



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**Διευθυντής Επίκουρος Καθηγητής Δαρδιώτης Ευθύμιος**

**Διδακτορική Διατριβή**

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΒΙΩΜΕΝΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ  
ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ»**

υπό

**ΜΑΡΙΑΣ ΚΙΤΤΑ**

Κοινωνικής Λειτουργού MSc, MEd

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2019

© 2018 ΚΙΤΤΑ ΜΑΡΙΑ

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του Ν.5343/1932).

**Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής  
(10<sup>η</sup> ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ α.ε. 2018- 2019 Τ.Ι./13-02-2019):**

- |   |   |
|---|---|
| <b>1<sup>ος</sup> Εξεταστής<br/>(Επιβλέπων)</b> | <b>Δαρδιώτης Ευθύμιος</b><br>Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογία, Τμήμα Ιατρικής,<br>Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας  |
| <b>2<sup>ος</sup> Εξεταστής</b>                 | <b>Μπονώτης Κωνσταντίνος</b><br>Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρική, Τμήμα Ιατρικής,<br>Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας   |
| <b>3<sup>ος</sup> Εξεταστής</b>                 | <b>Γκούβα Μαίρη</b><br>Καθηγήτρια, Ψυχολογία Ασθενών, Οικογενειών και<br>Επαγγελματιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο<br>Ιωαννίνων        |
| <b>4<sup>ος</sup> Εξεταστής</b>                 | <b>Σκεντέρης Νικόλαος</b><br>Αναπληρωτής Καθηγητής, Παιδιατρική-Κοινωνική και<br>Αναπτυξιακή Παιδιατρική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο<br>Θεσσαλίας |
| <b>5<sup>ος</sup> Εξεταστής</b>                 | <b>Χατζόγλου Χρυσή</b><br>Καθηγήτρια, Ιατρική Φυσιολογία, Τμήμα Ιατρικής,<br>Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας   |
| <b>6<sup>ος</sup> Εξεταστής</b>                 | <b>Κοτρώτσιου Ευαγγελία</b><br>Καθηγήτρια, Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Φροντίδα,<br>Τμήμα Γενικό, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας                           |
| <b>7<sup>ος</sup> Εξεταστής</b>                 | <b>Τσιρώνη- Μαλίζου Ευαγγελία</b><br>Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Οφθαλμολογία, Τμήμα<br>Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας                               |

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ, αρχικά, τον επιβλέποντα της διδακτορικής μου διατριβής Επίκουρο Καθηγητή κο Ευθύμιο Δαρδιώτη για την πολύτιμη βοήθεια του στην ολοκλήρωσή της και για την ευγενική του συμπεριφορά απέναντί μου.

Ευχαριστώ, επίσης, τον Καθηγητή κο Γεώργιο Χατζηγεωργίου που, ως επιβλέπων της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής για μεγάλο διάστημα της εκπόνησης της διδακτορικής μου διατριβής, συνέβαλε ουσιαστικά στην υλοποίησή της.

Ευχαριστώ, επίσης, το μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής μου επιτροπής Επίκουρο Καθηγητή κο Κωνσταντίνο Μπονώτη μου για την υποστήριξη, τη βοήθεια και την ευγενική του συμπεριφορά απέναντί μου.

Ιδιαίτερα, ευχαριστώ το μέλος της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής Καθηγήτρια κα Μαίρη Γκούβα για τη βοήθεια της στην επιλογή θέματος και την συλλογή του πειραματικού υλικού, για την επιστημονική καθοδήγηση και τη διαρκή στήριξή της εδώ και πολλά χρόνια στις επιστημονικές προσπάθειές μου και την εν γένει εξαιρετική συμπεριφορά της απέναντί μου.

Θέλω, ακόμη, να ευχαριστήσω τα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς εξεταστικής επιτροπής της διατριβής μου τον Αναπληρωτή Καθηγητή κο Νικόλαο Σκεντέρη, την Καθηγήτρια κα Χρυσή Χατζόγλου, την Καθηγήτρια κα Ευαγγελία Κοτρώτσιου και την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Ευαγγελία Τσιρώνη για τις πολύτιμες υποδείξεις τους και τη βοήθειά τους στην ολοκλήρωση και παρουσίαση της διατριβής μου.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου και ιδιαίτερα τις ανηψούλες μου Αριάδνη και Φαίδρα που κάθε φορά που δυσκολευόμουν, μ' ένα χαμόγελό τους μου έδιναν χαρά και κέφι.

Μαρία Κίττα

## ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Έλαβα Πτυχίο του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας το 2008 και τον ίδιο χρόνο την άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικής Λειτουργού. Το 2012, έλαβα το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Το 2017 έλαβα το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης «Επιστήμες Αγωγής- Ειδική Εκπαίδευση» του Πανεπιστημίου Λευκωσίας το οποίο αναγνωρίστηκε από το ΔΟΑΤΑΠ. Εργάστηκα: ως Κοινωνική Λειτουργός επί δύο (2) έτη με σύμβαση εργασίας στο ΚΕΤΕΑΘ στο πρόγραμμα «Προστασία ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Επί ένα (1) έτος με σύμβαση υποτροφίας σε ερευνητικό πρόγραμμα της Επιτροπής Ερευνών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με τίτλο «eMinds: Teaching Programming towards Early Development of Analytical, Structural and Creative Minds». Επί τρία (3) έτη στον ΟΚΑΝΑ, Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης- Ρίου (Πάτρα) και , Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης- Σωφρονιστικό Κατάστημα Αγ. Στεφάνου Πατρών. Επί ένα (1) έτος με σύμβαση έργου στο ερευνητικό έργο του ΕΚΕΤΑ/ ΙΕΤΕΘ «ΕΠΕΑ-Θ- ΚΡΗΠΙΣ» με αντικείμενο τη βελτίωση ποιότητας ζωής εξαρτημένων ατόμων και ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας και των οικογενειών τους. Επί 6,5 μήνες στο Κ.Ε.Δ.Δ.Υ Αχαΐας ως Αναπληρώτρια Κοινωνική Λειτουργός (ΕΕΠ) του κλάδου ΠΕ30. Επί έξη (6) μήνες με σύμβαση έργου στο ερευνητικό έργο του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας “Raising public awareness of development issues and promoting development education in the European Union”. Τέλος, ως ακαδημαϊκή υπότροφος κατά το χειμερινό και εαρινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2018- 2019 στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας.

Έχω μία (1) δημοσίευση σε περιοδικό με κριτές και οκτώ (8) ανακοινώσεις σε συνέδρια.

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ  
ΒΙΩΜΕΝΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΧΟΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ»**

**ΜΑΡΙΑ ΚΙΤΤΑ**

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2019

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

1. **Δαρδιώτης Ευθύμιος**, Επίκουρος Καθηγητής, Νευρολογία, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας (Επιβλέπων)
2. **Μπονώτης Κωνσταντίνος**, Επίκουρος Καθηγητής, Ψυχιατρική, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
3. **Γκούβα Μαίρη**, Καθηγήτρια, Ψυχολογία Ασθενών, Οικογενειών και  
Επαγγελματιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

## Περίληψη

Στην παρούσα εργασία διερευνήσαμε τις επιπτώσεις βιωμένου παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία, εχθρότητα και λειτουργία της οικογένειας. Για τον σκοπό αυτό 1437 υγιή ενήλικα άτομα (408 άνδρες και 1029 γυναίκες), συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ) και Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων εμπλουτισμένο με ερώτηση αν βίωσαν ή όχι παιδικό τραύμα από Ασθένεια Γονέων, Απώλεια Γονέων, Απώλεια Αγαπημένου Προσώπου, Ενδοοικογενειακή Βία, Διαζύγιο Γονέων, Αλλαγή Περιβάλλοντος, Ασθένεια Ιδίου, Τσακωμούς με Φίλους, Πανελλήνιες, Σχολικό Εκφοβισμό. Το 61,3 % των συμμετεχόντων δήλωσε πως είχε βιώσει παιδικό τραύμα. Από την στατιστική επεξεργασία των ερωτηματολογίων διαπιστώθηκε πως οι ενήλικες που βίωσαν παιδικό τραύμα είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας σε σχέση με αυτούς που δε βίωσαν παιδικό τραύμα. Στην ομάδα των ενηλίκων με βιωμένο παιδικό τραύμα βρέθηκε πως: i) τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, επηρεάζουν γενικά την ψυχοπαθολογία και εχθρότητα στην ενήλικη ζωή τους ενώ η λειτουργία της οικογένειας τους επηρεάζεται μόνον από την οικογενειακή κατάσταση και τον τόπο διαμονής και ii) η Ενδοοικογενειακή Βία οδηγεί σε ψυχολογική δυσφορία και οικογενειακή δυσλειτουργία, η Αλλαγή Περιβάλλοντος, οι Πανελλήνιες και ο Σχολικός εκφοβισμός στιγματίζουν τον ψυχισμό των ενηλίκων που τα βίωσαν στην παιδική τους ηλικία και το διαζύγιο των γονιών προκαλεί χαλάρωση των οικογενειακών σχέσεων. Τα ευρήματα αυτά προτείνεται να αξιοποιηθούν από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για θωράκιση των επαγγελματιών υγείας και ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και από τη

Σχολική Αγωγή με ενίσχυση της συμπεριληπτικής εκπαίδευσης και την ανάπτυξη δράσεων από το σύνολο της εκπαιδευτικής κοινότητας.

### **Abstract**

In the present study we investigated the impact of childhood trauma on psychopathology, hostility and family functioning in later life. For this purpose 1437 healthy adults (408 men and 1029 women) filled out the Psychopathology Scale (SCL-90), the Hostility and Direction of Hostility (HDHQ) and the Family Environment (FES) questionnaires and a socio-demographic questionnaire enriched with question whether or not they have experienced childhood trauma from Parental Disease, Parental Loss, Loss of Beloved Person, Domestic Violence, Parental Divorce, Change Environment, Idio Disease, School bullying, Conflicts with Friends, Panhellenic Exams. From the participants, a percentage 61.3% reported they had experienced childhood trauma. From the statistical treatment of questionnaires it was found that adults who experienced childhood trauma had higher levels of psychopathology and hostility against those without trauma. Furthermore, in the group of adults with lived childhood trauma, was found that: (i) demographic characteristics generally affect psychopathology and hostility in their adulthood while their family function is only influenced by their marital status and place of residence; and (ii) Domestic Violence leads in psychological discomfort and family dysfunction, Change in Environment, PanHellenic Exams and School Bullying stigmatize the psyche of adults who have experienced them in their childhood and the divorce of parents leads relaxation of family relationships. These findings are suggested to be harnessed by Primary Health Care for shielding health professionals and strengthening mental health services and school education by enhancing inclusive education and developing actions by the entire educational community



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	<b>Σελίδα</b>
<b>I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>14</b>
1. Γενικά Περί Τραύματος	14
1.1. Τί λέγεται τραύμα	14
1.2. Οι Επιδράσεις του Ψυχικού Τραύματος	17
1.3. Τραύμα και Προσάρτηση	19
1.4. Τραύμα και Εγκεφαλική Ανάπτυξη	22
1.5. Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του τραύματος	24
2. Τραυματικές Εμπειρίες σε Πρώιμη Ηλικία	27
2.1. Τραυματικές Εμπειρίες Παιδιών και Εφήβων	27
2.2. Τραυματικές Εμπειρίες Εφήβων	29
3. Επιδράσεις του Βιωμένου Παιδικού Τραύματος στην Ενήλικη Ζωή	35
3.1. Ο Ρόλος των Πρώιμων Τραυματικών Εμπειριών στην Ψυχοπαθολογία και Επιθετικότητα	35
3.2. Ο Ρόλος των Πρώιμων Τραυματικών Εμπειριών στην Λειτουργία της Οικογένειας	39
3.3. Οι επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων	41

3.3.1.	<i>Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες</i>	41
3.3.2.	<i>Άμεσες συνέπειες στην παιδική ηλικία</i>	42
3.3.3.	<i>Μακροχρόνιες συνέπειες στην ενήλικη ζωή</i>	43
3.3.4.	<i>Κοινωνικές συνέπειες</i>	44
4	Ποσοτικοποίηση επιπτώσεων παιδικού τραύματος	45
<b>II.</b>	<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	49
5.	Σκοπός της εργασίας	49
5.1.	Ερευνητικές υποθέσεις	50
6.	Μέθοδος	51
6.1.	Δείγμα	51
6.2.	Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία	53
6.2.1.	<i>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist-90-Revised</i>	53
6.2.2.	<i>Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire)</i>	56
6.2.3.	<i>Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, FES)</i>	57
6.2.4.	<i>Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων</i>	59
6.3.	Διαδικασία	60
6.4.	Στατιστική επεξεργασία	60

7..	Ερευνητικά αποτελέσματα	63
7.1.	Κοινωνικό - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος	63
7.1.1.	<i>Δημογραφικό προφίλ</i>	63
7.1.2.	<i>Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος</i>	66
7.2..	Επίδραση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην ύπαρξη ή μη παιδικού τραύματος	68
7.2.1.	<i>Ύπαρξη παιδικού τραύματος σε σχέση με την Ηλικία</i>	69
7.2.2	<i>Ύπαρξη παιδικού τραύματος σε σχέση με το Φύλο</i>	69
7.2.3.	<i>Ύπαρξη παιδικού τραύματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση</i>	70
7.2.4.	<i>Ύπαρξη παιδικού τραύματος σε σχέση με τον τόπο διαμονής</i>	71
7.2.5.	<i>Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την ύπαρξη αδελφού-αδελφής</i>	71
7.2.6.	<i>Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την ύπαρξη τέκνων</i>	72
7.2.7.	<i>Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης</i>	73
7.2.8.	<i>Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την επαγγελματική κατάσταση</i>	74
7.2.9.	<i>Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την επίσκεψη σε ψυχολόγο</i>	75
7.2.10.	<i>Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την ύπαρξη ψυχολογικής βοήθειας</i>	75

	<i>μη, με βάση την ύπαρξη χρόνιας σωματικής νόσου</i>	
7.2.11.	<i>Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση τον τύπο χρόνιας σωματικής νόσου</i>	76
7.2.12.	<i>Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την λήψη φαρμάκων εξαιτίας της χρόνιας σωματικής νόσου</i>	78
7.3.	Διερεύνηση διαφορών μεταξύ ατόμων με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη κατά τη παιδική ηλικία στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας & εχθρότητας	79
7.4.	Διερεύνηση διαφορών μεταξύ ατόμων με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη κατά τη παιδική ηλικία στις υποκλίμακες Οικογενειακού περιβάλλοντος (FES)	83
7.5.	Μελέτη του ρόλου των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος	85
7.6.	Ο ρόλος των τύπων στρεσογόνου γεγονότος στη μεταβλητότητα των τιμών των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος	96
7.7.	Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) σε ενήλικα άτομα με βιωμένη παιδική στρεσογόνο εμπειρία	103
8.	Συζήτηση	108

8.1.	Επίδραση Κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην ύπαρξη ή μη παιδικού τραύματος	106
8.2.	Η ψυχοπαθολογία ενηλίκων με βίωμα και μη παιδικού τραύματος	109
8.3.	Η εχθρότητα για Ενήλικες με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα και για Ενήλικες χωρίς Βιωμένο Παιδικό Τραύμα	114
8.4.	Οικογενειακό Περιβάλλον (Οικογενειακές σχέσεις - Προσωπική εξέλιξη και ωρίμανση - Δομή του οικογενειακού συστήματος) για Ενήλικες με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα και Ενήλικες χωρίς Βιωμένο Παιδικό Τραύμα	117
8.5.	Ψυχοπαθολογία, Εχθρότητα και Οικογενειακό περιβάλλον Ενηλίκων με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα	121
8.5.1.	<i>Επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών</i>	121
8.5.2.	<i>Συσχετίσεις</i>	128
8.5.3..	<i>Επίδραση του τύπου παιδικού τραύματος</i>	130
9	Διασύνδεση με την προαγωγή της Ψυχικής Υγείας και την Σχολική Αγωγή και την Ειδική Εκπαίδευση	136
9.1.	Διασύνδεση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	136
9.2.	Διασύνδεση με τη Σχολική Αγωγή	145
10.	Συμπεράσματα	150
11.	Βιβλιογραφία	154
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	173

## I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. Γενικά Περί Τραύματος

Κάθε άνθρωπος, σε κάποια στιγμή της ζωής του, θα έρθει αντιμέτωπος με μία τραυματική εμπειρία. Οι τραυματικές εμπειρίες είναι διαφορετικές για τον καθένα από εμάς, επηρεάζουν άλλους λιγότερο και άλλους περισσότερο. Ο κάθε άνθρωπος μπορεί να βιώσει ως τραυματική εμπειρία οποιοδήποτε γεγονός τον κάνει να νιώσει πως απειλείται η ζωή του. Υπάρχουν τραυματικές εμπειρίες που βιώνονται από το κάθε άτομο ξεχωριστά, όπως η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, μια χρόνια και θανατηφόρα ασθένεια. Πολλές τραυματικές εμπειρίες όμως, όπως είναι ένας σεισμός, μια πυρκαγιά ή ένα δυστύχημα, πλήττουν πολλά άτομα ταυτόχρονα και έτσι οι εμπειρίες αυτές βιώνονται ομαδικά.

#### 1.1. *Τί λέγεται τραύμα*

Η λέξη «τραύμα» είναι ελληνική, προερχόμενη από τη λέξη της Ιωνικής και Δωρικής διαλέκτου «τρώμα» (Hofmann, 1950, «Ετυμολογικό Λεξικό της Αρχαίας Ελληνικής», σελ.543). Χρησιμοποιείται από τους αρχαίους συγγραφείς όπως τον Αριστοτέλη [«... μυεί τρώμα», (αποσπ.159) ] και τον Θουκυδίδη [«τραυματισθεί πολλά...», (Θουκυδ.4,12)]. Στα παραπάνω κείμενα η αναφορά του τραύματος αφορά τα σωματικά και όχι τα ψυχικά. Σήμερα, διαχωρίζεται το τραύμα σε σωματικό και ψυχικό. Με το ψυχικό τραύμα ασχολείται ο κλάδος της Ψυχολογίας, προσεγγίζοντας το από διαφορετικές οπτικές γωνίες.

Ως Τραύμα ορίζεται μια φυσική ή ψυχολογική απειλή ή επίθεση προς τη σωματική ακεραιότητα του παιδιού, την αίσθηση του εαυτού του, την ασφάλεια ή την επιβίωση ή προς την σωματική ακεραιότητα άλλου προσώπου σημαντικού για το παιδί (Moroz,

2005). Τα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν τραύμα ως αποτέλεσμα μιας σειράς διαφορετικών περιστάσεων, όπως:

- Κακοποίηση, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής, σωματικής, συναισθηματικής.
- Έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία.
- Σοβαρή φυσική καταστροφή, όπως πλημμύρα, πυρκαγιά, σεισμός ή ανεμοστρόβιλος.
- Πόλεμος ή άλλες στρατιωτικές επιχειρήσεις.
- Εγκατάλειψη
- Το να είναι μάρτυρας βίας στη γειτονιά ή το σχολικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των καβγάδων, των πυροβολισμών από αυτοκίνητο εν κινήσει (drive-by shooting), και των επεμβάσεων από δυνάμεις καταστολής του εγκλήματος.
- Προσωπική επίθεση από άλλο πρόσωπο ή ζώο.
- Απαγωγή.
- Σοβαρός εκφοβισμός.
- Ιατρική διαδικασία, χειρουργική επέμβαση, ατύχημα ή σοβαρή ασθένεια.

Συνέπεια του τραύματος είναι το μετατραυματικό στρες, που αποτελεί ένα τραυματικό στρες που παραμένει μετά το τέλος ενός τραυματικού περιστατικού και συνεχίζει να επηρεάζει την ικανότητα του παιδιού να λειτουργήσει. Αν το μετατραυματικό στρες συνεχίζεται και οι νευροφυσιολογικές αντιδράσεις του παιδιού παραμείνουν χρονίως σε εγρήγορση, ακόμη και μετά το τέλος της απειλής και παρά το γεγονός ότι το παιδί έχει επιβιώσει, τότε χρησιμοποιείται ο όρος Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ) για να περιγράψει τα διαρκή

συμπτώματα του παιδιού. Επειδή το τραύμα επηρεάζει την ικανότητα του παιδιού στην αυτορύθμιση, τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά, τα μετατραυματικά συμπτώματα στα βρέφη και τα μικρά παιδιά μπορεί να περιλαμβάνουν μία ή περισσότερες, μέσα από ένα ευρύ φάσμα, συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

- Δυσκολία στον ύπνο, το φαγητό, την πέψη, περιορισμό στην αναπνοή ή την συγκέντρωση.
- Αυξημένη αντανάκλαστική ανταπόκριση και υπερεγρήγορη.
- Ταραχή και υπερδιέγερση, ή υποδιέγερση, τη διάσχιση ή την αποσύνδεση από την πραγματικότητα.
- Αποφυγή επαφής με τα μάτια ή / και σωματικής επαφής.
- Τρομοκρατημένες αντιδράσεις στη θέα διαφόρων πραγμάτων, ήχων ή άλλων αισθητηριακών ερεθισμάτων που θυμίζουν στο παιδί την τραυματική εμπειρία(ες) (για παράδειγμα, ένα σκυλί, η σειρήνα της αστυνομίας ή η μυρωδιά του αλκοόλ στην αναπνοή ενός ατόμου).
- Ενασχόληση με ή αναπαράσταση της τραυματικής εμπειρίας (για παράδειγμα, το παιχνίδι ενός παιδιού μπορεί να πάρει τη μορφή επείγουσας, άκαμπτης ιδιότητας και να μονοπωλείται από ανθρώπους που πυροβολούν ο ένας τον άλλο με περιπολικά και ασθενοφόρα να καταφτάνουν στο σημείο).

