5,529		
	Total	1507,924	261			

Συγκινησιακή παλινδρόμηση- άμυνες	Between Groups	66,558	2	33,279	7,542	,001
	Within Groups	1142,892	259	4,413		
	Total	1209,450	261			
Απόθηση- άμυνες	Between Groups	22,239	2	11,119	2,293	,103
	Within Groups	1255,979	259	4,849		
	Total	1278,218	261			

ANOVA

		Sum Squares	of df	Mean Square	F	Sig.
Εμπιστοσύνη	Between Groups	368,304	2	184,152	18,396	,000
	Within Groups	2592,769	259	10,011		
	Total	2961,073	261			
Φροντίδα- αποδοχή	Between Groups	315,848	2	157,924	17,266	,000
	Within Groups	2368,995	259	9,147		
	Total	2684,844	261			

Γραμμική παλινδρόμηση

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,699 ^a	,489	,473	7,439

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	64,363	8,872		7,254	,000

Προβολή- άμυνες	-,729	,125	-,293	-5,859	,000
Υπεραναπλήρωση- άμυνες	-,601	,131	-,243	-4,605	,000
Άρνηση- άμυνες	,324	,214	,076	1,517	,131
Φροντίδα- αποδοχή	-,016	,272	-,005	-,058	,954
Εμπιστοσύνη	-,461	,256	-,152	-1,799	,073
thetpros	-,238	,088	-,147	-2,694	,008
Ευχολογία/ονειροπόλη ση- σαακ	,463	,109	,226	4,261	,000
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης- σαακ	-,322	,159	-,110	-2,029	,044

a. Dependent Variable: Σκορ κατάθλιψη