Το ψυχολογικό τραύμα μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια ενός τραυματικού περιστατικού (οξύ) ή ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενης (χρόνιας) έκθεσης σε αφόρητο στρες (Terr, 1992). Τα παιδιά που εκτίθενται σε χρόνια τραύματα έχουν γενικά πολύ χειρότερες αποκρίσεις από αυτά που εκτίθενται σε οξεία συμπτωματικά τραύματα. Επιπλέον, η αποτυχία των κηδεμόνων να προστατεύσουν επαρκώς το παιδί μπορεί να βιώνεται ως προδοσία και να συμβάλει περαιτέρω



στην αντιξοότητα της εμπειρίας και των αποτελεσμάτων του τραύματος. Το τραυματικό στρες μπορεί να μεταδοθεί από τους γονείς στα παιδιά τους. Οι γονείς που πάσχουν από μη αντιμετωπισμένη διαταραχή μετατραυματικού στρες συχνά έχουν δυσκολία στην δημιουργία ασφαλούς προσάρτησης με τα παιδιά τους, μπορεί εσωτερικά να μεταδώσουν τα δικά τους συναισθήματα άγχους, οργής και απελπισίας, και με τον τρόπο αυτό να χρωματίσουν τον εσωτερικό κόσμο του παιδιού και το μοντέλο εαυτού του.

Όταν οι κηδεμόνες είναι απειλητικοί, επιβλαβείς ή τρομακτικοί, η εκ προθέσεως ποιότητα του τραύματος από άνθρωπο σε άνθρωπο προκαλεί πιο σοβαρά αρνητικές συνέπειες για το παιδί από ότι το τραύμα από τυχαία αίτια (για παράδειγμα, μια πλημμύρα, πυρκαγιά ή τραυματισμός). Στην πραγματικότητα, όμως, όλα τα τραύματα μπορεί να προκαλέσουν συναισθήματα θυματοποίησης, απώλειας του ελέγχου, απελπισίας και απόγνωσης και πεποίθηση ότι ο κόσμος δεν είναι ασφαλής και η ζωή άδικη.

## **1.2. Οι Επιδράσεις του Ψυχικού Τραύματος**

Το σοβαρό ψυχολογικό τραύμα προκαλεί υποβάθμιση των νευροενδοκρινικών συστημάτων στο σώμα. Το έντονο στρες προκαλεί αντίδραση επιβίωσης μάχης ή φυγής, το οποίο ενεργοποιεί το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και καταστέλλει το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα . Οι αντιδράσεις μάχης ή φυγής αυξάνουν τα επίπεδα κορτιζόλης στο κεντρικό νευρικό σύστημα, το οποίο επιτρέπει στο άτομο να αναλάβει δράση για να επιβιώσει (είτε διάσχιση, είτε υπερδιέγερση ή και τα δύο), η οποία σε ακραία επίπεδα μπορεί να προκαλέσει μεταβολές στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και καταστροφή των εγκεφαλικών κυττάρων.

Στα παιδιά, τα υψηλά επίπεδα της κορτιζόλης μπορεί να διαταράξουν τη διαφοροποίηση των κυττάρων, την κυτταρική μετανάστευση και τις κρίσιμες πτυχές της ολοκλήρωσης του κεντρικού νευρικού συστήματος και της λειτουργίας του. Οι τραυματικές εμπειρίες που αποθηκεύονται στο σώμα και στο νου του παιδιού, και ο φόβος, η διέγερση και η διάσχιση που σχετίζονται με το αρχικό τραύμα μπορεί να συνεχιστούν ακόμη και αφού η απειλή του κινδύνου και η διέγερση έχουν υποχωρήσει .

Παιδιά που εκτίθενται σε οξεία ή χρόνια τραύματα μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα όπως εναλλαγές της διάθεσης, παρορμητικότητα, συναισθηματική ευερεθιστότητα, θυμό και επιθετικότητα, άγχος, κατάθλιψη και διάσχιση. Το πρώιμο τραύμα, ιδιαίτερα στα χέρια ενός κηδεμόνα, μπορεί να αλλάξει σημαντικά την αντίληψη του εαυτού στο παιδί, την εμπιστοσύνη προς τους άλλους και την αντίληψη του κόσμου. Τα παιδιά που πάσχουν από σοβαρό πρώιμο τραύμα συχνά αναπτύσσουν μια αίσθηση του μέλλοντος άνευ προοπτικής. Τείνουν να πιστεύουν ότι η ζωή θα είναι επικίνδυνη, ότι δεν μπορούν να επιβιώσουν, και ως αποτέλεσμα, εγκαταλείπουν την ελπίδα και τις ατομικές μελλοντικές προσδοκίες (Terr, 1992).

Μεταξύ των πιο σοβαρών συνεπειών του πρώιμου τραύματος είναι η διαταραχή της εξατομίκευσης και της διαφοροποίησης μιας ξεχωριστής αίσθησης του εαυτού του παιδιού. Ο κατακερματισμός του αναπτυσσόμενου εαυτού εμφανίζεται ως απάντηση στο άγχος που κατακλύζει τις περιορισμένες ικανότητες του παιδιού για αυτορρύθμιση. Η επιβίωση γίνεται το επίκεντρο των αλληλεπιδράσεων και των δραστηριοτήτων του παιδιού και η προσαρμογή στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός τους μπαίνει σε προτεραιότητα. Τα τραυματισμένα παιδιά χάνουν τον εαυτό τους κατά τη διαδικασία αντιμετώπισης συνεχιζόμενων απειλών προς

την επιβίωσή τους· δεν μπορούν να εμπιστευτούν, να χαλαρώσουν ή να εξερευνήσουν πλήρως τα δικά τους συναισθήματα, ιδέες ή ενδιαφέροντα. Η ανάπτυξη του χαρακτήρα διαμορφώνεται από τις εμπειρίες του παιδιού στις πρώιμες σχέσεις του (Johnson, 1985, 1987). Τα νεαρά θύματα του τραύματος συχνά τείνουν να πιστεύουν ότι υπάρχει κάτι εγγενώς λανθασμένο με αυτά, ότι είναι υπαίτια, απωθητικά, απεχθή, ανήμπορα και ανάξια της προστασίας και της αγάπης. Τέτοια συναισθήματα οδηγούν σε κακή εικόνα του εαυτού, αυτοεγκατάλειψη, και αυτοκαταστροφικότητα. Τελικά, αυτά τα συναισθήματα μπορεί να δημιουργήσουν μια κατάσταση θύματος στο σώμα, τον νου και το πνεύμα που αφήνει το παιδί ή τον ενήλικα ευάλωτο σε επακόλουθο τραύμα και σε εκ νέου θυματοποίηση.

### **1.3. Τραύμα και Προσάρτηση**

Τα παιδιά που στερούνται μια ασφαλή σχέση προσάρτησης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ακραία απορρύθμιση της επίδρασης στο πρόσωπο του τραύματος και την διαρκή ανάπτυξη συμπτωμάτων μετα-τραυματικού στρες. Αντίθετα, η παρουσία μιας ασφαλούς σχέσης προσάρτησης μπορεί να αμβλύνει τις αρνητικές επιπτώσεις του τραύματος και να παρέχει την ασφάλεια και την φροντίδα που επιτρέπει στο παιδί να επεξεργαστεί τα τραυματικά γεγονότα και να επιστρέψει σε μια αίσθηση ασφάλειας και ευημερίας. Οι δεσμοί ασφαλούς προσάρτησης χρησιμεύουν ως πρωταρχικές άμυνες ενάντια στην τραυματική ψυχοπαθολογία τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες (Finkelhor & Browne, 1984). Σε παιδιά που έχουν εκτεθεί σε σοβαρά στρεσογόνους παράγοντες, η ποιότητα του γονικού δεσμού είναι ίσως ο πιο σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για χρονικό βάθος της βλάβης (McFarlane, 1988).

Οι κηδεμόνες παίζουν έναν κρίσιμο ρόλο στη ρύθμιση της φυσιολογικής διέγερσης των παιδιών, παρέχοντας μια ισορροπία μεταξύ του καθησυχασμού και της τόνωσης: αυτή η ισορροπία, με τη σειρά της, ρυθμίζει το κανονικό παιχνίδι και την εξερευνητική δραστηριότητα. Οι επαρκείς κηδεμόνες διατηρούν σε βέλτιστο επίπεδο τη φυσιολογική διέγερση. Οι μη ανταποκρινόμενοι ή καταχρηστικοί γονείς συχνά προωθούν τη χρόνια υπερδιέγερση στα παιδιά. Η χρόνια υπερδιέγερση, με τη σειρά της, συμβάλλει στην αδυναμία του παιδιού να αυτοηρεμεί ή να διαχειρίζεται έντονα συναισθήματα. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ποσοστό ύψους 80% των κακοποιημένων βρεφών και παιδιών έχουν αποδιοργανωμένο, αποπροσανατολισμένο μοτίβο προσάρτησης, συμπεριλαμβανομένων απρόβλεπτων μεταβολών προσέγγισης και αποφυγής προς τις μητέρες τους, καθώς και άλλες συγκρουσιακές συμπεριφορές (π.χ., παρατεταμένη ακινησία) (Lyons-Ruth,, 1991).

Τα παιδιά σχηματίζουν ένα εσωτερικό μοντέλο εργασίας του εαυτού τους και του κόσμου γύρω τους μέσα από τις εμπειρίες τους στις πρώιμες σχέσεις προσάρτησης. Ο εαυτός και οι κοσμοθεωρίες υπονομεύονται από τη βία, την εχθρότητα και το φόβο. Τα ανασφαλώς προσαρτημένα παιδιά στερούνται προστασίας στις πιο σημαντικές σχέσεις τους και αν εκτεθούν σε τραύμα, έχοντας περιορισμένες ικανότητες αντιμετώπισης, είναι πιο πιθανό να καταβληθούν από το στρες. Αντιμέτωπα μόνα τους, με λίγες επιλογές ή πόρους, τα παιδιά ανταποκρίνονται με υπερδιέγερση ή διάσχιση. Ο Perry (2001) διαπίστωσε ότι τα μικρότερα παιδιά και τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν σε τραύμα με διάσχιση ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά και τα αγόρια είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν με υπερδιέγερση. Ένα μοτίβο απόκρισης που ενσωματώνει τόσο τη διάσχιση όσο και την υπερδιέγερση μπορεί να επιτρέψει την πιο άμεση

ανάκαμψη από τραυματισμούς και την ταχύτερη επιστροφή στην προ-τραυματική λειτουργία. Το τραύμα αιφνιδιάζει το σώμα και αποδιοργανώνει το παρασυμπαθητικό και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Η αρχική νευροφυσιολογική αντίδραση του παιδιού σε συντριπτικό στρες καθορίζει το μοτίβο για την ανταπόκρισή του που θα ενεργοποιηθεί ξανά και ξανά, σε όλο και χαμηλότερα επίπεδα απειλής. Με αυτόν τον τρόπο το μοτίβο απόκρισης, που συνδέεται με την επιβίωση, εκχωματώνεται στη νευροφυσιολογία του παιδιού. Ενσωματωμένα μοτίβα απόκρισης γίνονται όλο και πιο ενσωματωμένα με τη χρήση και πιο δύσκολο να αλλάξουν.

Αν είναι αλήθεια ότι οι τραυματισμένοι άνθρωποι τείνουν να σταθεροποιούνται στο συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο στο οποίο είχαν τραυματιστεί - όπως παρατηρήθηκε από τη Janet, Kardiner (Moroz, 2005), και πολλούς μεταγενέστερους μελετητές του τραύματος – τότε θα τείνουν να χρησιμοποιούν τα ίδια μέσα αντιμετώπισης του στρες τα οποία χρησιμοποίησαν στο στάδιο της ανάπτυξης κατά το οποίο παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το τραύμα. Αφού οι αμοιβαία υποστηρικτικές αλληλεπιδράσεις εντός ασφαλών σχέσεων προσάρτησης φαίνεται να είναι το κύριο όχημα μέσω του οποίου τα παιδιά μαθαίνουν να ρυθμίζουν τις εσωτερικές αλλαγές κατάστασης (Putnam, 1988), «η διαπραγμάτευση των διαπροσωπικών αναγκών ασφαλείας πρέπει να είναι ο πρώτος στόχος της θεραπείας» (Van der Kolk, 1996).

#### **1.4. Τραύμα και Εγκεφαλική Ανάπτυξη**

Γνωρίζουμε πλέον ότι η ανάπτυξη του εγκεφάλου συνεχίζεται και μετά τη γέννηση ενός παιδιού και ότι οι πρώιμες εμπειρίες διαμορφώνουν την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος και την αίσθηση του εαυτού στο παιδί. Ο εγκέφαλος διαχειρίζεται τις απειλές με μια σειρά προβλέψιμων νευροβιολογικών αποκρίσεων (Moroz, 2005). Δύο κυρίαρχα μοτίβα προσαρμοστικής απόκρισης σε ακραία απειλή συμβαίνουν κατά τη διάρκεια 1) συνεχούς υπερδιέγερσης (μάχη ή φυγή) και 2) διασχιστικού συνεχούς (ψύχος, μούδιασμα και παράδοση). Η διάσχιση είναι μια άμυνα ενάντια στο φόβο ή τον πόνο. Αυτό επιτρέπει στα παιδιά να ξεφύγουν διανοητικά από τρομακτικές ή επώδυνες καταστάσεις που συμβαίνουν σε αυτά. Κάθε ένα από αυτά τα πρότυπα απόκρισης ενεργοποιεί ένα μοναδικό συνδυασμό νευρικών συστημάτων. Η νευροφυσιολογική ενεργοποίηση κατά τη διάρκεια μιας οξείας αντίδρασης στο στρες σε ένα παιδί είναι συνήθως άμεση και αναστρέψιμη. Ωστόσο, αυτό το μοτίβο απόκρισης τείνει να συμβεί ξανά και ξανά σε όλο και πιο χαμηλά επίπεδα διέγερσης, και όσο περισσότερο το σχήμα ενεργοποιείται, τόσο περισσότερο τείνει να επανενεργοποιηθεί. Με αυτόν τον τρόπο, μια οξεία αντίδραση στο στρες μπορεί να γίνει ένα μακράς διάρκειας, μετατραυματικό πρότυπο απόκρισης σε στρες.

Το σοβαρό τραύμα στην πρώιμη παιδική ηλικία επηρεάζει όλους τους τομείς της ανάπτυξης, συμπεριλαμβανομένων της γνωστικής, κοινωνικής, συναισθηματικής, σωματικής, ψυχολογικής και ηθικής ανάπτυξης. Οι διάχυτες αρνητικές επιπτώσεις του πρώιμου τραύματος οδηγούν σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθηματικά μεταξύ των κακοποιημένων παιδιών σε σχέση με μη κακοποιημένα (Dragioti et al., 2012).

Επιπλέον, τα παιδιά που εκτίθενται σε πρώιμο τραύμα που οφείλεται σε κακοποίηση ή παραμέληση υστερούν στην σχολική ετοιμότητα και τη σχολική επίδοση, έχουν μειωμένες γνωστικές ικανότητες, και πολλά τείνουν να αναπτύξουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών, προβλήματα υγείας και σοβαρές διαταραχές της ψυχικής υγείας. Οι σοβαρές συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες περιλαμβάνουν κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, διαταραχές συμπεριφοράς, σεξοποιημένη συμπεριφορά, διατροφικές διαταραχές, σωματοποίηση και κατάχρηση ουσιών. Το πρόωρο παιδικό τραύμα συμβάλλει σε αρνητικά αποτελέσματα στην εφηβεία, συμπεριλαμβανομένης της εγκατάλειψης του σχολείου, της κατάχρησης ουσιών και της πρόωρης σεξουαλικής δραστηριότητας, αυξάνοντας την εμφάνιση σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, την πρόωμη εγκυμοσύνη και την πρόωρη ανατροφή παιδιών. Το πρώιμο παιδικό τραύμα συμβάλλει επίσης σε δυσμενείς αποκρίσεις κατά την ενηλικίωση, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του μετα-τραυματικού στρες, της κατάχρησης ουσιών, των προβλημάτων υγείας (πιθανόν σχετίζεται με αυξημένο άγχος και υποβάθμιση στο ανοσοποιητικό σύστημα) και μειωμένη επαγγελματική καταξίωση (Harris et al., 2004).

Αν και έχουν συζητηθεί οι σχετικές συνέπειες της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών σε σχέση με την οικογένεια, τους περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες, πρόσφατες μελέτες σε διδύμους επιβεβαιώνουν μια σημαντική σχέση αιτιότητας μεταξύ της κακοποίησης παιδιών και της υψηλής ψυχοπαθολογίας (Kendler et al., 2000). Το σοβαρό τραύμα στην πρώιμη παιδική ηλικία φαίνεται να θέτει σε κίνηση μια αλυσίδα γεγονότων - μια αρνητική τροχιά που θέτει τα παιδιά που έχουν τη μεγαλύτερη έκθεση και τους μικρότερους παράγοντες θετικής μεσολάβησης ή ανακούφισης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο

σημαντικών εξουθενωτικών επιπτώσεων στην ανάπτυξη και αυξημένη εμφάνισης ψυχοπαθολογίας (Perry, 1997, 1999, 2001; Eth & Pynoos, 1985; Pynoos, 1994).

### **1.5. Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του τραύματος**

Οι van der Kolk, et al, (1996), περιγράφουν τις ακόλουθες μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του τραύματος:

- Γενικευμένη υπερδιέγερση και δυσκολία στη ρύθμιση της διέγερσης
  - Η επιθετικότητα εναντίον εαυτού και των άλλων
  - Αδυναμία διαχείρισης των σεξουαλικών ορμών
  - Προβλήματα με τις κοινωνικές προσαρτήσεις- υπερβολική εξάρτηση ή απομόνωση
- Αλλαγές σε νευροβιολογικές διαδικασίες που εμπλέκονται στην διάκριση των ερεθισμάτων
  - Προβλήματα στην προσοχή και την συγκέντρωση
  - Διάσχιση
  - Σωματοποίηση
- Υπό όρους αντιδράσεις σε ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα
- Απώλεια της εμπιστοσύνης, της ελπίδας, και μια αίσθηση προσωπικής διαμεσολάβησης
- Κοινωνική αποφυγή
  - Απώλεια ουσιαστικών προσαρτήσεων
- Η έλλειψη συμμετοχής στην προετοιμασία για το μέλλον

Οι Cole και Putnam (1992) πρότειναν ότι οι βασικές απόψεις των ανθρώπων για τον εαυτό τους ορίζεται σε σημαντικό βαθμό από την ικανότητά τους να ρυθμίζουν τις εσωτερικές τους καταστάσεις και τις συμπεριφορικές τους



αποκρίσεις σε εξωτερικό στρες. Σε παιδιά που έχουν τραυματιστεί από κακοποίηση, μια έλλειψη ανάπτυξης, ή απώλεια των διαδικασιών αυτορρύθμισης οδηγεί σε βαθιά και τραγικά προβλήματα σχετικά με τον αυτοπροσδιορισμό, συμπεριλαμβανομένων 1) διαταραχών της αίσθησης του εαυτού, όπως μια αίσθηση της χωριστικότητας, απώλεια αυτοβιογραφικών μνημών και διαταραχές της εικόνας του σώματος 2) κακώς διαμορφωμένη επιρροή και έλεγχο των παρορμήσεων, συμπεριλαμβανομένης της επιθετικότητας εναντίον του εαυτού και των άλλων και 3) ανασφάλεια στις σχέσεις, που χαρακτηρίζεται από δυσπιστία, καχυποψία, έλλειψη οικειότητας, επιθετικότητα και απομόνωση.

Η έλλειψη ή απώλεια της αυτορρύθμισης είναι ίσως η πιο εκτεταμένη επίδραση του ψυχολογικού τραύματος και στα παιδιά και στους ενήλικες. Οι δοκιμές DSM-IV πεδίου για την ΔΜΨΣ κατέδειξαν σαφώς ότι όσο νεότερη είναι η ηλικία κατά την οποία συνέβη το τραύμα, τόσο μεγαλύτερη διάρκειά της, τόσο περισσότερες οι πιθανότητες άνθρωποι να έχουν μακροχρόνια προβλήματα με τη ρύθμιση του θυμού, του άγχους και των σεξουαλικών ορμών (van der Kolk et al., 1993).

Επιπλέον, τα παιδιά που εκτίθενται σε τραύμα έχουν αποδειχθεί με συνέπεια να έχουν αυξημένη ευπάθεια σε λοιμώξεις, συμπεριλαμβανομένων του κοινού ιού τα κρυολογήματος, των λοιμώξεων του αναπνευστικού, του Epstein-Barr, της ηπατίτιδας Β, του απλού έρπητα και του κυτταρομεγαλοϊού. Αντισώματα έναντι αυτών των ιογενών λοιμώξεων έχει αποδειχθεί με συνέπεια πως αυξάνονται με το στρες. Ο Scaer (2001) υπέθεσε ότι «η έκθεση σε υψηλά επίπεδα χρόνιου στρες μπορεί να αυξήσει την ευπάθεια σε λοιμώδη νοσήματα λόγω της ανοσοκαταστολής» (σελ. 73). Το οξύ τραύμα στα παιδιά αυξάνει την ευπάθεια σε μολυσματικές ασθένειες όταν ο ορός κορτιζόλης είναι αυξημένος. Ωστόσο, σε χρόνιες ΔΜΨΣ, τα επίπεδα του ορού κορτιζόλης τείνουν να είναι χαμηλά, μια

κατάσταση όπου η ρυθμιστική δράση της κορτιζόλης στο ανοσοποιητικό σύστημα είναι μειωμένη. Υπό αυτές τις συνθήκες, οι βιολογικές επιδράσεις του παρατεταμένου και συντριπτικού στρες μπορούν να υπονομεύσουν τη λειτουργία του άξονα HPA (ηπατική-υπόφυσης-επινεφριδίων), να αυξήσουν την ανοσοποιητική δραστηριότητα του συστήματος και τελικά να δημιουργήσουν μεγαλύτερη ευπάθεια σε αυτοάνοσα νοσήματα. Πρόσθετα δεδομένα που σχετίζονται με αυτή την υπόθεση είναι απαραίτητα. Ωστόσο, μια ένδειξη για τη διαδικασία αυτή μπορεί να βρεθεί σε μελέτες χρόνιων αυτοάνοσων διαταραχών σε πληθυσμούς ασθενών των οποίων τα ιστορικά περιλαμβάνουν παρατεταμένη και σοβαρή έκθεση σε τραυματικό στρες (Scaer, 2001).

Τα παιδιά και οι νέοι που βιώνουν συντριπτικό ψυχολογικό στρες, ιδιαίτερα εκείνα με το μεγαλύτερο αριθμό τρωτών σημείων και το μικρότερο αριθμό των προστατευτικών παραγόντων, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για μεταβολές στην εγκεφαλική νευροφυσιολογία, εμφανίζοντας πρότυπα απόκρισης βασισμένα στο τραύμα (δηλαδή, διάσχιση, μούδιασμα, πάγωμα, υπερ-επαγρύπνηση, υπερδιέγερση), και εκτεθειμένη την ολοκλήρωση της λειτουργίας του εγκεφάλου που επηρεάζει αρνητικά τη μάθηση, την ανάπτυξη του χαρακτήρα, την αυτοεκτίμηση και την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

## **2. Τραυματικές Εμπειρίες σε Πρώιμη Ηλικία**

Οι τραυματικές εμπειρίες δεν είναι χαρακτηριστικό μόνο της ενήλικης ζωής. Μπορούν να επηρεάσουν τη ζωή ενός παιδιού (0 – 12 έτη ) ή ενός εφήβου ( 13 – 18 έτη ). Βιώματα τέτοια, που μπορεί να στιγματίσουν έντονα την πορεία της ζωής ενός παιδιού – εφήβου, θεωρούνται ο θάνατος γονέα/γονέων, η απώλεια αγαπημένου προσώπου, ένα διαζύγιο, η κακοποίηση (σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική), η ενδοσχολική βία και τα ψυχικά τραύματα που απορρέουν από αυτήν, στην προσπάθεια του εφήβου για την κοινωνικοποίηση του στο έξω-οικογενειακό περιβάλλον. Σε βάθος χρόνου, οι εμπειρίες αυτές αλληλεπιδρούν με διάφορα στρεσογόνα γεγονότα και αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογικών προβλημάτων στην ενήλικη ζωή (Οικονομίδου, 2007).

Τα παιδικά χρόνια μπορεί για κάποιους να είναι η μόνη τους «πατρίδα», δεν είναι όμως πάντα φιλόξενη. Η ανθρώπινη ύπαρξη, συχνά, από τα πρώτα της κιόλας βήματα τραυματίζεται ψυχικά και κουβαλάει στην ενήλικη ζωή της το τραύμα – με ότι συνεπάγεται αυτό για την ψυχική της ισορροπία. «Το παρελθόν είναι το παρόν, είναι το μέλλον. Όλοι προσπαθούμε να ξεφύγουμε απ' αυτό, αλλά η ζωή δεν μας αφήνει», λέει σε κάποια στιγμή η Μαίρη Τερόν, η μητέρα στο θεατρικό έργο του Ευγένιου Ο' Νιλ το «Ταξίδι μιας μεγάλης μέρας μέσα στη νύχτα» (Δέδε, 2008).

### **2.1. Τραυματικές Εμπειρίες Παιδιών και Εφήβων**

Οι Πρώιμες αρνητικές εμπειρίες, όπως το διαζύγιο ή ο θάνατος των γονέων, που μπορεί να βιώνει ένα παιδί στο πλαίσιο της οικογένειάς του, κωδικοποιούνται στη μνήμη του ως αρνητικά γνωστικά σχήματα, με βάση τα οποία αξιολογεί τον εαυτό του ως ανάξιο, τους άλλους ως αδιάφορους απέναντί του και τις σχέσεις με τους ανθρώπους ως απρόβλεπτες και επιβλαβείς (Κάκουρος και Μανιαδάκη (2006).

Έτσι, ο **θάνατος** κάποιου αγαπημένου προσώπου σημαίνει το οριστικό και αμετάκλητο τέλος μιας σχέσης που έχουμε αναπτύξει. Όσο πιο πολλή αγάπη νιώθουμε γι' αυτό που χάσαμε, τόσο μεγαλύτερος είναι ο πόνος που ακολουθεί. Η λύπη και το κενό που αισθανόμαστε, εξ' αιτίας αυτής της αίσθησης απουσίας, ονομάζεται «πένθος» (Παπαληγούρα, 2007). Ειδικά, η απώλεια ενός γονιού είναι μοναδική. Κατά τη διάρκεια του πένθους τα παιδιά περνάνε από διαφορετικά συναισθηματικά στάδια μέχρι να μπορέσουν να αποδεχτούν το γεγονός και να συνεχίσουν ομαλά τη ζωή τους. Η άρνηση, το συναισθηματικό μούδιασμα και ο θυμός είναι τα κυρίαρχα συναισθήματα που βιώνει ένα παιδί, και ακολουθεί ο φόβος του για το αβέβαιο μέλλον (Heike, 2003).

Για τα παιδιά το **διαζύγιο** μπορεί να είναι μια στρεσογόνο διαδικασία, η οποία προκαλεί φόβους, ανησυχίες και σύγχυση, αφού ακόμη κι αν αποτελεί, για τους γονείς, τη μόνη και την ιδανικότερη λύση τα παιδιά δύσκολα την αποδέχονται. Η θεωρία της προσκόλλησης αναφέρεται στη σπουδαιότητα της συναισθηματικής σχέσης που αναπτύσσεται ανάμεσα στο παιδί και στη μητέρα του, ή και προς άλλα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος του, που το περιποιούνται κι το φροντίζουν κατά την νηπιακή ηλικία. Η σταθερότητα των σχέσεων αυτών κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού, είναι σημαντική για τη μετέπειτα ψυχοκοινωνική του εξέλιξη (Bowlby, 1973, αναφ. στο Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2006).

Η **κακοποίηση** αποτελεί σημαντικό ψυχικό τραύμα για τα παιδιά. Τα περιβάλλοντα, όπου ένα παιδί ζει και κινείται, είναι το οικογενειακό και το σχολικό. Κακοποίηση μπορεί να συμβεί είτε στο ένα είτε στο άλλο. Το ψυχικό τραύμα που προκαλείται και το οποίο εγγράφεται στο ψυχικό όργανο του παιδιού που κακοποιείται από τους γονείς και παραμελείται ως προς την ικανοποίηση των συναισθηματικών και φυσιολογικών του αναγκών, θεωρείται αδιαμφισβήτητο. Η σοβαρά διαταραγμένη

σχέση γονέων – παιδιού, που συχνά εκφράζεται μέσα από την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς και συναισθηματικής αποστέρησης (**καυγάδες στην οικογένεια-ενδοοικογενειακή βία**), επηρεάζει την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού και τη φυσιολογική ωρίμανση της προσωπικότητας του στο νοητικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο (Πλακιά και Τσιτώνα, 2008). Έτσι, εκτός από τη σωματική, σεξουαλική και λεκτική κακοποίηση ως «εν δυνάμει» τραυματικό γεγονός θεωρείται οτιδήποτε κάνει το παιδί να αισθάνεται μειονεκτικά, να θεωρεί ότι δεν το αγαπούν, ότι βρίσκεται σε κίνδυνο, ότι δεν του επιτρέπεται να εκφράσει τα συναισθήματά του και γενικά ότι δεν ικανοποιούνται οι βασικές και οι συναισθηματικές του ανάγκες (Αντωνοπούλου, 2015).

Οι ηλικίες με τη μεγαλύτερη αντιπροσώπευση στο σύνολο των κακοποιημένων παιδιών είναι, από την γέννηση μέχρι τα πέντε πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού (0-5) και από το δέκατο πέμπτο ως το δέκατο έβδομο έτος (15-17). Φυσικά, η προσοχή στρέφεται κυρίως στην πρώτη ηλικιακή ομάδα καθώς τα παιδιά αυτών των ηλικιών, αδυνατούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους.

## **2.2. Τραυματικές Εμπειρίες Εφήβων**

Η εφηβεία είναι μια σημαντική περίοδος στην φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου που σημαδεύει το τέλος της λανθάνουσας περιόδου και αποτελεί την περίοδο προετοιμασίας για την είσοδο στην ενήλικη ζωή (Ανδριώτης, 2001). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, WHO) πρεσβεύει πως η συγκεκριμένη περίοδος ζωής είναι από δέκα έως δεκαεννιά έτη (10-19) (WHO, 1986).

Το διαζύγιο των γονιών αλλάζει τη ζωή ενός εφήβου ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά. Οι έφηβοι πρέπει να προσαρμοστούν σε νέους ρόλους, σε συνδυασμό με τις αλλαγές στο σχολικό περιβάλλον, το γειτονικό περίγυρο και τις φιλικές σχέσεις.

Ακόμη και όταν ένα διαζύγιο φέρει ανακούφιση από εντάσεις και διαμάχες, για πολλούς εφήβους, ο χωρισμός επιφέρει περισσότερο άγχος, πίεση και αντικρουόμενα συναισθήματα απέναντι στους γονείς. Έχει παρατηρηθεί ότι πολύ συχνά, έφηβοι που έζησαν κατά την παιδική ηλικία τραυματικές εμπειρίες διαζυγίου των γονιών τους, παρουσιάζουν οι ίδιοι προβλήματα στις σχέσεις τους και έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση (Kurisch et al., 1984). Ένα διαζύγιο κατά τη διάρκεια της εφηβείας μπορεί να δυσκολέψει τις σχέσεις των εφήβων με το άλλο φύλο, ή να οδηγήσει σε παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Μια διαφορετική αντίδραση αφορά σε «υπερ-ωριμότητα, που δείχνουν οι έφηβοι, με το να αναλαμβάνουν περισσότερες ευθύνες από όσες πρέπει και αντέχουν» (Herbert, 1998).

Εμβληματική θέση στο φάσμα της παιδικής τραυματικής εμπειρίας κατέχει και η απώλεια γονέα ή άλλου σημαντικού για το παιδί ατόμου (Αντωνοπούλου, 2015). Ο θάνατος είναι μια κατάσταση την οποία ο έφηβος αντιλαμβάνεται πλήρως και βιώνει τα συναισθήματα του πένθους με διαφορετικούς τρόπους από τα παιδιά και τους ενήλικες. Κάθε χρόνο, χιλιάδες έφηβοι βιώνουν την εμπειρία **του θανάτου ατόμων που αγαπούν**. Θλίβονται και θρηγούν, όμως η διεργασία των συναισθημάτων αυτών βιώνεται εσωτερικά και δεν εξωτερικεύεται. Η καταστολή αυτών των συναισθημάτων οδηγεί σε αίσθηση θυμού, θλίψης και απομόνωσης, δυσκολεύοντας έτσι τον έφηβο να κάνει σωστά την διεργασία του πένθους. **Ο θάνατος ενός γονέα, αδελφού, συγγενή ή και φίλου**, μπορεί να είναι καταστροφικός κατά τη διάρκεια αυτής της, ήδη δύσκολης αναπτυξιακά, στιγμής. Από τη στιγμή που ο έφηβος αντιμετωπίσει τον θάνατο, βιώνει σημαντική ψυχολογική πίεση.

Μια άλλη τραυματική εμπειρία στη ζωή των εφήβων είναι η κακοποίηση, που δε συμβαίνει μόνο σε παιδιά που είναι κάτω από δέκα ετών. Όταν αυτή η συμπεριφορά ξεκινά να υπάρχει μέσα στο σπίτι, **με την ενδοοικογενειακή βία**, συνεχίζεται και

πλήττει και τους εφήβους. Τα άτομα που έχουν υποστεί οποιασδήποτε μορφής κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία (σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική) συχνά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην ενήλικη ζωή τους. Τέτοια προβλήματα είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση, οι δυσκολίες στις σχέσεις τους, η υπερβολική αυτοκριτική, η κοινωνική απομόνωση, που παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργία και ψυχική υγεία του ατόμου (Γεωργίου, 2009).

Η πιο σημαντική, ίσως, τραυματική εμπειρία που επηρεάζει άμεσα τους εφήβους είναι ο **σχολικός εκφοβισμός** και, κατά συνέπεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός τους από τους συνομηλίκους τους. Ο **εκφοβισμός (bullying)** μεταξύ των εφήβων αποτελεί μορφή βίας. Είναι μια συνειδητή, επιθυμητή και εσκεμμένη εχθρική δραστηριότητα που προτίθεται να βλάψει, να προκαλέσει πόνο και φόβο μέσα από απειλή περαιτέρω επιθετικότητας, και να δημιουργήσει τρόμο (Τσίτουρα, 2006). «Ο εκφοβισμός είναι μία υποκατηγορία της επιθετικότητας» (Dodge, 1991). «Ένα άτομο είναι θύμα εκφοβισμού, όταν είναι εκτεθειμένο, κατ' επανάληψη και με την πάροδο του χρόνου, σε αρνητικές ενέργειες από μέρους ενός ή περισσότερων συμμαθητών του» (Olweus, 1994).

Οι μορφές του σχολικού εκφοβισμού έχουν διακριθεί σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορά τις άμεσες μορφές βίας και θυματοποίησης, οι οποίες παραπέμπουν στη φυσική και σωματική κακοποίηση, όπως κλωτσιές, χτυπήματα, σπρωξίματα, απειλητικές χειρονομίες, και στη λεκτική κακοποίηση. Η λεκτική κακοποίηση περιλαμβάνει δεικτικά πειράγματα, απειλές, χλευασμό και σαρκαστικά σχόλια (Stein, 2001).

Η δεύτερη κατηγορία αφορά τον έμμεσο εκφοβισμό και παραπέμπει στην εκμετάλλευση και χειραγώγηση που εκδηλώνεται μέσα στο δίκτυο των κοινωνικών σχέσεων των συνομηλίκων.

Ορισμένες έρευνες, μεταξύ αυτών και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, έδειξαν ότι τα αγόρια εμπλέκονται συχνότερα σε προβλήματα σχέσεων θύτη / θύματος και επιτίθενται εναντίον του παιδιού – στόχου περισσότερο σωματικά και άμεσα. Τα κορίτσια χρησιμοποιούν συνήθως τον έμμεσο εκφοβισμό παρενοχλώντας το άλλο παιδί, αποκλείοντας το από ομαδικές δραστηριότητες, κουτσομπολεύοντας το, διαδίδοντας φήμες εναντίον του, επηρεάζοντας αρνητικά εναντίον του τους φίλους του.

Πέραν από τον σχολικό εκφοβισμό, **η σχολική αποτυχία** είναι μια άλλη σημαντική μορφή σχολικού τραύματος που μπορεί να λάβει χώρα καθ' όλη τη διάρκεια της σχολικής ζωής. Σύμφωνα, μάλιστα, με τους Qwens et al. (2001) και Karl et al. (1996) η σχολική αποτυχία μπορεί να είναι για ένα παιδί καταστροφική για την αυτοεκτίμησή του. «Η ταπείνωση, ο υποβιβασμός, ο εξευτελισμός, μπορεί να θυματοποιούν περισσότερο από μορφές ( ελαφριάς ή βαριάς) σωματικής βίας» (Αρτινοπούλου & Μαγγανάς, 1996).

Εκτός από τα σχολικά τραύματα (σχολικός εκφοβισμός, σχολική αποτυχία) που μπορεί να λάβουν χώρα σε όλη τη διάρκεια της σχολικής ζωής του παιδιού υπάρχει μια άλλη ιδιαίτερη τραυματική εμπειρία που μπορεί να αποτελέσει σχολικό τραύμα και συνδέεται με **Πανελλήνιες εξετάσεις** για εισαγωγή στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση.

Στην εργασία τους «Συμβουλευτική πρακτική και παρεμβάσεις σε τάξεις για τη διαχείριση του άγχους των υποψηφίων Πανελλαδικών εξετάσεων: μια εμπειρική



μελέτη» οι Παναγιωτάκη και Παχάκη (2016) αναφέρουν πως «Το ζήτημα του άγχους των πανελλαδικών εξετάσεων και ο τρόπος που εμφανίζεται στους σημερινούς μαθητές συγκεντρώνει όλο και περισσότερο τον προβληματισμό τόσο των ειδικών Ψυχικής Υγείας, όσο των εκπαιδευτικών, των γονέων και βεβαίως, των ίδιων των ταλαιπωρημένων μαθητών».

Το άγχος των εισαγωγικών εξετάσεων συνδέεται συνήθως με τον φόβο που νιώθουν τα παιδιά μήπως απογοητεύσουν τον εαυτό τους και ματαιώσουν τις προσδοκίες που έχουν άλλοι για αυτά, όπως η οικογένειά και οι εκπαιδευτικοί τους (Καλοσπύρος, 2005).

Σύμφωνα, μάλιστα, με διευρωπαϊκή έρευνα (Τρίγκα, 2007) που έγινε σε 13 ευρωπαϊκές χώρες για την ποιότητα ζωής των εφήβων βρέθηκε πως η ψυχική υγεία των Ελλήνων μαθητών δοκιμάζεται περισσότερο από εκείνη των παιδιών στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Ενδεικτικά, μάλιστα, αναφέρεται πως ένας στους τρεις Έλληνες λόγω κυρίως των πανελληνίων εξετάσεων υποφέρει από άγχος και πολλοί απ' αυτούς καταλήγουν αργότερα σε κατάθλιψη. Επομένως, κάθε χρόνο από τους 70000 περίπου αποφοίτους ετησίως οι 20000 αντιμετωπίζουν πρόβλημα ψυχοπαθολογίας.

Πέραν από τις Πανελλήνιες μια άλλη πηγή σχολικού τραύματος αποτελεί η **Αλλαγή Περιβάλλοντος** που αφορά είτε αλλαγή πόλης ή γειτονιάς είτε κυρίως άλλο σχολείο. Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν πως γενικά η μετακίνηση για λόγους συνήθως οικογενειακούς, αλλά ιδιαίτερα η αλλαγή σχολείου, μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε ένα παιδί ή ενήλικο (Konacks, 1997). Τί προβλήματα αντιμετωπίζουν συνήθως τα παιδιά που αλλάζουν σχολείο; Η αλλαγή σχολείου είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τα παιδιά στα πρώτα και τα μεσαία σχολικά χρόνια (Karl et al., 1996). Όταν, μάλιστα, η αλλαγή σχολικού περιβάλλοντος συνδυάζεται με κάποια

αλλαγή στην κατάσταση της οικογένειας (διαζύγιο, απώλεια) ή με τιμωρία (αποβολή και υποχρεωτική μετακίνηση σε άλλο σχολείο) μπορεί να γίνει τραυματική για ένα παιδί και να προκαλέσει αισθήματα ανασφάλειας, απομόνωσης ή θυμό, που αποτελούν συχνά χαρακτηριστικά κατάθλιψης (Karl et al., 1996). Τα κλειστά, μάλιστα, και εσωστρεφή άτομα, αν πέσουν σε τάξη που είναι ήδη δεμένη, έχουν πρόβλημα. Σε τέτοιες περιπτώσεις συναντάμε φαινόμενα Bullying. Και επειδή τα παιδιά δεν μιλάνε για αυτά, πρέπει να προσέξουν οι άλλοι το πρόβλημα: γονείς και δάσκαλοι.

Δεν πρέπει εξάλλου να παραγνωρίζεται πως ενώ είναι σημαντικό για το παιδί που αλλάζει σχολείο να κάνει καινούργιους φίλους είναι για το παιδί πολύ σημαντικό να διατηρήσει τις παλιές φιλίες. Γενικά σύμφωνα με τους Karl et al., (1996) η αλλαγή περιβάλλοντος αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο γεγονός ζωής για ένα παιδί. Εξ αιτίας, μάλιστα, του στρες έχει βρεθεί πως ορισμένα παιδιά και κυρίως αυτά που είχαν στο παρελθόν κάποια ψυχική επιβάρυνση είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη. Όπως, μάλιστα, επισημάνουν οι ίδιοι ερευνητές η αλλαγή περιβάλλοντος μπορεί να είναι τόσο τραυματική για έναν μαθητή, όσο το να έχει έναν γονέα σε νοσοκομείο για σοβαρή ασθένεια.

Τέλος, πρέπει στην κατηγορία του παιδικού τραύματος από την αλλαγή περιβάλλοντος να συμπεριληφθεί και η κατηγορία των παιδιών μεταναστών, όπου σύμφωνα με τους Kirmayer et al.(2011) οι διακρίσεις και ο κοινωνικός αποκλεισμός που συχνά συμβαίνει στα παιδιά μεταναστών στις σχολικές τάξεις ή στις παρέες συνομηλίκων αποτελούν στοιχεία σχολικού εκφοβισμού και οδηγούν σε ψυχολογικό τραύμα.

### **3. Επιδράσεις του Βιωμένου Παιδικού Τραύματος στην Ενήλικη Ζωή**

#### **3.1. Ο Ρόλος των Πρώιμων Τραυματικών Εμπειριών στην Ψυχοπαθολογία και Επιθετικότητα**

Κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, αλλά και στις αρχές του 20<sup>ου</sup>, άτομα που ανέφεραν ψυχικό τραύμα στιγματίζονταν ως φυγόπονα και αμφίβολης ψυχικής ισορροπίας. Το ψυχικό τραύμα σκιαγραφήθηκε ως προσποίηση υστερικής φύσεως, ως πρόσχημα για να επιτευχθεί κέρδος χωρίς να προσφέρεται εργασία σε αντάλλαγμα, και ως ένδειξη απόκλισης από την κοινώς αποδεκτή νόρμα. Αντίθετα, στις μέρες μας η ύπαρξη ψυχικού τραύματος είναι κάτι αναγνωρισμένο και σεβαστό, με ειδικό βάρος σε μία σειρά από κοινωνικά πλαίσια. Είναι συχνό το φαινόμενο ακόμα και να επιδικάζονται μεγάλα ποσά ως αποζημίωση για πρόκληση ψυχικού τραύματος. (Αντωνοπούλου, 2015).

Με την εισαγωγή της έννοιας της μετατραυματικής διαταραχής άγχους, το ψυχικό τραύμα απέβαλε τον αρνητικά φορτισμένο χαρακτήρα που είχε. Με τον τρόπο αυτό, το ψυχικό τραύμα μπορεί πλέον να νοηθεί ως αναλυτική κατηγορία, ως ένα πλαίσιο για την προσέγγιση πολλών και ετερόκλητων μεταξύ τους φαινομένων.

Το τραύμα σε πρώιμη ηλικία συμβολοποιεί τη δύναμη που ασκούν τα εξωτερικά φαινόμενα στο αναπτυσσόμενο άτομο, ιδίως όταν αυτό δεν διαθέτει ακόμα το κατάλληλο ψυχολογικό και εννοιολογικό υπόβαθρο για να αναμετρηθεί με αυτά, να τα εξηγήσει και να τα μετασχηματίσει στον ψυχισμό του (Kidron, 2003).

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του παιδικού τραύματος είναι ιδιαίτερα σοβαρές. Ενδεχόμενη τραυματική εμπειρία σε παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις στην ενήλικη ζωή (van der Kolk, 1987). Η έρευνα τις

τελευταίες δεκαετίες δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικής δυσλειτουργίας κατά την ενήλικη ζωή και παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης.

Σύμφωνα με τα δεδομένα μίας αναδρομικής και προοπτικής επιδημιολογικής μελέτης σε 17000 άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες, με μέσο όρο ηλικίας 57 έτη, η οποία είχε αντικείμενο τις μακροχρόνιες επιδράσεις τραυματικών συμβάντων κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας τους, τα 2/3 του δείγματος ανέφεραν μία ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες. Διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχει, ακόμη και δεκαετίες αργότερα, μεγάλη συσχέτιση μεταξύ τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία και εκδήλωσης επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, ευαλωτότητας σε ασθένειες, αλκοολισμού, κατάθλιψης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, κατάχρησης ουσιών και πρόωρων θανάτων (Felitti & Anda, 2010).

Είναι, πάντως εντυπωσιακό το γεγονός ότι, παρόλη τη μεγάλη συχνότητα τέτοιων γεγονότων, δεν αποτελεί συνήθη πρακτική η διερεύνηση τέτοιων φαινομένων από τους κλινικούς (Friedman et all, 1992).

Κάποια στιγμή, λοιπόν, στη διάρκεια της ζωής, όλα τα άτομα βιώνουν μια τραυματική εμπειρία, μια σωματική βλάβη ή μια αδικία. Ιστορικά, η πορεία της μελέτης των επώδυνων και τραυματικών εμπειριών χαρακτηρίζεται μεν από συναρπαστικά αποτελέσματα, αλλά και από εννοιολογική σύγχυση (Huther, 2005). Το 1914 ο Αμερικανός φυσιολόγος Walter Cannon εισήγαγε τον όρο «stress», θέλοντας να περιγράψει τις επιδράσεις που διαταράσσουν την ομοιόσταση του οργανισμού. Ο οργανισμός απέναντι σε μια απειλητική κατάσταση αυξάνει την παραγωγή κατεχολαμινών, που προετοιμάζουν τον οργανισμό για εφόρμηση ή φυγή (Huther, 2005).

Αργότερα ο Καναδός γιατρός Hans Selye (1936) υποστήριξε ότι έννοια του stress μπορεί να οριστεί ως «η μη ειδική ανταπόκριση του οργανισμού σε οποιοδήποτε καταπόνηση». Διαπίστωσε, επίσης, ότι ο οργανισμός αντιδρά με τον ίδιο πάντα στερεότυπο τρόπο, ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της στρεσογόνου κατάστασης και περιέγραψε την παθογόνο επίδραση των φορτίσεων του στρες στα επινεφρίδια, στο θύμο αδένια και στο βλεννογόνο του στομάχου. Και για τις δύο περιπτώσεις, μπορούμε να υποθέσουμε ότι, το έναυσμα για αυτή την αντίδραση στρες το δίνει ο φόβος και πως από το στρες και το άγχος γεννιέται το συναίσθημα του φόβου (Huther, 2005).

Το άγχος ορίζεται αδρά ως μία συγκινησιακή κατάσταση ή συναίσθημα που περιλαμβάνει την εκτίμηση του ατόμου ότι αντιμετωπίζει μία αβέβαιη και ανεξέλεγκτη απειλή και συνοδεύεται από υποκειμενικό αίσθημα εναγώνιας αναμονής και φόβου για επικείμενο κακό ή κίνδυνο, και η οποία έχει ιδιαίτερες εκδηλώσεις στο σώμα και στη συμπεριφορά. (Spielberger, 1972).

Το άγχος στην πραγματικότητα είναι αναγκαίο για την επιβίωση του ανθρώπου καθώς το κινητοποιεί σε περίπτωση κινδύνου να αναλάβει δράση και να αλλάξει την δύναμει απειλητική κατάσταση Μέσα στο πλαίσιο της ψυχανάλυσης, έχει ειπωθεί ότι το άγχος είναι «μητέρα της εφεύρεσης στο θέατρο της ψυχής» (Mc Dougall, 1982) καθώς χωρίς αυτό τα άτομα θα παρέμενε αδρανές και παθητικό ενόψει μίας δυνητικά επικίνδυνης κατάστασης.

Παρόλο που μπορεί να βοηθήσει το άτομο να επιβιώσει, ταυτόχρονα μπορεί να το οδηγήσει σε δυσάρεστα αποτελέσματα αν υπάρχει σε υπερβολικό βαθμό.

Αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους κατά την ενήλικη ζωή. Τα ευρήματα μίας μελέτης σε μη κλινικό πληθυσμό 1209 ατόμων ηλικίας 18-70 ετών, στην οποία

διερευνήθηκε η επίδραση των παιδικών τραυματικών εμπειριών και των τραυματικών εμπειριών κατά την ενήλικη ζωή στην εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, έδειξαν ότι η ομάδα που ανέφερε τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, ανέφερε και σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση, όχι μόνο με την ομάδα που δεν ανέφερε παιδικό τραύμα, αλλά και με την ομάδα που ανέφερε τραύμα, αλλά κατά την ενήλικη ζωή (Chu et al., 2013).

Τα τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας, αποτελούν έναν κρίσιμο αιτιολογικό παράγοντα στην ανάπτυξη του συναισθήματος του φόβου (Foa & Kozak, 1986) και στην εγκαθίδρυση της σωματικής ευαισθησίας απέναντι σε αγχώδεις καταστάσεις (Taylor, 2003; Hagh-Shenas et al, 2005). Έρευνες έχουν καταδείξει, με σαφήνεια την επίδραση των πρώιμων τραυματικών γεγονότων στη ζωή των ανθρώπων, (όπως φυσικές καταστροφές, σωματικά τραύματα, ατυχήματα, σωματική κακοποίηση), αλλά και μετέπειτα γεγονότων ζωής όπως διαζύγιο, θάνατος αγαπημένου προσώπου, απώλεια εργασίας), στην υγεία και στην παραγωγή συμπτωμάτων άγχους και φόβου (Hexel et al., 2004).

Αρκετές μελέτες, επίσης, υποστηρίζουν ότι, οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, αποτελούν το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και την διατήρηση ψυχιατρικών διαταραχών, διαταραχών της προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Carlier et al., 2000; Hexel et al., 2004; Johnson et al., 2000). Τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, μετα-τραυματικής διαταραχής άγχους (PTSD), και άλλων συμπεριφορικών διαταραχών, έχουν παρατηρηθεί, άλλωστε, σε παιδιά με ιστορικό κακοποίησης σε όλες τις μορφές της ( Famularo et al., 1992; Pelcovitz, et al., 1994).

Έρευνες δείχνουν ότι σε οποιαδήποτε ηλικία, οι συμπεριφοριστικές μνήμες των τραυματικών εμπειριών, παραμένουν αρκετά ακριβείς, και πιστές στα γεγονότα που

τις υποκίνησαν (Terr, 1998), εμπλέκοντας στην παρούσα εμπειρία, τη συμμετοχή ενός σωματοαισθητηριακού μηχανισμού μνήμης (Salomons et al., 2004). Η έρευνα στη νευρολογία έχει ανακαλύψει ότι το ψυχικό τραύμα στενεύει τον ιππόκαμπο και ενεργοποιεί την αμυγδαλή για τις αυτόματες αντιδράσεις άγχους και πανικού (van der Kolk, 2003), και ότι το σωματικό τραύμα στη ζωή των ατόμων προκαλεί μακράς διάρκειας ευαισθητοποίηση νευρωνικών κυκλωμάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος, τα οποία εμπλέκονται στη ρύθμιση των συναισθημάτων του φόβου και του άγχους (LeDoux, 1998).

Πέραν της επίδρασης του παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία όσων ενηλίκων βίωσαν τέτοια εμπειρία, το πρώιμο τραύμα αφήνει το στίγμα του και στην επιθετικότητα- εχθρότητα στην ενήλικη ζωή. Μελέτη του Αμερικανικού Ινστιτούτου Δικαιοσύνης έδειξε πως τα κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά έχουν: 11 φορές περισσότερες πιθανότητες να συλληφθούν για εγκληματική συμπεριφορά ως έφηβοι, 2,7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να συλληφθούν για βίαιη ή εγκληματική συμπεριφορά ως ενήλικοι και 3,1 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να συλληφθούν για μία ή περισσότερες μορφές βίαιης εγκληματικότητας (English et al., 2004).

Εν κατακλείδι, γίνεται κατανοητός ο ρόλος των τραυματικών γεγονότων ζωής στην ψυχοπαθολογία και την επιθετικότητα αυτών που τα βίωσαν.

### **3.2. Ο Ρόλος των Πρώιμων Τραυματικών Εμπειριών στην Λειτουργία της Οικογένειας**

Ο αντίκτυπος των τραυματικών εμπειριών στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα κατά την ενήλικη ζωή είναι σημαντικά μεγαλύτερος σε άτομα που έχουν βιώσει τραυματικά συμβάντα κατά την παιδική ηλικία. Σε μία αναδρομική μελέτη σε φυσιολογικό δείγμα 1,995. ατόμων με μέση ηλικία 60.83 έτη που είχαν φοιτήσει σε Πανεπιστήμιο των Ηνωμένων Πολιτειών κατά τα έτη 1964-1966, συγκρίθηκαν οι

αρνητικές επιπτώσεις της έκθεσης σε τραυματικά συμβάντα σε άτομα που είχαν βιώσει τραύμα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους της ζωής τους από την παιδική ηλικία έως και την ηλικία άνω των 55 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα άτομα που ανέφεραν τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία είχαν πιο σοβαρά συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες καθώς και χαμηλότερη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, όπως ικανότητα αντιμετώπισης ψυχοπαιστικών καταστάσεων και υποκειμενικό αίσθημα ευτυχίας από τα άτομα που είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες μετά την ενηλικίωση (Ogle et al., 2013).

Κατά συνέπεια, οι επιδράσεις, όμως, αυτές του σχολικού και γενικότερα του παιδικού τραύματος στον ψυχισμό αυτών που το βίωσαν μπορεί να έχει συνέπειες και στην λειτουργία της οικογένειας στην ενήλικη ζωή τους αφού η ψυχοπαθολογία των γονέων και των μελών της οικογένειας επηρεάζει το οικογενειακό περιβάλλον και την λειτουργία του (Flores et al, 2014). Αν και δεν υπάρχουν εργασίες στοχευμένες στην μελέτη της επίδρασης βιωμένου παιδικού τραύματος στο οικογενειακό περιβάλλον στην ενήλικη ζωή, φαίνεται πως το παιδικό τραύμα μπορεί να επηρεάσει την συνοχή της οικογένειας (Uruk et al., 2007) και σε αυτό συμφωνούν και οι Ηλιοπούλου κ.α. (2012), που διαπίστωσαν πως τα άτομα που βίωσαν γενικά κάποια παιδική τραυματική εμπειρία φαίνεται να δυσκολεύονται να δημιουργήσουν ή να διατηρήσουν στενές σχέσεις με αντίκτυπο στην συνοχή της οικογένειας. Οι Dragioti et al. (2012) διαπίστωσαν πως το παιδικό τραύμα επηρεάζει τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις (conflict), ενώ οι Kiliç at al (2003) επισημαίνουν οικογενειακή δυσλειτουργία ατόμων που βίωσαν παιδικό τραύμα. Την τελευταία αυτή άποψη συμμερίζεται και η ψυχοθεραπεύτρια Alice Miller, που γράφει στο βιβλίο της «Οι φυλακές της παιδικής μας ηλικίας» πως τα ψυχικά τραύματα στην αρχή της ζωής ενός ανθρώπου, που προκαλούν συναισθήματα όπως οργή, θυμό, θλίψη, απογοήτευση



κ.α. επηρεάζουν τη μετέπειτα ζωή του με διάφορες εκδηλώσεις. Ενδεικτικά αναφέρει (Miller, 2003) πως «Ως ενήλικες αργότερα αυτά τα καταπιεσμένα συναισθήματα μπορεί να εκφραστούν με κατάθλιψη, καταναγκαστική συμπεριφορά, νευρική ανορεξία, εθισμό σε ουσίες, ναρκισσισμό κ.α. Ενώ το πιθανότερο είναι πως θα αντιγράψουν και θα μεταφέρουν τις ίδιες συμπεριφορές και στα δικά τους παιδιά». Υπολογίζεται, μάλιστα, πως το 1/3 όσων έχουν υποστεί κακοποίηση θα κακοποιήσει με τη σειρά του τα δικά του παιδιά (Prevent Child Abuse, 2003). Τέλος, οι Ogburn et al. (2010) διαπίστωσαν πως η κατάθλιψη από τραύμα στην παιδική ηλικία επηρεάζει την συνοχή, εκφραστικότητα και τον προσανατολισμό για ψυχαγωγική δραστηριότητα της οικογένειας.

Από τα παραπάνω, λοιπόν, φαίνεται πως γενικά το παιδικό τραύμα μπορεί να επηρεάσει την συνοχή, τις συγκρούσεις, την εκφραστικότητα και τον προσανατολισμό για ψυχαγωγία, που αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της λειτουργίας της οικογένειας.

### **3.3. Οι επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων**

#### **3.3.1. Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες**

Οι επιπτώσεις του τραύματος είναι πολυδιάστατες. Συγκεκριμένοι παράγοντες και χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως η ηλικία και το εξελικτικό του επίπεδο όταν το τραύμα συμβαίνει, ο τύπος του τραύματος (κακοποίηση σωματική, σεξουαλική, παραμέληση, τραυματικά κοινωνικά γεγονότα), η συχνότητα, η διάρκεια και η σφοδρότητα της τραυματικής συνθήκης, έχει αποδειχθεί πως επηρεάζουν καταλυτικά τις συνέπειες του τραύματος. Η σχέση ανάμεσα στο θύμα και τον δράστη, όταν πρόκειται για κακοποίηση (English et al., 2005; Chalk et al., 2002), αλλά και τα

ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά του παιδιού, η προσωπικότητα των γονέων, καθώς και η στάση τους έναντι της τραυματικής συνθήκης, αποτελούν επίσης καθοριστικούς παράγοντες στη μελέτη του τραύματος. Η ύπαρξη προσπαθειών παρέμβασης και τροποποίησης της τραυματικής συνθήκης, καθώς και ο χρόνος έναρξης αυτών των προσπαθειών, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού και τη δυνατότητα πρόσβασης της οικογένειας σε δίκτυα κοινωνικής στήριξης. Το επίπεδο διαβίωσης της κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων της ύπαρξης γειτονιάς, των ασφαλών σχολείων, του συστήματος υγείας, καθώς και άλλων παραγόντων στήριξης και προστασίας του ατόμου, θεωρούνται προστατευτικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση του τραύματος (Fraser and Terzian, 2005).

### ***3.3.2. Άμεσες συνέπειες στην παιδική ηλικία***

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι το τραύμα και η κακοποίηση δεν είναι συνώνυμες έννοιες: η σεξουαλική, συναισθηματική, σωματική κακοποίηση, δημιουργούν τραύματα. Η παραμέληση και η μη δημιουργία ενός ασφαλούς δεσμού με το παιδί, δημιουργεί τραύματα. Μεγάλες φυσικές καταστροφές, πόλεμοι, ακραία κοινωνικά γεγονότα, δημιουργούν τραύματα. Το τραύμα διατηρεί μια ευρύτητα πηγών και αναφορών. Πολλαπλές μελέτες δείχνουν πως τραύματα που σχετίζονται με κακοποίηση ή/και παραμέληση κατά την παιδική ηλικία αποτελούν παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. Άμεσες συναισθηματικές επιπτώσεις του τραύματος μπορεί να είναι η απομόνωση του παιδιού, ο φόβος, η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου, η απώλεια του αισθήματος εμπιστοσύνης. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές διάθεσης, με κυρίαρχα συμπτώματα αυτά της κατάθλιψης και της απόσυρσης (Dubowitz et al., 2002), αρνητικές επιπτώσεις στη γνωστική ικανότητα, στη γλωσσική ανάπτυξη και στην ακαδημαϊκή επίδοση, προβλήματα στη δημιουργία ασφαλούς δεσμού, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD).

### **3.3.3. Μακροχρόνιες συνέπειες στην ενήλικη ζωή**

Πολλές από τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος μπορεί να μεταφραστούν και σε μακροχρόνιες συνέπειες στον ψυχισμό του ατόμου: διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ή συνδυασμό της με κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή, διαταραχές διάθεσης (Zavaschi et al., 2006), διαταραχές προσωπικότητας, φτωχός έλεγχος των παρορμήσεων, αποσυνδεδετική διαταραχή, ψυχωσική συνδρομή (Bebbington et al., 2004; Mullen et al., 1996; Cutajar et al., 2010).

Αντιξοότητες που βιώνονται κατά την παιδική ηλικία αποτελούν παράγοντα υψηλού κινδύνου για εκδήλωση ψυχικών διαταραχών και η σχέση μεταξύ διαφόρων τύπων παιδικής κακοποίησης και αυξημένης συχνότητας εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων κατά την ενήλικη ζωή είναι ερευνητικά τεκμηριωμένη (Afifi et al. 2006; Martins et al, 2011).

Στην Ελλάδα το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης είναι επίσης συχνό. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, κάθε χρόνο καταγράφονται 1.000-2.000 νέες περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες (Fereti & Stavrianaki, 1997). Οι έρευνες που εντοπίστηκαν στον ελληνικό πληθυσμό αφορούν κυρίως τραυματικές εμπειρίες λόγω σωματικής κακοποίησης (Αντωνοπούλου, 2015). Μελέτες δείχνουν πως τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση ή παραμέληση έχουν τουλάχιστον 25% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατά την περίοδο της εφηβείας παραβατική συμπεριφορά, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, χαμηλή σχολική επίδοση, χρήση ουσιών και ψυχολογικά προβλήματα (Kelley et al., 1997).

Η εμφάνιση κακοποιητικής συμπεριφοράς ή η αδυναμία άσκησης υγιούς γονικού ρόλου είναι επίσης συχνή σε άτομα με τραύματα κακοποίησης ή παραμέλησης. Τέλος, σε θύματα κακοποίησης ή παραμέλησης κατά την παιδική ηλικία

παρατηρείται και εμπλοκή σε σεξουαλική συμπεριφορά που θέτει το άτομο σε κίνδυνο, αυξάνοντας μάλιστα και τις πιθανότητες μεταδιδόμενων σεξουαλικών νοσημάτων (Johnson et al., 2006). Πρέπει επίσης να επισημανθούν και οι επιπτώσεις στη σωματική υγεία του ατόμου, ως απόρροια της έκθεσης σε εξαιρετικά τραυματικά και στρεσογόνα γεγονότα κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία. Συχνά συναντάται ελλιπής σωματική ανάπτυξη (De Bellis and Thomas, 2003), άσθμα, υψηλή αρτηριακή πίεση, έλκη, αλλεργίες, και γενικότερα μια εικόνα φτωχής σωματικής υγείας η οποία ακολουθεί το άτομο που υπέστη το τραύμα σε όλη του τη ζωή (Springer et al., 2007; Flaherty et al., 2006; Feliti, 2002).

#### **3.3.4. Κοινωνικές συνέπειες**

Πέρα από τις σημαντικές επιπτώσεις του τραύματος για το ίδιο το άτομο, καταγράφεται επιπλέον και υψηλό κοινωνικό κόστος ως απόρροια των δυσκολιών που εμφανίζει το άτομο στην ένταξη και τη λειτουργία του στο κοινωνικό σύνολο. Το έμμεσο κόστος που ανταποκρίνεται στις μακροχρόνιες οικονομικές επιπτώσεις π.χ. της παιδικής κακοποίησης, αγγίζει περίπου τα 69 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως, ενώ το άμεσο κόστος για τη διατήρηση του συστήματος ανίχνευσης και παρέμβασης σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης αποδεικνύεται επίσης υψηλό, με έναν υπολογισμό του κατά το έτος 2001 στην Αμερική να αγγίζει τα 24 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως (Μπούρας & Λαζαράρου, 2012). Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως οι συνολικές επιπτώσεις του τραύματος αναφορικά με το κοινωνικό σύνολο είναι πολλαπλάσιες, στην περίπτωση δε που δεν δρομολογηθούν οι απαιτούμενες παρεμβάσεις, μπορεί ν' αποδειχθούν και καταστροφικές.

Συμπερασματικά, λοιπόν, το τραύμα αποτελεί μία κομβική έννοια στην προσέγγιση του ψυχισμού, με άμεσες κλινικές αναφορές και επιπτώσεις. Η ύπαρξή του κατά την παιδική ηλικία, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αυτή μπορεί να φέρει, δημιουργεί

συνθήκες ικανές να επηρεάσουν το σύνολο της προσωπικότητας και της ζωής του ανθρώπου. Πραγματοποιείται πληθώρα ψυχικών και σωματικών εγγραφών με επιπτώσεις στο σύνολο του οργανισμού. Η όσο το δυνατόν πρώιμη παρέμβαση και πλαισίωση του παιδιού δύναται να λειτουργήσει τροποποιητικά αναφορικά με τις αρνητικές συνέπειες του τραύματος. Στην κλινική πράξη, η ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων είναι κάτι το οποίο συναντάται συχνά και που οι ειδικοί της ψυχικής υγείας οφείλουν να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη αναφορικά με την κλινική αντιμετώπιση του πάσχοντος ανθρώπου.

#### **4. Ποσοτικοποίηση επιπτώσεων παιδικού τραύματος**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1998) «Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και τα επιτεύγματα» (Οικονόμου κ.α., 2001)

Η ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ποιότητα ζωής του ατόμου, αφού σύμφωνα με τον Elkinton (1966) τα τρία στοιχεία συνθέτουν την ποιότητα ζωής είναι η ψυχική ευεξία, η ικανοποίηση που βιώνει το άτομο και η αρμονία μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του.

Έτσι, η ποιότητα ζωής ενός ατόμου σχετίζεται άμεσα με την ψυχοπαθολογία του αλλά και με το περιβάλλον όπου ζει. Όπως μάλιστα επισημαίνει χαρακτηριστικά ο Elkinton (1966) η αξιολόγηση του περιβάλλοντος διαβίωσης, είναι αναγκαία, γιατί ο παράγων αυτός συνδέεται στενά με την ψυχοπαθολογία.

Με την αξιολόγηση γενικά και ποσοτικοποίηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου ασχολείται η Ψυχομετρία που αποτελεί έναν επιστημονικό κλάδο της

ψυχολογίας που μέσω ψυχομετρικών εργαλείων/τεστ παρατηρεί, μετρά και εξάγει αντικειμενικά συμπεράσματα σχετικά με την ανθρώπινη συμπεριφορά και τους παράγοντες που τη διαμορφώνουν (Αλεξόπουλος, 2011). Τα ψυχομετρικά τεστ μετρούν την παρούσα κατάσταση του ατόμου και έτσι βοηθούν στην κλινική αξιολόγηση του.

Τα ψυχομετρικά εργαλεία ψυχολογίας είναι, κατά κύριο λόγο, ερωτηματολόγια αυτοσυμπληρούμενα ή συμπληρούμενα σε δομημένες και ημιδομημένες συνεντεύξεις (Οικονόμου κ.α. 2001). Τα ψυχομετρικά εργαλεία μπορεί να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το περιεχόμενο των ψυχολογικών εννοιών που μετρούν και έτσι έχουν αναπτυχθεί ψυχομετρικά τεστ που αξιολογούν (Γιαγλής, 2014):

- Την προσωπικότητα (MMPI-II- Minnesota Multiphasic Personality Inventory, TAT- Thematic Apperception Test, NeoPI-R- NEO Personality Inventory - Revised, EPQ- Eysenck Personality Questionnaire κ.α.)
- Τη νοημοσύνη (WAIS- Wechsler Adult Intelligence Scale, Raven Standard Progressive Matrices, η δοκιμασία Draw-A-Person των Goonenough-Harris κ.α.)
- Τη γενική ψυχοπαθολογία (SCL-90R- Symptom Checklist 90 – Revised. GHQ- General Health Questionnaire κ.α.).
- Πιο ειδικά το άγχος, (STAI- State-Trait Anxiety Inventory, BAI- (Beck Anxiety Inventory κ.α.) ή
- Την κατάθλιψη (BDI- Beck Depression Inventory, HRSD- Hamilton Rating Scale for Depression, ZSRDS- Zung Self-Rating Depression Scale, το CES-D -Center for Epidemiologic Studies Depression scale κ.α.).

- Την εχθρότητα- επιθετικότητα (Ho Scale- Cook-Medley Hostility Scale, Overcontrolled Hostility Scale, O-H Scale- Overcontrolled Hostility Scale, HDHQ- Hostility & Direction of Hostility Questionnaire, AQ- BussPerry Aggression Questionnaire, BPAQ- BussPerry Aggression Questionnaire).
- Νευροψυχολογικές δοκιμασίες (MMSE- Mini-Mental State Examination, TMT- Trail Making Test, WCST- Wisconsin Card Sorting Test κ.α.)
- Την λειτουργία της οικογένειας (FES- Family Environment Scale)
- Τις εκπαιδευτικές επιδόσεις (SAT- Scholastic Aptitude Test, GRE- Graduate Record Examinations), TOEFL- Test Of English as a Foreign Language κ.α.)
- Αλλά και μια πλειάδα από άλλες ψυχολογικές έννοιες, όπως ποιότητα ζωής, σεξουαλική λειτουργία, στυλ μάθησης, αυτο-αποτελεσματικότητα, προτίμηση χεριού και πάρα πολλές ακόμα.

Σε γενικές γραμμές ψυχομετρική ονομάζεται μια δοκιμασία όχι λόγω του περιεχομένου της (δηλαδή της ψυχολογικής έννοιας που μετρά) αλλά λόγω του τρόπου με τον οποίο έχει κατασκευαστεί ή/και βαθμολογείται.

Κριτήρια επιλογής του κατάλληλου ψυχομετρικού εργαλείου είναι να συγκεντρώνει τις απαραίτητες πληροφορίες που χαρακτηρίζουν το ψυχολογικό χαρακτηριστικό που επιθυμούμε να αξιολογήσουμε, να είναι αξιόπιστα και έγκυρα (Βιτωράτου, 2004).

Έτσι, όσον αφορά την ποσοτικοποίηση των επιπτώσεων του παιδικού τραύματος που επιζητούμε, τα χαρακτηριστικά της ψυχοπαθολογίας του ατόμου (άγχος, φόβος, επιθετικότητα και κατάθλιψη), που, όπως είδαμε παραπάνω, επηρεάζει το παιδικό τραύμα μπορεί να ποσοτικοποιηθούν με την χρήση του σχετικού ερωτηματολογίου

Γενικής Ψυχοπαθολογίας SCL-90 (Derogatis and Savitz, 1999). Όσον αφορά την εχθρότητα που φαίνεται να επηρεάζει το παιδικό τραύμα, μπορεί να ποσοτικοποιηθεί με τη χρήση Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine et al., 1967). Τέλος, το οικογενειακό περιβάλλον του οποίου τα βασικά χαρακτηριστικά (συνοχή, την σύγκρουση, την εκφραστικότητα και προσανατολισμός για ψυχαγωγία), φαίνεται πως μπορεί να επηρεάζει το παιδικό τραύμα μπορεί να ποσοτικοποιηθούν με χρήση της κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος FES- R Form (Moos and Moos, 1986).



## II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 5. Σκοπός της εργασίας

Από τα μέχρι τώρα εκτεθέντα φαίνεται πως το παιδικό τραύμα είναι σημαντικός παράγοντας ψυχολογικής δυσλειτουργίας, των παιδιών και των εφήβων (Roelofs et al., 2005), ενώ ταυτόχρονα τα ψυχολογικά τραύματα σε μικρή ηλικία έχουν επιπτώσεις στην μετέπειτα ζωή αυτών που την βίωσαν (Ηλιοπούλου κ.α., 2012). Μέχρι τώρα υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα για τις επιπτώσεις γενικά του παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία, την εχθρότητα και το οικογενειακό περιβάλλον των ενηλίκων που το βίωσαν (Dragioti et al., 2012). Δεν υπάρχουν, όμως, σχεδόν καθόλου δεδομένα από συστηματική διερεύνηση των επιπτώσεων του παιδικού τραύματος, που προκαλούν οι διάφοροι τύποι τραύματος, όπως ο θάνατος γονιών ή/και συγγενών, η ενδοοικογενειακή βία, το διαζύγιο γονέων, η αλλαγή περιβάλλοντος, ο σχολικός εκφοβισμός κ.α., στην ψυχολογική και οικογενειακή δυσλειτουργία υγιών ατόμων στην ενήλικη ζωή τους.

Έτσι, στην παρούσα εργασία επιχειρούμε να διερευνήσουμε συστηματικά την ψυχοπαθολογία την εχθρότητα- επιθετικότητα και τη λειτουργία της οικογένειας υγιών ενηλίκων ατόμων που βίωσαν παιδικό τραύμα σε σχέση με ενήλικα άτομα που δεν βίωσαν παρόμοια τραυματική εμπειρία.

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιώντας ψυχομετρικά εργαλεία αποτίμησης της ψυχοπαθολογίας, της επιθετικότηταςεχθρότητας και του οικογενειακού περιβάλλοντος βαθμονομημένα για τον ελληνικό πληθυσμό επιχειρούμε να κάνουμε συγκριτική διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών (ψυχοπαθολογία, εχθρότητα, οικογενειακό περιβάλλον, δημογραφικά χαρακτηριστικά και τύποι δεσμού) ενηλίκων ατόμων που βίωσαν παιδικό τραύμα και ατόμων που δεν βίωσαν παιδικό τραύμα.

Τα ευρήματα, μάλιστα, αυτά θα προσπαθήσουμε να διασυνδέσουμε με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τη Σχολική Αγωγή ώστε να αξιοποιηθούν αφενός από τους επαγγελματίες υγείας για μια πιο ουσιαστική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας και αφετέρου από την γενική και ειδική εκπαίδευση για ένα πιο συμπεριληπτικό σχολείο.

### **5.1. Ερευνητικές υποθέσεις**

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της ανάμνησης του ψυχολογικού και κοινωνικού βιωμένου παιδικού τραύματος με την ψυχοπαθολογία και την επιθετικότητα, και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της ανάμνησης στην εμφάνιση και την πορεία διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας και επιθετικότητας καθώς και στη λειτουργία της οικογένειας (Hexel et al., 2004; Copeland et al., 2007; Brietzke et al, 2012). Έτσι, τα ερευνητικά ερωτήματα που θα διερευνηθούν στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας είναι:

Για ολόκληρο το δείγμα:

- Αν η ύπαρξη ή όχι παιδικού τραύματος σχετίζεται με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ενηλίκων που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα.
- Αν υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, επιθετικότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος μεταξύ των ενηλίκων ατόμων με και χωρίς βιωμένο παιδικό τραύμα.

Για το δείγμα των ενηλίκων με βιωμένο παιδικό τραύμα

- Ποιες οι επιπτώσεις των δημογραφικών παραγόντων (φύλο, οικογενειακή κατάσταση κλπ) στα επίπεδα των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας, επιθετικότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος.

- Ποια η στατιστική συσχέτιση των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας με τις υποκλίμακες της επιθετικότητας και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Και τέλος
- Ποιες οι επιπτώσεις των διάφορων τύπων παιδικού τραύματος (απώλεια γονιών, σχολικός εκφοβισμός, αλλαγή περιβάλλοντος,...) στην ψυχοπαθολογία, στην επιθετικότητα και στο οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με βιωμένο σχολικό τραύμα.

## 6. Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Ιούνιο του 2013 μέχρι τον Ιούνιο του 2016 και στη συνέχεια στη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

### 6.1. Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης μας αποτέλεσαν άτομα μέλη υγιούς πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν:

- Προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές τμημάτων ΤΕΙ και ΑΕΙ από Ανώτατα Ιδρύματα της χώρας.
- Δημόσιοι υπάλληλοι, εργαζόμενοι σε εκπαιδευτικά τριτοβάθμια ιδρύματα, διοικητικοί υπάλληλοι και επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομεία και εργαζόμενοι στον ευρύτερο δημόσιο τομέα (Νομαρχίες, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση).
- Συγγενικά και φιλικά πρόσωπα των ατόμων των παραπάνω κατηγοριών.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

- Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών) μέλη υγιούς πληθυσμού.

- Μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον αποφοίτου δημοτικού σχολείου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, ήταν δυνατόν να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζόμενων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζόμενων, η οποία ήταν ήδη σημαντικά επιβαρυνμένη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων.
- Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.

Η μελέτη περιλάμβανε την αξιολόγηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών που αφορούν την ψυχοπαθολογία, την επιθετικότητα- εχθρότητα και το οικογενειακό περιβάλλον.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και ταυτόχρονα, κατέγραφαν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Την όλη διαδικασία διεκπεραίωσε το ίδιο άτομο, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

Ο αριθμός των ενηλίκων ατόμων που δέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα και συμπλήρωσε με επιτυχία τα ερωτηματολόγια ήταν 1437 άτομα. Φυσικά, αρκετοί δεν απάντησαν σε όλα τα ερωτήματα. Διαπιστώθηκε ιδιαίτερος δισταγμός μεταξύ των ενηλίκων του δείγματος που βίωσαν παιδικό τραύμα, να περιγράψουν τον τύπο τραύματος που βίωσαν.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

## **6.2. Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία**

### **6.2.1. Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R)**

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90-R (βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ), η οποία αναπτύχθηκε αρχικά από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας (Derogatis and Savitz, 1999) . Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση των κατωτέρω 9 βασικών υποκλιμάκων. Οι υποκλίμακες είναι:

**Η σωματοποίηση (Somatization):** αιτιάσεις που αφορούν την σωματική δυσλειτουργία. Αποτελεί τη σωματική έκφραση διαφόρων ψυχικών ή/και συναισθηματικών προβλημάτων. Για παράδειγμα, μεγάλος αριθμός ατόμων λόγω έντονου άγχους υποφέρει πολύ συχνά από ημικρανίες και πόνο στον αυχένα.

**Ιδεοψυχαναγκαστικότητα (Obsessive-Compulsive):** απηχεί το κλινικό σύνδρομο ιδεοψυχαναγκασμού που χαρακτηρίζεται από διάφορες επίμονες και επανερχόμενες σκέψεις που προκαλούν ένα αίσθημα δυσφορίας και άγχους στο άτομο. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ψυχαναγκαστικών ατόμων είναι: Ανάγκη για τελειότητα, Υπερβολική σημασία στις λεπτομέρειες, κανόνες, τάξη, Ανάγκη για απόλυτο έλεγχο, Έλλειψη προσαρμοστικότητας, Ακαμψία σε θέματα ηθικής και αξιών, Αφοσίωση, Αυστηρός κριτής, Μεγάλη ευαισθησία στην κριτική, Αμφιβολία, Αναστολή, Υπέρμετρη ευγένεια σε συνδυασμό με έντονα επιθετικά συναισθήματα.

**Διαπροσωπική ευαισθησία** (Interpersonal Sensitivity): αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτοϋποτίμησης, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους.

**Κατάθλιψη** (Depression): απηγεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο. Η κατάθλιψη εκδηλώνεται κυρίως με συμπτώματα όπως το αίσθημα θλίψης ή η αίσθηση εσωτερικού κενού, η αίσθηση εξάντλησης (burn-out), η υπερκόπωση, οι φοβικές καταστάσεις, η εσωτερική ανησυχία, οι διαταραχές σκέψης και ύπνου. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη δεν νιώθουν χαρά και δυσκολεύονται να πάρουν απλές αποφάσεις.

**Άγχος** (Anxiety): απηγεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο. Κατά τον Lewis (1970), «το άγχος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση με υποκειμενική εμπειρία φόβου ή ανάλογου συναισθήματος που οδεύει προς το μέλλον. Δεν υπάρχει εμφανής απειλή ή η απειλή είναι δυσανάλογη με το συναίσθημα που προκαλεί. Υπάρχει υποκειμενική σωματική δυσφορία ή εκδήλωση σωματικών διαταραχών».

**Επιθετικότητα** (Hostility): εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού και επιθετικότητας.

**Φοβικό άγχος** (Phobic Anxiety): απηγεί κυρίως το αγοραφοβικό άγχος

**Παρανοειδής ιδεασμός** (Paranoid ideation): αιτιάσεις και συμπεριφορές που αντιπροσωπεύουν παρανοειδή τρόπο σκέψης. Το βασικό χαρακτηριστικό του παρανοϊκού ιδεασμού είναι η έντονη δυσπιστία και καχυποψία προς τους άλλους ανθρώπους, οπότε τα κίνητρα των πράξεων τους ερμηνεύονται ως κακόβουλα.

**Ψυχωτισμός (Psychoticism):** απηγεί μία σύμμειξη των συμπτωμάτων «Α' τάξης» της σχιζοφρένειας<sup>1</sup> με στοιχεία αλλοτρίωσης και απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα με υψηλές τιμές ψυχωτισμού είναι ψυχρά, μοναχικά, απρόσωπα, εχθρικά και επιθετικά και γενικότερα χαρακτηρίζονται από έλλειψη ανθρωπισμού και συναισθημάτων.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται με μια συμπληρωματική κατηγορία ερωτήσεων που αφορούν

**Διάφορες αιτιάσεις (Additional Items):** αϋπνία (sleeplessness), πρωινή αφύπνιση (awakening in the early morning), ανήσυχος ύπνος (restless sleep), ανορεξία (Poor appetite), βουλιμία(Overeating), σκέψεις θανάτου (Thoughts of death), ενοχή (Feelings of guilt).

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, υπολογίζονται επιπλέον 3 γενικοί δείκτες της έντασης και της έκτασης της συμπτωματολογίας:

**Σύνολο θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) (Global Severity Index):** δίνει πληροφορίες για τον αριθμό, δηλαδή την έκταση των συμπτωμάτων.

**Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) (Positive Symptom Distress Index):** αποτελεί μέτρο της έντασης της ενόχλησης.

**Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ) (Positive Symptom Total):** συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά.

---

<sup>1</sup> Συμπτώματα Α' τάξης σχιζοφρένειας= ηχηρή σκέψη, ακουστικές ψευδαισθήσεις που σχολιάζουν την συμπεριφορά του, βιώματα εξωτερικού ελέγχου της σκέψης ή των πράξεων, Tandon et al.(2013)

Η βαθμολογία των παραπάνω υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας προκύπτει από τις απαντήσεις στις 90 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SCL-90, ακολουθώντας τις σχετικές υποδείξεις που δίνονται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντόνιας και συν, 1991). Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου παρουσιάζει εξαιρετικά επίπεδα αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha = 0,97$  (Βιτωράτου, 2004).

### **6.2.2. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (*Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ*) (Caine και συν, 1967)**

Το HDHQ (βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν



την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς ασθενείς (Lyketsos et al., 1978) και άτομα με αυτοάνοσα νοσήματα (Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986). Η βαθμολογία των παραπάνω υποκλιμάκων εχθρότητας προκύπτει από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου HDHQ, ακολουθώντας τις σχετικές υποδείξεις που δίνονται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

Η αξιοπιστία του HDHQ στον Ελληνικό πληθυσμό παρουσιάζει πολύ καλά επίπεδα εσωτερικής συνέπειας με τιμή του συντελεστή Cronbach's  $\alpha = 0,887$  (Κοτρώτσιου, 2014)

### **6.2.3. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (*Family Environment Scale, FES*)**

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale) των Moos and Moos (1986) καταγράφει (βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) την οικογενειακή ατμόσφαιρα διερευνώντας διάφορες πλευρές του οικογενειακού περιβάλλοντος, σε όλους τους τύπους οικογενειών. Μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης των μελών της και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Αποτελεί μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos (1990) έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της

αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της .

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 απλές διχοτομικές ερωτήσεις (Ναι-Όχι), και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες με συγκεκριμένες ερωτήσεις σε κάθε περίπτωση ώστε να εξαχθούν 10 παράμετροι ως εξής:

### **1. Σχέσεις (*Relationship Dimensions*)**

**Συνοχή (Cohesion):** Αξιολογεί το βαθμό αφοσίωσης, βοήθειας και συμπαράστασης, που παρέχουν τα μέλη της οικογένειας το ένα στο άλλο.

**Εκφραστικότητα (Expressiveness):** Αξιολογεί το βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας ενθαρρύνονται να δρουν ανοιχτά και να εκφράζουν άμεσα τα συναισθήματά τους

**Σύγκρουση- Διαμάχη (Conflict):** Αξιολογεί το βαθμό στον οποίο εκφράζεται ανοιχτά θυμός, επιθετικότητα και διαμάχη ανάμεσα στα μέλη.

### **2. Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (*Personal Growth Dimensions*)**

**Ανεξαρτησία (Independence):** Αξιολογεί το βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας δρουν αυτόνομα είναι αυτοτελείς οντότητες και παίρνουν μόνοι τους τις αποφάσεις που τους αφορούν.

**Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation):** Αξιολογεί το βαθμό στον οποίο δραστηριότητες, όπως, το σχολείο ή η εργασία αντιμετωπίζονται σε ένα πλαίσιο επιτεύματος ή ανταγωνισμού.

**Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation):** Αξιολογεί το βαθμό του ενδιαφέροντος, σε πολιτικές, κοινωνικές, διανοητικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.

**Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation):** Αξιολογεί το βαθμό συμμετοχής σε κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

**Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis):** Αξιολογεί το βαθμό που δίνεται έμφαση σε θρησκευτικά ζητήματα και ηθικές αξίες.

### **3. Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)**

**Οργάνωση (Organization):** Αξιολογεί τη βαρύτητα που δίνεται στη σαφή οργάνωση και στο σχεδιασμό των οικογενειακών δραστηριοτήτων και την ανάληψη ευθυνών για την πραγματοποίησή τους.

**Έλεγχος (Control):** Αξιολογεί το βαθμό στον οποίο συγκεκριμένοι κανόνες και διαδικασίες χρησιμοποιούνται για να «διοικηθεί» η οικογενειακή ζωή.

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της (βλέπε λεπτομέρειες στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ). Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας.

Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμόσται από την Μάτσα (1997). Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach της ελληνικής έκδοσης FES βρέθηκε ικανοποιητικός αφού σύμφωνα με την Κοτρώτσιου (2014) Cronbach's  $\alpha = 0,844$  και είναι σημαντικά μεγαλύτερος της τιμής 0,7 (Spector, 1992).

#### **6.2.4. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων**

Εκτός από τα ερωτηματολόγια ψυχοπαθολογίας, επιθετικότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε δώδεκα (12) συνολικά ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή), την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία) και το ιατρικό ιστορικό τους (επίσκεψη σε ψυχολόγο, σωματική νόσος, είδος σωματικής νόσου, λήψη φαρμάκων). Τέλος, τους ζητήθηκε να απαντήσουν σε κλειστή ερώτηση για το αν στο παιδικό και εφηβικό παρελθόν τους είχαν βιώσει έστω και μια τραυματική εμπειρία - ερώτηση η οποία και αποτέλεσε το κριτήριο εισαγωγή τους στην παρούσα ερευνητική μελέτη. Σε όσους απάντησαν θετικά σε αυτήν την ερώτηση, τους ζητήθηκε και περιέγραψαν αυτή την εμπειρία.

#### **6.3. Διαδικασία**

Χορηγήθηκαν σε άτομα ενήλικα, μέλη υγιούς πληθυσμού, τα αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τα οποία το άτομο που τα συμπλήρωσε παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Ήμουν στην διάθεση των ατόμων που συμμετείχαν στην διαδικασία για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειάστηκε.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων έγινε η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες κατεγράφησαν και προσδιορίστηκαν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

#### **6.4. Στατιστική επεξεργασία**

Λαμβάνοντας υπόψη τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν παραπάνω θα γίνει η ακόλουθη επεξεργασία.

Για το σύνολο του δείγματος:

1. Υπολογισμός των περιγραφικών στατιστικών των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών όλου του δείγματος, ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα.
2. Διερεύνηση της ανεξαρτησίας ή μη μεταξύ της διχοτόμου κατηγορικής μεταβλητής «ύπαρξη τραύματος» και των κατηγορικών «δημογραφικών χαρακτηριστικών». Θα χρησιμοποιηθεί το test ανεξαρτησίας  $X^2$  του Pearson. Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι  $<1$  ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $X^2$  θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Σύγκριση των μέσων όρων των αποτελεσμάτων ανάμεσα στα άτομα με και χωρίς παιδικό τραύμα για την «ηλικία» (δημογραφικό χαρακτηριστικό, συνεχής μεταβλητή) και για όλες τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, επιθετικότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES). Για τη σύγκριση των δύο κατανομών θα χρησιμοποιηθεί η δοκιμασία της ανάλυσης<sup>5</sup> ανάμεσα σε ανεξάρτητα δείγματα

(independent samples t- test), εφόσον οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω του ελέγχου των τιμών κυρτότητας και λοξότητας (kurtosis and skewness), δείξουν πως είναι κανονικές ( $-2 < \text{kurtosis and skewness} < 2$ ) (George and Mallery, 2010).

3. Για τη διερεύνηση των επιπτώσεων των ανεξάρτητων μεταβλητών (κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών) σε όλες τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, επιθετικότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES), στο δείγμα με σχολικό τραύμα, θα χρησιμοποιηθεί η πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης (Multiple analysis of variance MANOVA) προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, ο τύπος διαμονής, η επαγγελματική κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επίσκεψη σε ψυχολόγο, η ύπαρξη σωματικής νόσου και ο τύπος παιδικού τραύματος έχουν επίδραση στα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES). Στη συγκεκριμένη ανάλυση επιλέχθηκε η MANOVA αντί των πολλαπλών ANOVA, μια και η πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης MANOVA λαμβάνει υπόψη τις ενδοσυσχετίσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών και μειώνει το experiment-wise level o Type I error.
4. Σε ό,τι αφορά τη μελέτη της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES), στο δείγμα με σχολικό τραύμα, θα διεξαχθεί ανάλυση συσχετίσεων (Pearson bivariate correlation) ανάμεσα στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES).

5. Τέλος, για την ανάλυση της επίπτωσης των διάφορων τύπων τραύματος στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) που θα βρεθεί από την ανάλυση MANOVA πως επηρεάζονται από τον τύπο τραύματος θα διενεργηθεί independent samples t- test ανάλυση μεταξύ των τιμών ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) του κάθε τύπου τραύματος και των αντίστοιχων τιμών των ατόμων που δεν βίωσαν παιδικό τραύμα.

Για όλους τους δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν ο έλεγχος θα γίνεται σε επίπεδο 5% και επομένως τα αποτελέσματα θα είναι στατιστικώς σημαντικά όταν η προκύπτουσα τιμή σημαντικότητας (p- value) είναι  $\leq 0,05$ .

Για όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας IBM SPSS Statistics 24 ( Stehlik-Barry and Babinec, 2017).

## **7. Ερευνητικά αποτελέσματα**

### **7.1. Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος**

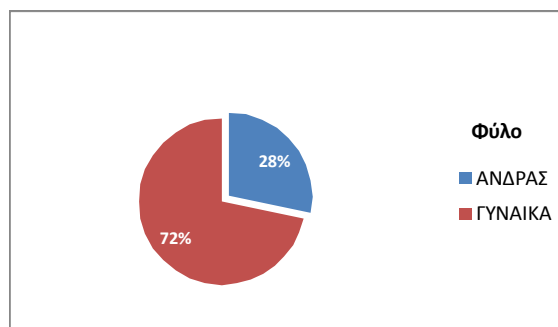
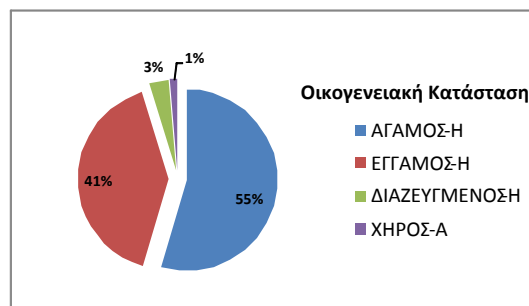
#### **7.1.1. Δημογραφικό προφίλ**

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 34,20 (M=34.20, SD=12.74) (Πίνακας 2). Σε ό,τι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση και το φύλο (Γράφημα 1) , η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ήταν άγαμοι (N= 787) και γυναίκες (N=1029).

Όσον αφορά τον τόπο διαμονής των ενηλικών η πλειοψηφία διέμενε σε πόλη <150.000 κατοίκων (N=654) ενώ οι περισσότεροι είχαν αδέρφια (N=1331) και δεν είχαν παιδιά (N=885) (Γράφημα 2)

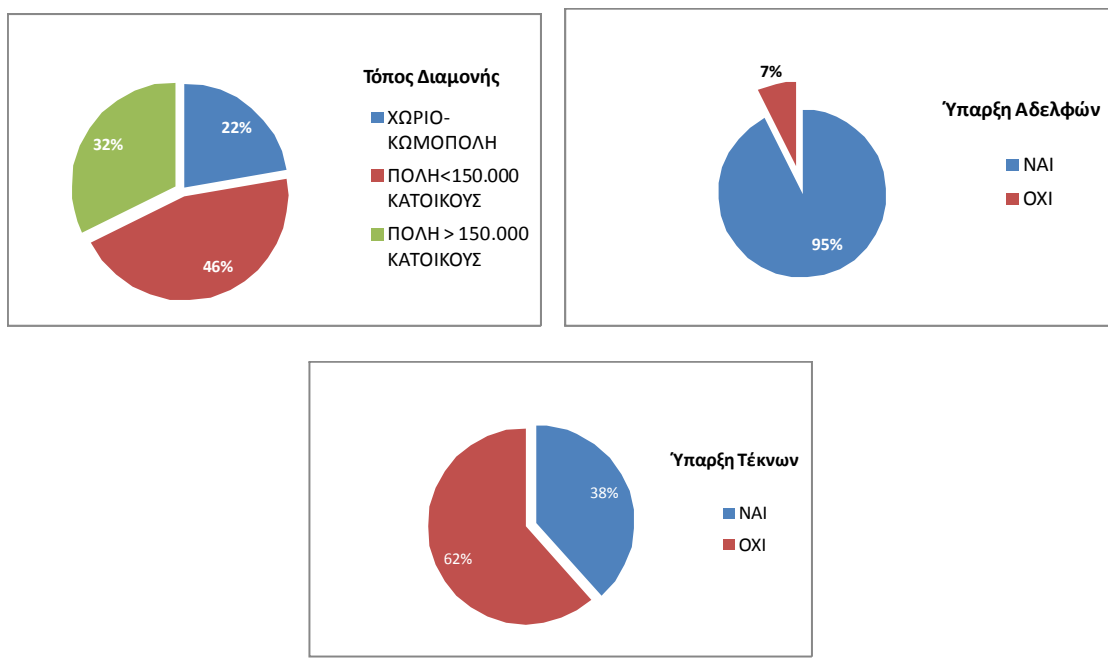
**Πίνακας 2:** Ηλικία του δείγματος

Αριθμός Ατόμων	1434
Μέσος Όρος	34,20
Διάμεσος	31,00
Τυπική Απόκλιση	12,745
Skewness	,730
Συντελεστής Κύρτωσης	-,180



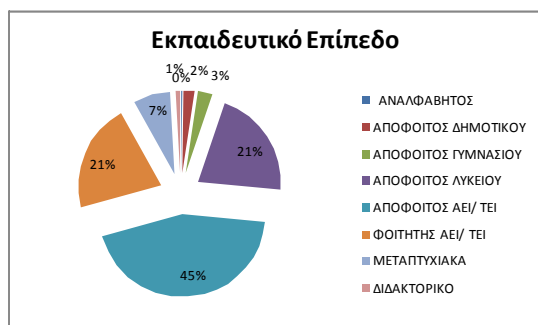
**Γράφημα 1.** Οικογενειακή κατάσταση και φύλο των ατόμων του δείγματος

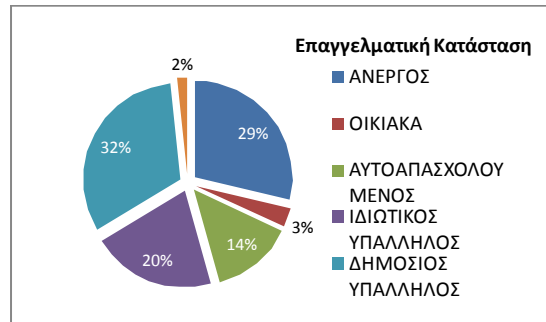




**Γράφημα 2.** Τόπος διαμονής, ύπαρξη αδελφών και ύπαρξη τέκνων των ατόμων του δείγματος

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος, την πλειοψηφία αποτέλεσαν οι Απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (N=637), καθώς και οι φοιτητές (N=306) ακολουθούμενοι από τους αποφοίτους λυκείου (N=305). Τέλος, σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση των ενηλίκων οι περισσότεροι εξ αυτών δήλωσαν δημόσιοι (N=460) και ιδιωτικοί (N=296) υπάλληλοι ((Γράφημα 3)..

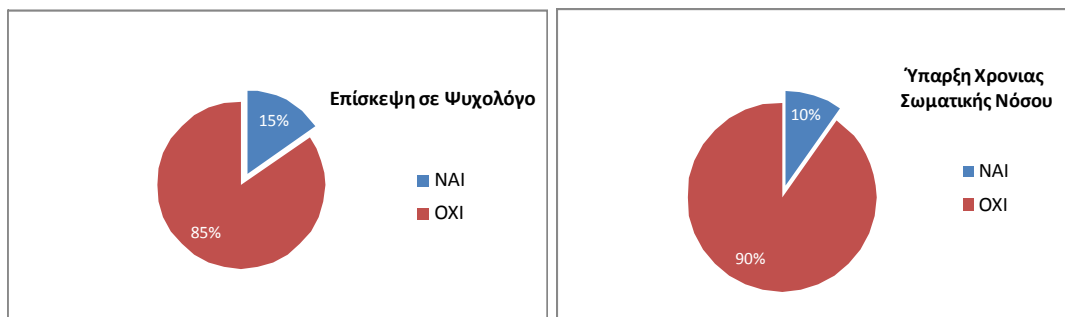




**Γράφημα 3.** Εκπαιδευτικό Επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση των ατόμων του δείγματος

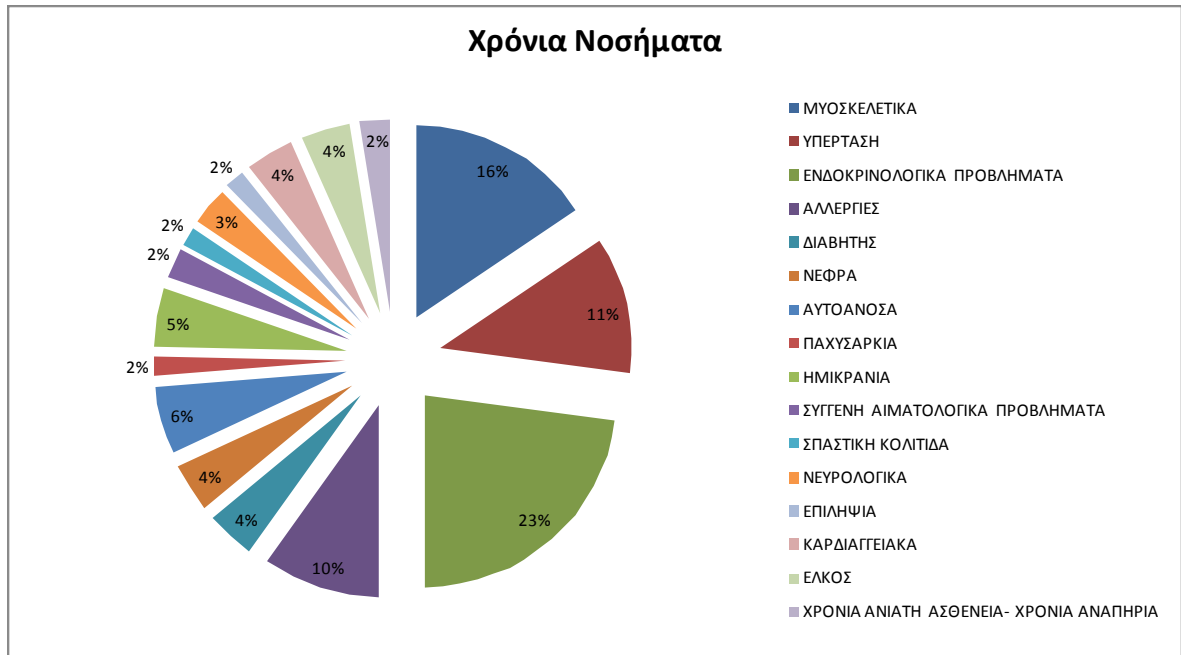
### 7.1.2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Με βάση τις απαντήσεις των ερωτώμενων σε σχέση με το αν έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο, το 15,4% απάντησε θετικά (N=221) ενώ το 84,6 (N=1210) απάντησε αρνητικά. Επίσης μελετήθηκε το αν οι ενήλικες νοσούν από κάποια χρόνια σωματική πάθηση. (Γράφημα 4).



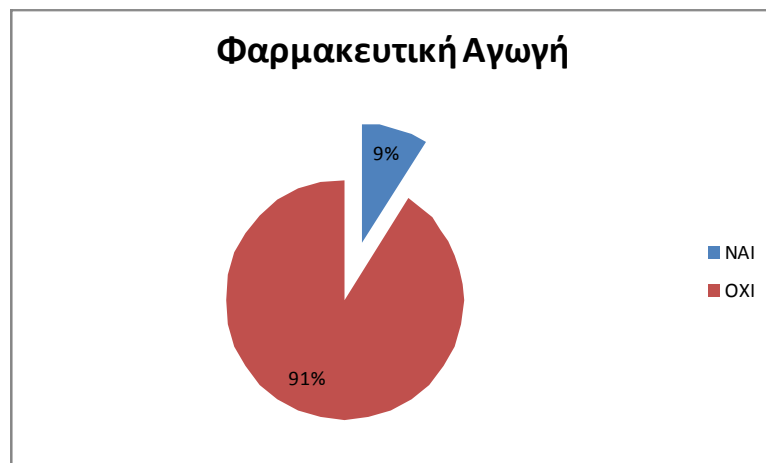
**Γράφημα 4..** Επίσκεψη ή μη σε ψυχολόγο και κατάσταση υγείας των ατόμων του δείγματος

Το ποσοστό αυτών που απαντήσαν θετικά ανέρχεται σε 10% (N=142) με τη πλειοψηφία να δηλώνει ως πάθηση τα ενδοκρινολογικά προβλήματα (N=28) (Γράφημα 5).



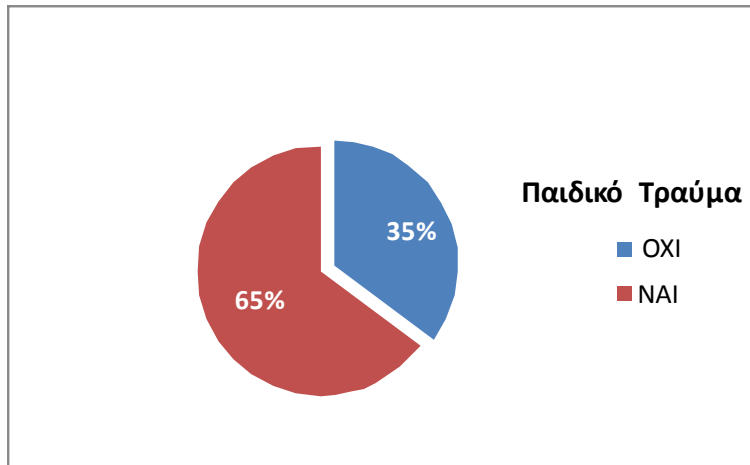
**Γράφημα 5:** Τύπος χρόνιας σωματικής νόσου των ατόμων του δείγματος

Η πλειοψηφία του δείγματος (74%) δήλωσε πως δεν έχει λάβει φαρμακευτική αγωγή (Γράφημα 6) για οποιαδήποτε χρόνια σωματική νόσο (N= 1064)

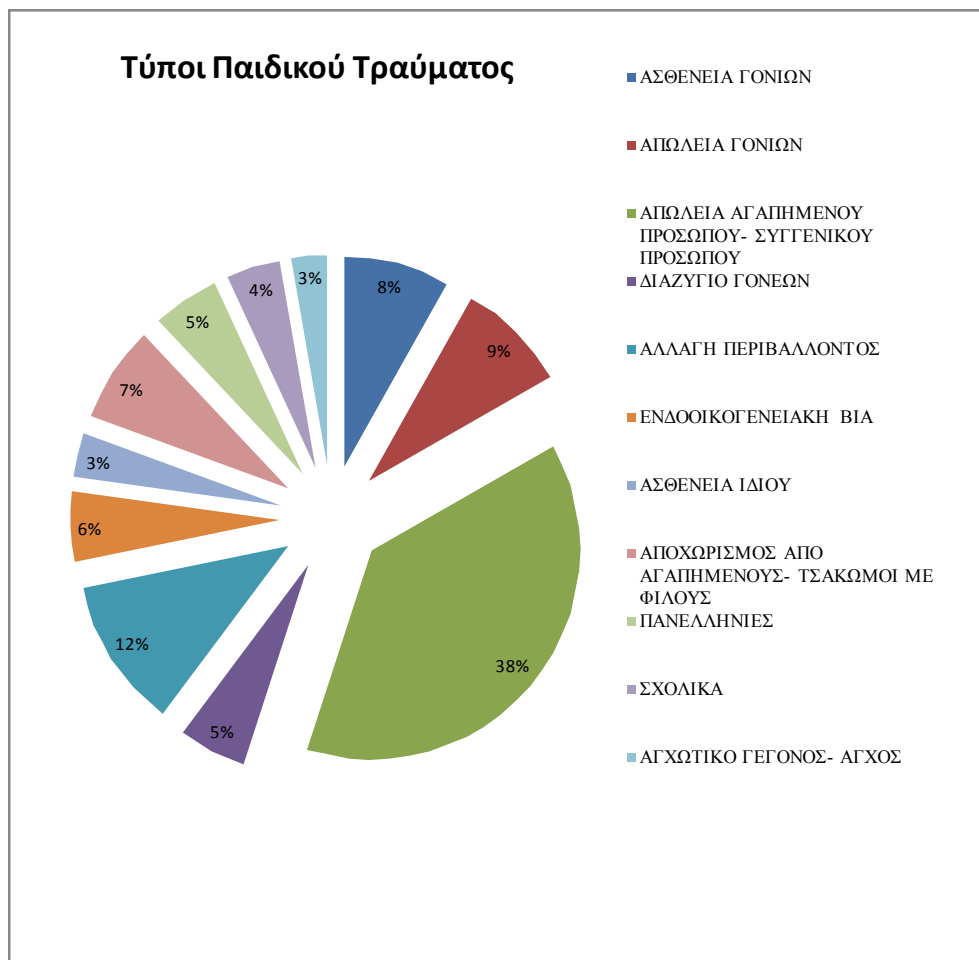


**Γράφημα 6:** Φαρμακευτική αγωγή των ατόμων του δείγματος

Τέλος, σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση στρεσογόνου γεγονότος (Γράφημα 7) κατά τη παιδική ηλικία η πλειοψηφία του δείγματος (52,7%) απάντησε θετικά (N=758) ενώ οι περισσότεροι ενήλικες ανέφεραν (Γράφημα 8) ως γεγονός την απώλεια αγαπημένου προσώπου- συγγενικού προσώπου (N=139).



**Γράφημα 7.** Αντιμετώπιση στρεσογόνου γεγονότος κατά τη παιδική ηλικία από τα άτομα του δείγματος



**Γράφημα 8.** Τύποι στρεσογόνου γεγονότος στα άτομα του δείγματος που βίωσαν παιδικό τραύμα

## **7.2. Επίδραση Κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην ύπαρξη ή μη παιδικού τραύματος**

Θα διερευνήσουμε αν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακό προφίλ, ιατρικό ιστορικό) του δείγματός μας επηρεάζουν την συχνότητα ενηλίκων με βιωμένο τραύμα. Θα κάνουμε, δηλαδή, t- test για έλεγχο ανεξαρτησίας μεταξύ της κατηγορικής διχοτόμου μεταβλητής «ύπαρξη παιδικού τραύματος» και της συνεχούς μεταβλητής «ηλικία» και αφετέρου  $\chi^2$  τεστ για έλεγχο ανεξαρτησίας μεταξύ της κατηγορικής διχοτόμου μεταβλητής «ύπαρξη παιδικού τραύματος» με κάθε ένα από τα υπόλοιπα κατηγορικά χαρακτηριστικά του κοινωνικοδημογραφικού προφίλ των ατόμων του δείγματος.

### **7.2.1. Ύπαρξη παιδικού τραύματος σε σχέση με την Ηλικία**

Για τη μελέτη της σημαντικότητας των διαφορών μεταξύ το δυο ομάδων (βίωμα παιδικού τραύματος η όχι ) σε σχέση με την ηλικία χρησιμοποιήθηκε ανάλυση για ανεξάρτητα δείγματα t-test. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ύπαρξης στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία με την ηλικία (  $p= 0.497$ ,  $F=4.892$ ,  $t(687)=0.680$ ).

### **7.2.2. Ύπαρξη παιδικού τραύματος σε σχέση με το Φύλο**

Όσον αφορά το φύλο των ενηλίκων, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο κατηγορικών μεταβλητών (τραύμα κατά την παιδική ηλικία/ φύλο), όπως έδειξε (Πίνακας 3) η σύγκρισή τους ( $\chi^2 (1)=16.529$ ,  $p= 0.000$ ). Οι γυναίκες, μάλιστα, παρουσίασαν στατιστικά μεγαλύτερη διαφοροποίηση μεταξύ των κατηγοριών με (64,8%) και χωρίς τραύμα (35,2%) γεγονός που υποδεικνύει ισχυρή εξάρτηση μεταξύ φύλου και ύπαρξης τραύματος κατά την παιδική ηλικία.

**Πίνακας 3.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση το φύλο

	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<b>Φύλο</b>			
ΑΝΔΡΑΣ	179 (52,2%)	164 (47,8%)	<b><math>\chi^2=16,529^a</math> <math>p=,000</math></b>
ΓΥΝΑΙΚΑ	579 (64,8%)	315 (35,2%)	
<b>Σύνολο</b>	<b>758 (61,3%%)</b>	<b>479 (38,7%)</b>	

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 132,82.

### 7.2.3. Ύπαρξη παιδικού τραύματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση (Πίνακας 4) μεταξύ των δύο μεταβλητών ( $\chi^2(3)=10.55$ ,  $p=0,014$ ). Ιδιαίτερος σημαντική κρίνεται η διαφορά ανάμεσα στους ενήλικες άγαμους με παιδικό τραύμα (64%) και χωρίς παιδικό τραύμα (36%) . Αντίστοιχα, σημαντική διαφορά εμφανίζεται αναμεσα στους διαζευγμένους με (72,7%) και χωρίς παιδικό τραύμα (27,3%).

**Πίνακας 4.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την Οικογενειακή κατάσταση

		Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<b>Οικογένεια</b>	ΑΓΑΜΟΣ-Η	435 (64,0%)	245( 36,0%)	<b>X<sup>2</sup>=10, 554<sup>a</sup></b>
	ΕΓΓΑΜΟΣ-Η	271 (56,1%)	212 (43,9%)	
	ΔΙ ΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ-Η	40 (72,7%)	15 (27,3%)	
	ΧΗΡΟΣ-Α	11 (61,1%)	7 (38,9%)	
<b>Σύνολο</b>		<b>757( 61,2%)</b>	<b>479 (38,8%)</b>	

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,98.

#### **7.2.4. Ύπαρξη παιδικού τραύματος σε σχέση με τον τόπο διαμονής**

Σε ότι αφορά της σχέση ύπαρξης στρεσογόνου γεγονότος κατά την παιδική ηλικία και τον τόπο διαμονής (Πίνακας 5) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ( $X^2(2)= 0.251$ ,  $p=0.284$ ).

**Πίνακας 5.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση τη διαμονή

Διαμονή	Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΧΩΡΙΟ-ΚΩΜ/ΛΗ	174 (64,9%)	94 (35,1%)	$\chi^2=2,517^a$
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤ	325 (59,2%)	224 (40,8%)	$p= ,284$
ΠΟΛΗ > 150.000 ΚΑΤ	258 (61,6%)	161 (38,4%)	
<b>Σύνολο</b>	<b>757 (61,2%)</b>	<b>479 (38,8%)</b>	

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 103,86.

**7.2.5. Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την ύπαρξη αδελφού-αδελφής**

Δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική εξάρτηση αναμεσα στις δυο μεταβλητές (ύπαρξη αδελφού / ύπαρξη παιδικού τραύματος) ( $\chi^2 (1)=0.008$ ,  $p=0.930$ ). Τα άτομα με αδελφό και χωρίς αδελφό παρουσίαζαν σχεδόν παρόμοιες τιμές (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την ύπαρξη αδελφού-αδελφής

		Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<b>Αδέλφια</b>	ΝΑΙ	700 (61,2%)	443 (38,8%)	$\chi^2= ,008^a$
	ΟΧΙ	58 (61,7%)	36 (38,3%)	$p= ,930$
<b>Σύνολο</b>		<b>758 (61,3%)</b>	<b>479 (38,7%)</b>	

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,40



**7.2.6. Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την ύπαρξη τέκνων**

Δεν εντοπίστηκε καμία στατιστικά σημαντική εξάρτηση αναμεσα στις δυο μεταβλητές (ύπαρξη τέκνων/ ύπαρξη παιδικού τραύματος) ( $X^2(1)= 1.561$ ,  $p= 0,211$ ). Τα άτομα με τέκνα και χωρίς τέκνα παρουσίαζαν σχεδόν παρόμοιες τιμές (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την ύπαρξη τέκνων

		Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		$X^2= 1,563^a$ $p= ,211$
		ηλικίας		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<b>Παιδιά</b>	ΝΑΙ	277 (59,1%)	192 (40,9%)	
	ΟΧΙ	481 (62,6%)	287 (37,4%)	
<b>Σύνολο</b>		<b>758 (61,3%)</b>	<b>479 (38,7%)</b>	

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 181,61.

**7.2.7. Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης**

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος, παρατηρήθηκε στατιστικά πολύ σημαντική εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών ( $X^2 (7)=28.30$ ,  $p< 0.001$ ). Ιδιαίτερος σημαντική κρίνεται η διαφορά ανάμεσα στους φοιτητές ΑΕΙ/ΤΕΙ με παιδικό τραύμα (70,5%) και σε αυτούς χωρίς παιδικό τραύμα (29,5%). Αντίστοιχα, σημαντική διαφορά εμφανίζεται αναμεσα στους αποφοίτους ΑΕΙ/ΤΕΙ με παιδικό τραύμα (63,3%) και σε αυτούς χωρίς παιδικό τραύμα (36,7%) (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα και μη στρεσογόνου γεγονότος στην παιδική ηλικία, με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης

		Στρεσογόνο γεγονός		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<b>Επίπεδο</b>	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	3 (100,0 %)	0 (0,0%)	
<b>Εκπαίδευσης</b>	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜ.	19 (59,4%)	13 (40,6%)	
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜ.	21 (61,8%)	13 (38,2%)	
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚ.	128 (50,6%)	125 (49,4%)	
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ ΤΕΙ	343 (63,3%)	199 (36,7%)	$\chi^2=28,3^a$
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ ΤΕΙ	186 (70,5%)	78 (29,5%)	$p= .000$
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	50 (51,5%)	47 (48,5%)	
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	7 (63,6%)	4 (36,4%)	
	<b>Σύνολο</b>	<b>757 (61,2%)</b>	<b>479 (38,8%)</b>	

a. 3 cells (18,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,16.

#### **7.2.8. Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την επαγγελματική κατάσταση**

Μελετώντας την επαγγελματική κατάσταση του δείγματος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών ( $\chi^2 (6)=18.36, p< .01$ ). Ιδιαίτερως σημαντική κρίνεται (Πίνακας 9) η διαφορά ανάμεσα στους συνταξιούχους με παιδικό τραύμα (89,5%) και σε αυτούς χωρίς παιδικό τραύμα (10,5%). Αντίστοιχα, σημαντική διαφορά εμφανίζεται αναμεσά στους ανέργους με παιδικό τραύμα (65,8%) και σε αυτούς χωρίς παιδικό τραύμα (34,2%).

**Πίνακας 9.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την επαγγελματική κατάσταση

		Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<b>Επάγγελμα</b>	ΑΝΕΡΓΟΣ	231 (65,8%)	120 (34,2%)	<b>X<sup>2</sup>=18,365<sup>a</sup></b> <b>p=. ,005</b>
	ΟΙΚΙΑΚΑ	25 (59,5%)	17 (40,5%)	
	ΑΥΤΟΑΠΑΣΧ.	107 (63,3%)	62 (36,7%)	
	ΙΔΙΩΤ. . ΥΠΑΛ.	142 (54,4%)	119 ( 45,6%)	
	ΔΗΜ. ΥΠΑΛ.	236 (60,1%)	157 (39,9%)	
	ΣΥΝΤΑΞ/ΧΟΣ	17 (89,5%)	2 (10,5%)	
	ΦΟΙΤΗΤΗΣ	0 (,0%)	2 (100,0%)	
<b>Σύνολο</b>		<b>758 (61,3%)</b>	<b>479 (38,7%)</b>	

a. 2 cells (14,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,77

**7.2.9. Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την επίσκεψη σε ψυχολόγο**

Σε ότι αφορά, την επίσκεψη σε ψυχολόγο και την ύπαρξη παιδικού τραύματος, παρατηρήθηκε (Πίνακας 10) στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών ( $X^2(1)=10.826$ ,  $p= .001$ ). Εντύπωση προκαλεί η διαφορά ανάμεσα στα άτομα που επισκέφτηκαν ψυχολόγο και είχαν βιώσει παιδικό τραύμα (71,3%) και σε αυτούς χωρίς βίωμα παιδικού τραύματος (28,7%),).

**Πίνακας 10.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την επίσκεψη σε ψυχολόγο

		Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		
		ηλικίας		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<b>Επίσκεψη σε</b>	ΝΑΙ	149 (71,3%)	60 (28,7%)	$\chi^2=$
<b>Ψυχολόγο</b>	ΟΧΙ	606 (59,1%)	419 (40,9%)	<b>10,826<sup>a</sup></b>
				<b>p=,001</b>
	<b>Σύνολο</b>	<b>755 (61,2%)</b>	<b>479 (38,8%)</b>	

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 81,13.

**7.2.10. Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την ύπαρξη χρόνιας σωματικής νόσου**

Σε σχέση με την ύπαρξη χρόνιας σωματικής νόσου και την ύπαρξη παιδικού τραύματος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών ( $\chi^2(1)= 3,916$ ,  $p= 0,0485$ ). Τα υψηλότερα ποσοστά σημείωσαν οι ενήλικες με χρόνια σωματική νόσο και ύπαρξη παιδικού τραύματος (69,2%) (Πίνακας 11).

**Πίνακας 11.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την ύπαρξη χρόνιας σωματικής νόσου

		Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<b>Χρόνια σωματική νόσος</b>	ΝΑΙ	90 (69,2%)	40 (30,8%)	<b>X<sup>2</sup>= 3,916<sup>a</sup> p= ,048</b>
	ΟΧΙ	665 (60,3%)	438 (39,7%)	
<b>Σύνολο</b>		<b>755 (61,2%)</b>	<b>478 (38,8%)</b>	

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 50,40.

**7.2.11. Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση τον τύπο χρόνιας σωματικής νόσου**

Σχετικά με τον τύπο της χρόνιας σωματικής νόσου, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών ( $p > .05$ ). Υψηλά ποσοστά σημείωσαν οι ενήλικες με παιδικό τραύμα και ενδοκρινολογικά προβλήματα (65%) καθώς και αλλεργίες (81,8%) έναντι των ατόμων χωρίς παιδικό τραύμα (Πίνακας 12).

**Πίνακας 12.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση τον τύπο της χρόνιας σωματικής νόσου

		Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Τύπος χρόνιας σωματική ς νόσου	ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ	7 (46,7%)	8 (53,3%)	<b>X<sup>2</sup>=22,404<sup>a</sup></b> <b>p= ,436</b>
	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	8 (61,5%)	5 (38,5%)	
	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΑ	17 (65,4%)	9 (34,6%)	
	ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	9 (81,8%)	2 (18,2%)	
	ΔΙΑΒΗΤΗΣ	3 (60,0%)	2 (40,0%)	
	ΝΕΦΡΑ	5 (100,0%)	0 (,0%)	
	ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ	3 (60,0%)	2 (40,0%)	
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	2 (100,0%)	(0 ,0%)	
	ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	3 (50,0%)	3 (50,0%)	
	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
	ΣΠΑΣ. ΚΟΛΙΤΙΔΑ	2 (100,0%)	0 ( ,0%)	
	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ	4 (100,0%)	0 ( ,0%)	
	ΕΠΙΛΗΨΙΑ	2 (100,0%)	0 (,0%)	
	ΔΥΣΛΕΞΙΑ	1 (100,0%)	0 (,0%)	
	ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ	2 (40,0%)	3 (60,0%)	
	ΕΛΚΟΣ	4 (80,0%)	1 (20,0%)	
	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ	1 (100,0%)	0 (,0%)	
	ΧΡ, ΑΝΙΑΤΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
	ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ	2 (100,0%)	0 (,0%)	
	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	1 (100,0%)	0 (,0%)	
ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΕΣ	0 (,0%)	1 (100,0%)		
<b>Σύνολο</b>	<b>80 (68 %)</b>	<b>38 (32 %)</b>		

a. 37 cells (80,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

**7.2.12. Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση την λήψη φαρμάκων εξαιτίας της χρόνιας σωματικής νόσου**

Σε σχέση με την λήψη φαρμάκων εξαιτίας της σωματικής νόσου και την ύπαρξη παιδικού τραύματος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση (Πίνακας 13) μεταξύ των δύο μεταβλητών ( $\chi^2 (1) = 5,463, p = 0,019$ ). Τα υψηλότερα ποσοστά σημείωσαν οι ενήλικες που έχουν προβεί σε λήψη φαρμάκων εξαιτίας της σωματικής νόσου και έχουν βιώσει παιδικό τραύμα (70,4%).

**Πίνακας 13.** Διαφορές ανάμεσα σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη, με βάση τη λήψη φαρμάκων εξαιτίας της χρόνιας σωματικής νόσου

		Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
<b>Λήψη</b>	ΝΑΙ	69 (70,4%)	29 (29,6%)	<b><math>\chi^2 = 5,463^a</math></b> <b><math>p = ,019</math></b>
<b>Φαρμάκων</b>	ΟΧΙ	542 (58,2%)	389 (41,8%)	
<b>Σύνολο</b>		<b>611 (59,4%)</b>	<b>418 (40,6%)</b>	

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39,81.

### 7.3. Διερεύνηση διαφορών μεταξύ ατόμων με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη κατά τη παιδική ηλικία στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας & εχθρότητας

Για τη μελέτη της σημαντικότητάς των διαφορών μεταξύ το δυο ομάδων (βίωμα παιδικού τραύματος η όχι ) σε όλες τις υποκλίμακες χρησιμοποιήθηκε ανάλυση για ανεξάρτητα δείγματα t-test (independent samples t- test). Πριν τη σύγκριση των κατανομών ελέγχθηκε η κανονικότητα τους μέσω του ελέγχου των τιμών κυρτότητας και λοξότητας (kurtosis and skewness). Σε όλες τις περιπτώσεις οι τιμές ήταν κανονικές ( $-2 < \text{kurtosis and skewness} < 2$ ).

Στους παρακάτω Πίνακες παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης t- test για τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας (Πίνακας 14) και εχθρότητας (Πίνακας 15).

**Πίνακας 14** . Αποτελέσματα ανάλυσης ανεξάρτητων δειγμάτων t-test στις υποκλίμακες Ψυχοπαθολογίας (SCL\_90)

<b>Κλίμακα SCL-90</b>	Τραύμα	Άτομα	M.O.	T.A.	F	<i>p- value</i>
<b>Σωματοποίηση</b>	NAI	758	9,69	7,930	11,281	<b>,000</b>
	OXI	479	7,69	6,816		
<b>Ψυχ/τητα</b>	NAI	758	11,16	6,973	5,716	<b>,000</b>
	OXI	479	9,20	6,488		
<b>Διαπρ. Ευαισθ.</b>	NAI	758	8,91	5,986	,899	<b>,000</b>
	OXI	479	7,21	5,707		
<b>Κατάθλιψη</b>	NAI	758	12,87	8,984	3,538	<b>,000</b>
	OXI	479	10,05	8,321		
<b>Άγχος</b>	NAI	758	7,99	7,156	12,817	<b>,002</b>
	OXI	479	5,83	6,056		
<b>Επιθ/τητα</b>	NAI	758	5,35	4,650	2,358	<b>,006</b>
	OXI	479	4,62	4,410		



<b>Φοβ. Άγχος</b>	NAI	758	2,91	3,709	11,483	<b>,000</b>
	OXI	479	2,12	3,112		
<b>Παραν. Ιδεασμ.</b>	NAI	758	7,14	4,644	2,130	<b>,000</b>
	OXI	479	5,71	4,288		
<b>Ψυχωτισμός</b>	NAI	758	6,42	5,230	6,313	<b>,000</b>
	OXI	479	5,16	4,762		
<b>ΓΔΣ</b>	NAI	758	,8715	,5499	6,750	<b>,000</b>
	OXI	479	,696	,4963		
<b>ΔΕΘΣ</b>	NAI	756	1,702	,4522	,525	<b>,000</b>
	OXI	478	1,594	,4304		
<b>ΣΘΣ</b>	NAI	758	43,34	19,475	,002	<b>,000</b>
	OXI	479	36,90	19,588		
<b>Αϋπνία</b>	NAI	758	,73	1,134	23,143	<b>,001</b>
	OXI	479	,52	,928		
<b>Πρωινή Αφύπνιση</b>	NAI	758	1,33	1,310	1,642	,461
	OXI	479	1,27	1,271		
<b>Ανησυχία</b>	NAI	758	,95	1,146	,010	,095
	OXI	479	,84	1,122		
<b>Ανορεξία</b>	NAI	758	,22	,623	1,373	,506
	OXI	479	,20	,616		
<b>Βουλιμία</b>	NAI	758	1,15	1,164	2,196	,039
	OXI	479	1,01	1,137		
<b>Σκέψεις Θανάτου</b>	NAI	758	,61	1,040	17,410	<b>,002</b>
	OXI	479	,43	,896		
<b>Ενοχή</b>	NAI	758	1,01	1,131	4,227	<b>,001</b>
	OXI	479	,81	1,002		

M.O.= Μέσος Όρος, T.A.= Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation)

**Πίνακας 15 . Αποτελέσματα ανάλυσης ανεξάρτητων δειγμάτων t-test στις υποκλίμακες Εχθρότητας (HDHQ)**

<b>Κλίμακα</b>	<b>Τραύμα</b>	<b>Άτομα</b>	<b>M.O.</b>	<b>T.A.</b>	<b>F</b>	<b>p- value</b>
<b>HDHQ</b>						
<b>Επίκριση από</b>	NAI	591	5,61	2,207	7,078	,447
<b>Άλλους (CO)</b>	OXI	414	5,50	2,440		
<b>Παρορμ. Εχθρ.</b>	NAI	591	4,50	1,994	,379	<b>,015</b>
<b>(AH)</b>	OXI	414	4,19	1,984		
<b>Παρανοειδής</b>	NAI	591	2,20	1,857	,244	<b>,001</b>
<b>Εχθρ. (PH)</b>	OXI	414	1,80	1,805		
<b>Αυτοεπίκριση</b>	NAI	591	4,26	2,104	,642	<b>,000</b>
<b>(SC)</b>	OXI	414	3,69	2,162		
<b>Ενοχή (G)</b>	NAI	591	2,18	1,594	7,557	<b>,002</b>
	OXI	414	1,88	1,474		
<b>Εξωστρ. Εχθρ.</b>	NAI	591	12,31	4,634	3,404	<b>,008</b>
<b>(EX-PU)</b>	OXI	414	11,49	5,071		
<b>Ενδρ. Εχθρ.</b>	NAI	591	6,43	3,285	,086	<b>,000</b>
<b>(IN-PU)</b>	OXI	414	5,57	3,319		
<b>Ολ. Εχθρ</b>	NAI	591	18,74	6,821	2,298	<b>,000</b>
<b>(T-HOST)</b>	OXI	414	17,07	7,223		

M.O.= Μέσος Όρος, T.A.= Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation)

Από τα αποτελέσματα των αναλύσεων που περιγράφονται στους παραπάνω Πίνακες προκύπτουν στατιστικά πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ των ενηλίκων που βίωσαν και αυτών που δε βίωσαν παιδικό τραύμα τόσο όσον αφορά τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας (Πίνακας 14) όσο και τις υποκλίμακες εχθρότητας (Πίνακες 15).

Είναι, μάλιστα, αξιοσημείωτο πως σε όλες τις περιπτώσεις τις υψηλότερες τιμές σημείωσαν οι ενήλικες με βίωμα παιδικού τραύματος.

Έτσι, πιο συγκεκριμένα, σημειώθηκαν πολύ σημαντικές Διαφορές ( $p < .001$ ) στις εξής υποκλίμακες:

**Ψυχοπαθολογίας:** Σωματοποίηση, ( $F=11.28$ ,  $t(1125.53)=4.71$ ), Ψυχαναγκαστικότητα ( $F=5.72$ ,  $t(1070,43)= 5.02$ ), Διαπροσωπική Ευαισθησία ( $F=0,899$ ,  $t(1235)= 4.93$ ), Κατάθλιψη ( $F=3.54$ ,  $t(1235)= 5.55$ ), Άγχος ( $F=12.82$ ,  $t(1135.44)=5.70$ ), Φοβικό Άγχος ( $F=11.748$ ,  $t(1140.81)=4.04$ ), Παρανοειδής Ιδεασμός ( $F=2.13$ ,  $t(1235)= 5.42$ ), Ψυχωτισμός ( $F=6.31$ ,  $t(1086)= 4.33$ ), ΓΔΣ ( $F=6.75$ ,  $t(1092.26)= 5.80$ ), ΔΕΘΣ ( $F=.52$ ,  $t(1232)= 4.17$ ), ΣΘΣ ( $F=.002$ ,  $t(1235)=5.666$ ), Αϋπνία ( $F=23.14$ ,  $t(1155.69)= 3.56$ ).

Και

**Εχθρότητας:** Αυτοεπίκριση ( $F=.64$ ,  $t(1003)= 4.14$ ), Ενδοστρεφής Εχθρότητα ( $F=.09$ ,  $t(1003)= 4.08$ ), Ολική Εχθρότητα ( $F=2.30$ ,  $t(1003)= 3.749$ ).

Επιπλέον, σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παρακάτω υποκλίμακες: Επιθετικότητα ( $F=2.36$ ,  $t(1235)= 2.737$ ,  $p < .01$ ), Σκέψεις Θανάτου ( $F=17.41$ ,  $t(1124.28)= 3.175$ ,  $p < .005$ ) και Ενοχή ( $F=4.23$ ,  $t(1104.71)= 3.34$ ,  $p < .005$ ), καθώς και στις υποκλίμακες εχθρότητας Παρορμητική Εχθρότητα ( $F=.38$ ,  $t(1003)= 2.437$ ,  $p < .05$ ), Παρανοειδής Εχθρότητα ( $F=.24$ ,  $t(1003)= 3.346$ ,  $p < .005$ ), Ενοχή G ( $F=7.56$ ,  $t(929.99)= 3.047$ ,  $p < .005$ ) και Εξωστρεφής Εχθρότητα ( $F=3.40$ ,  $t(1003)= 2.645$ ,  $p < .01$ ).

#### **7.4. Διερεύνηση διαφορών μεταξύ ατόμων με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος και μη κατά τη παιδική ηλικία στις υποκλίμακες Οικογενειακού περιβάλλοντος (FES)**

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης t- test ανεξάρτητων δειγμάτων για τις υποκλίμακες Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) φαίνονται στον Πίνακα 16. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Πίνακα αυτού δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p > .05$ ) με εξαίρεση την υποκλίμακα Σύγκρουση- Διαμάχη (Con) στην οποία οι ενήλικες με παιδικό τραύμα σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη τιμή σε σχέση με αυτούς χωρίς βίωμα τραύματος ( $F=.53$ ,  $t(595)= 2.436$ ,  $p<.05$ ).

Με βάση τα αποτελέσματα των παραπάνω αναλύσεων για ανεξάρτητα δείγματα t -test ανάμεσα σε άτομα με ύπαρξη παιδικού τραύματος και μη, διαφαίνεται μια στατιστικά πολύ σημαντική διαφοροποίηση στη πλειονότητα των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας & εχθρότητας, κάτι που δεν εμφανίζεται όπως στις περισσότερες υποκλίμακες του Οικογενειακού περιβάλλοντος (FES). Είναι χαρακτηριστικό πως σε όλες τις στατιστικά σημαντικές περιπτώσεις τις υψηλότερες τιμές σημείωσαν οι ενήλικες με βίωμα παιδικού τραύματος.

**Πίνακας 16.** Αποτελέσματα ανάλυσης ανεξάρτητων δειγμάτων t-test στις υποκλίμακες Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES)

Υποκλίμακες FES	Τραύμα Άτομα	M.O.	T.A.	F	<i>p- value</i>	
<b>Συνοχή (C)</b>	NAI	302	6,70	2,055	2,345	,195
	OXI	295	6,92	1,954		
<b>Εκφραστικότητα (Ex)</b>	NAI	302	5,84	1,600	,195	,664
	OXI	295	5,78	1,658		
<b>Σύγκρουση- Διαμάχη (Con)</b>	NAI	302	2,71	2,100	,535	<b>,015</b>
	OXI	295	2,30	2,012		
<b>Ανεξαρτησία (Ind)</b>	NAI	302	5,99	1,549	,003	,240
	OXI	295	6,14	1,545		
<b>Προσαναλισμός για επιτεύγματα (AO)</b>	NAI	302	6,04	1,495	3,506	,499
	OXI	295	5,95	1,652		
<b>Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (ICO)</b>	NAI	302	5,35	2,192	,138	,400
	OXI	295	5,20	2,192		
<b>Προσανατ. προς ενεργό ψυχική δραστηρ. (ARO)</b>	NAI	302	4,91	2,374	1,021	,474
	OXI	295	4,78	2,205		
<b>Ηθική και θρησκευτική έμφαση (MRE)</b>	NAI	302	4,27	2,147	1,203	,260
	OXI	295	4,07	2,116		
<b>Οργάνωση (Org)</b>	NAI	302	5,59	1,842	,469	,727
	OXI	295	5,64	1,742		
<b>Έλεγχος (Ctl)</b>	NAI	302	4,35	1,773	,582	,140
	OXI	295	4,56	1,721		
<b>Ολικό Σύνολο (TOTAL)</b>	NAI	302	51,75	8,514	1,365	,548
	OXI	295	51,34	8,258		

M.O.= Μέσος Όρος, T.A.= Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation)

**7.5. Μελέτη του ρόλου των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος**

Στη συγκεκριμένη ανάλυση επιλέχθηκε η χρήση της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης MANOVA αντί των πολλαπλών ANOVA, διότι η πολλαπλή ανάλυση MANOVA λαμβάνει υπόψη τις ενδο-συσχετίσεις μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών καθώς και το στατιστικό λάθος τύπου I. Από τα αποτελέσματα δεν διαπιστώθηκε καμία πολυμεταβλητή κύρια επίδραση ( $p > .05$ ) στα επίπεδα ψυχοπαθολογίας & εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) με εξαίρεση την επίδραση του φύλου όπου διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επιρροή ( $F(33.250)=2.79$ , Partial  $\eta^2=.03$ ,  $p < .001$ ).

Οι μονοδιάστατες κύριες επιπτώσεις των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των ενηλίκων που βίωσαν παιδικό τραύμα, συμπεριλαμβανομένου και του Τύπου Παιδικού Τραύματος, στα επίπεδα ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και εχθρότητας (HDHQ) φαίνονται στους παρακάτω Πίνακες 17 και 18, όπου παρουσιάζεται η στατιστική σημαντικότητα (p-value) της επίδρασης των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με παιδικό τραύμα στις υποκλίμακες των κλιμάκων SCL-90 και HDHQ.

**Πίνακας 17.** Στατιστική σημαντικότητα της επίδρασης των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας σε ενήλικα άτομα με βιωμένο παιδικό τραύμα

Κλίμακα SCL_90	p- value										
	Φ	ΟΚ	Δ	ΥΠ	ΥΑ	ΕΕ	ΕΚ	ΕΨ	ΣΝ	ΛΦ	ΤΠΤ
Σωματοποίηση	0,18	,291	,183	,919	,506	,065	,465	,836	,356	<b>,007</b>	<b>,010</b>
Ψυχ/τητα	0,66	,075	,208	,170	,369	<b>,019</b>	,232	,055	,676	<b>,010</b>	<b>,021</b>
Διαπρ. Ευαισθ.	0,49	<b>,027</b>	,065	<b>,021</b>	,797	<b>,047</b>	,557	,334	,970	,424	<b>,003</b>
Κατάθλιψη	0,38	<b>,015</b>	,143	,175	,681	,231	,839	,398	,899	<b>,006</b>	<b>,000</b>
Άγχος	0,76	,551	,090	,442	,949	,080	,393	,081	,904	<b>,006</b>	<b>,001</b>
Επιθ/τητα	0,92	,145	,393	,125	,664	,117	,427	,182	,160	<b>,001</b>	<b>,019</b>
Φοβ. Άγχος	0,27	,109	<b>,039</b>	,543	,503	,469	,634	,270	,397	,108	<b>,006</b>
Παραν. Ιδ.ς	0,12	,169	,296	,066	,706	<b>,016</b>	,350	,271	,958	,245	<b>,037</b>
Ψυχωτισμός	<b>0,07</b>	,971	,451	,319	,449	,311	<b>,016</b>	,977	,774	,061	,122
ΓΔΣ	0,99	,104	,094	,168	,722	,041	,384	,260	,896	<b>,005</b>	<b>,000</b>
ΔΕΘΣ	0,77	,070	,074	,290	,968	,176	,194	,255	,825	,052	<b>,001</b>
ΣΘΣ	0,95	,379	,169	,279	,371	<b>,019</b>	,275	,423	,724	<b>,005</b>	<b>,008</b>
Αϋπνία	0,60	,854	,822	,808	,212	,649	,196	,767	,703	,053	<b>,002</b>
Πρωινή Αφύπν.	0,15	,341	,593	,524	,675	,610	<b>,047</b>	,093	,561	,243	,115
Ανησυχία	0,74	,525	,905	,718	,765	,153	,358	,762	,808	,150	<b>,014</b>
Ανορεξία	0,41	,659	,459	,743	,938	,643	,776	,375	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,496
Βουλμία	0,56	,333	,201	,130	,866	,306	,407	,116	,584	,991	,055
Σκέψ. Θανάτου	0,46	,110	,236	,512	,300	,652	,976	,379	,906	,118	,626
Ενοχή	0,91	,128	,246	,402	,796	,850	,102	,272	,810	,468	<b>,040</b>

**Υπόμνημα 1.** Φ= Φύλο, ΟΚ.= Οικογ/κή Κατάσταση, Δ= Διαμονή, ΥΠ= Ύπαρξη Παιδιών, ΥΑ= Ύπαρξη Αδελφών, ΕΚ= Επαγγελμ. Κατάσταση, ΕΕ= Επίπεδο Εκπαίδευσης, ΕΨ= Επίσκεψη σε Ψυχολόγο, ΣΝ= Σωματική Νόσος, ΤΠΤ= Τύπος Παιδικού Τραύματος.

**Πίνακας 18.** Στατιστική σημαντικότητα της επίδρασης των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες επιθετικότητας σε ενήλικα άτομα με βιωμένο παιδικό τραύμα

	p- value										
	Φ	ΟΚ	Δ	ΥΠ	ΥΑ	ΕΕ	ΕΚ	ΕΨ	ΣΝ	ΛΦ	ΤΠΤ
<b>Επίκριση</b>	0,25	,755	,074	,434	,620	<b>,012</b>	<b>,040</b>	,635	,943	,388	,234
<b>Παρορ. Εχθρ</b>	<b>0,00</b>	,503	,856	,795	,852	,471	,504	,650	,425	<b>,014</b>	,214
<b>Παραν. Εχθρ</b>	0,91	,797	,572	,472	,960	<b>,045</b>	,783	,573	,831	,249	,209
<b>Αυτοεπίκρ.</b>	0,10	,898	,748	,444	,135	<b>,026</b>	,342	,194	,897	,170	,257
<b>Ενοχή</b>	0,23	,440	,955	,375	,515	<b>,001</b>	,706	<b>,041</b>	,701	,536	<b>,000</b>
<b>Εξωστ Εχθρ</b>	<b>0,03</b>	,964	,536	,845	,888	<b>,009</b>	,147	,846	,779	,051	,301
<b>Ενδοσ Εχθρ.</b>	0,62	,824	,826	,355	,198	<b>,002</b>	,483	,068	,924	,233	<b>,007</b>
<b>Ολική Εχθρ</b>	0,21	,916	,688	,757	,472	<b>,001</b>	,125	,308	,840	,053	<b>,018</b>

**Υπόμνημα 1.** Φ= Φύλο, ΟΚ.= Οικογ/κή Κατάσταση, Δ= Διαμονή, ΥΠ= Ύπαρξη Παιδιών, ΥΑ= Ύπαρξη Αδελφών, ΕΚ= Επαγγελμ. Κατάσταση, ΕΕ= Επίπεδο Εκπαίδευσης, ΕΨ= Επίσκεψη σε Ψυχολόγο, ΣΝ= Σωματική Νόσος, ΤΠΤ= Τύπος Παιδικού Τραύματος.

Εξετάζοντας τα στοιχεία των Πινάκων 17 και 18, προκύπτουν τα παρακάτω:

- Όσον αφορά την ανεξάρτητη μεταβλητή «**Φύλο**», διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα (Πίνακας 33α) στην υποκλίμακα **Παρορμητική Εχθρότητα** ( $F(1)=12.75$ ,  $p<.001$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.05$ ,  $OP=.94$ ) καθώς και στην υποκλίμακα **Εξωστρεφής Εχθρότητα** ( $F(1)=4.57$ ,  $p<.05$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.02$ ,  $OP=.57$ ). Τόσο στη πρώτη (ΑΝΔΡΕΣ:  $M=4.93$ ,  $SD=2.29$ , ΓΥΝΑΙΚΕΣ:  $M=4.39$ ,  $SD=3.90$ ) όσο και στη δεύτερη περίπτωση (ΑΝΔΡΕΣ:  $M=12.52$ ,  $SD=5.02$ , ΓΥΝΑΙΚΕΣ:  $M=12.25$ ,  $SD=4.60$ ) οι άντρες σημείωσαν τις



υψηλότερες τιμές. Αξίζει να αναφερθεί πως η διακύμανση της υποκλίμακα **Παρορμητική Εχθρότητα** εξηγείται σχεδόν από το 5% του παράγοντα **Φύλο**.

- Σε ότι αφορά τον παράγοντα «**Οικογενειακή Κατάσταση**» τόσο η υποκλίμακα **Διαπροσωπική Ευαισθησία** ( $F(3)=3.12$ ,  $p<.05$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.04$ ,  $OP=.72$ ) όσο και η **Κατάθλιψη** ( $F(3)=3.53$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2 =.04$ ,  $OP=.78$ ) παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση με τον ανεξάρτητο παράγοντα. Μελετώντας τα δεδομένα της ανάλυσης Sheffe, η σημαντικότερη διαφορά ( $p<.01$ ) στην υποκλίμακα **Διαπροσωπική Ευαισθησία** εντοπίστηκε ανάμεσα στους Έγγαμους και στους Χήρους με τους δεύτερους να σημειώνουν τις υψηλότερες τιμές ( $M= 12.82$ ,  $SD= 6.20$ ) Στην υποκλίμακα **Κατάθλιψη** στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p<.005$ ) εντοπισθήκαν μεταξύ των χήρων και των υπολοίπων κατηγοριών (έγγαμοι, άγαμοι και διαζευγμένοι). Σε όλες τις περιπτώσεις οι χήροι σημείωσαν τις υψηλότερες τιμές ( $M= 23.36$ ,  $SD= 10.17$ ). Η **Οικογενειακή κατάσταση** φαίνεται να εξηγεί σχεδόν το 4% της διακύμανσης της υποκλίμακας **Κατάθλιψη**.
- Ο παράγοντας **Διαπροσωπική Ευαισθησία**, διαπιστώνεται πως επηρεάζεται και από **την ύπαρξη τέκνων** ( $F(1)=5.47$ ,  $p<.05$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.02$ ,  $OP=.64$ ) αν και η συνεισφορά στην διακύμανση χαρακτηρίζεται χαμηλή (2%). Την υψηλότερη τιμή σημείωσαν οι άτεκνοι ( $M= 9.51$ ,  $SD= 13.07$ ).
- Σε ότι αφορά **το επίπεδο εκπαίδευσης** παρουσιάστηκε σημαντική επίδραση στις εξής υποκλίμακες: **Ψυχαναγκαστικότητα** ( $F(7)=2.45$ ,  $p<.05$ ,  $\text{Partial } \eta^2=.06$ ,  $OP=.87$ ), **Παρανοειδής Ιδεασμός** ( $F(7)=2.51$ ,  $p<.05$ ,  $\eta^2 =.07$ ,  $OP=.87$ ), **ΔΘΣ** ( $F(7)=2.44$ ,  $p<.05$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.06$ ,  $OP=.86$ ), **Επίκριση από Άλλους** ( $F(7)=2.64$ ,  $p<.05$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.02$ ,  $OP=.64$ ), **Αυτοεπίκριση**

( $F(7)=2.32$ ,  $p<.05$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.63$ ,  $OP=.84$ ) , **Ενοχή G** ( $F(7)=3.55$ ,  $p<.005$ ,  $\text{Partial } \eta^2=.09$ ,  $OP=.97$ ), **Εξωστρεφής Εχθρότητα** ( $F(7)=2.76$ ,  $p<.01$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.07$ ,  $OP=.91$ ), **Ενδοστρεφής Εχθρότητα** ( $F(7)=3.30$ ,  $p<.005$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.09$ ,  $OP=.96$ ) και **Ολική Εχθρότητα** ( $F(7)=3.77$ ,  $p<.005$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.1$ ,  $OP=.98$ ). Αξίζει να αναφερθεί πως η το επίπεδο εκπαίδευσης εξήγησε σχεδόν το 10% της διακύμανσής της υποκλίμακας **Ολική Εχθρότητα**. Αναλύοντας τα αποτελέσματα των αναλύσεων Sheffe, προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στην υποκλίμακα **Αυτοεπίκριση** ανάμεσα στους Φοιτητές ΑΕΙ/ΤΕΙ ( $M=5.06, SD=2.17$ ) τους Αποφοίτους Λυκείου ( $M=3.90, SD=1.91, p<.05$ ), Αποφοίτους ΑΕΙ/ΤΕΙ ( $M=4.01, SD=1.97, p<.005$ ) και κάτοχους μεταπτυχιακού ( $M=3.20, SD=1.90, p<.005$ ). Τέλος, παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις και στις κατηγορίες εκπαίδευσης στην υποκλίμακα **Ενδοστρεφής Εχθρότητα** ανάμεσα στους Φοιτητές ΑΕΙ/ΤΕΙ ( $M=7.76, SD=3.37$ ) τους Αποφοίτους Λυκείου ( $M=3.12, SD=6.94, p<.05$ ), Αποφοίτους ΑΕΙ/ΤΕΙ ( $M=5.84, SD=2.99, p<.001$ ) και κάτοχους μεταπτυχιακού ( $M=4.90, SD=3.34, p<.001$ ).

- Μελετώντας την επίδραση του παράγοντά **της επαγγελματικής κατάστασης** παρουσιάστηκε σημαντική επίδραση στην υποκλίμακα **Ψυχωτισμός** ( $F(4)=3.10$ ,  $p<.05$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.05$ ,  $OP=.81$ ). Οι αναλύσεις Sheffe ανέδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στου Ανέργους ( $M=7.94, SD=6.15$ ) και στους Ιδιωτικούς ( $M=6.34, SD=4.79, p<.01$ ) και Δημοσίους Υπάλληλους ( $M=5.37, SD=4.41, p<.01$ ).
- Σε ότι αφορά **το είδος της νόσου**, παρουσιάστηκε σημαντική επίδραση στην υποκλίμακα **Ανορεξία** ( $F(16)=3.82$ ,  $p<.001$ ,  $\text{Partial } \eta^2 =.20$ ,  $OP=.1$ ). Το είδος της νόσου εξηγεί σχεδόν το 20% της διακύμανσης της παραπάνω

υποκλίμακας. Η ανάλυση Sheffe δεν ανέδειξε αποτελέσματα εξαιτίας των περιορισμένων περιπτώσεων.

- Αναλύοντας την επίδραση της λήψης φαρμάκων στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, αναφέρθηκε στατιστικώς πολύ σημαντική συνεισφορά στην υποκλίμακα **Ανορεξία** ( $F(1)=17.66, p<.001, \text{Partial } \eta^2 =.06, \text{OP}=.99$ ) αν και ο ανεξάρτητος παράγοντας φαίνεται να εξηγεί μόνο το 6,9% της διακύμανσης. Αρκετά σημαντική επίδραση αναφέρθηκε και στον παράγοντα **Επιθετικότητα** ( $F(1)=11.59, p<.005, \text{Partial } \eta^2 =.05, \text{OP}=.92$ ). Τέλος παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική συνεισφορά ( $p<.05$ ) στις εξής υποκλίμακες: **Σωματοποίηση, Ψυχαναγκαστικότητα, Κατάθλιψη, Άγχος, ΓΔΣ, ΔΘΣ** και **Παρορμητική Εχθρότητα**. Η ανάλυση Sheffe δεν ανέδειξε αποτελέσματα εξαιτίας των περιορισμένων περιπτώσεων.
- Αναφορικά, τέλος, με την επίδραση του τύπου παιδικού τραύματος στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας παρουσιάστηκε στατιστικώς πολύ σημαντική επίδραση στις υποκλίμακες: **Κατάθλιψη** ( $F(21)=2.63, p<.001, \text{Partial } \eta^2 =.10, \text{OP}=1$ ), **ΓΔΣ** ( $F(21)=2.53, p<.001, \text{Partial } \eta^2 =.18, \text{OP}=1$ ), **Ενοχή G** ( $F(21)=2.60, p<.001, \text{Partial } \eta^2 =.18, \text{OP}=1$ ), **Φοβικό Άγχος** ( $F(21)=2.32, p<.005, \text{Partial } \eta^2 =.17, \text{OP}=1$ ) και **Αϋπνία** ( $F(21)=2.20, p<.005, \text{Partial } \eta^2 =.16, \text{OP}=.09$ ). Στατιστικώς σημαντική συνεισφορά ( $p<.05$ ) παρουσίασαν επίσης οι υποκλίμακες: **Σωματοποίηση, Ψυχαναγκαστικότητα, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Άγχος, Επιθετικότητα, ΔΘΕΣ, ΣΘΣ, Ανησυχία, Ενδροστρεφής Εχθρότητα** και **Ολική Εχθρότητα**.

Όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες κοινωνικόδημογραφικών χαρακτηριστικών δεν παρουσίασαν καμία σημαντική επίδραση στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας.

Όσον αφορά τις υποκλίμακες Οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) η στατιστική σημαντικότητα (p- value) της επίδρασης των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με παιδικό τραύμα στις υποκλίμακες της FES αίνονται στον παρακάτω Πίνακα 19.

**Πίνακας 19.** Στατιστική σημαντικότητα της επίδρασης των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες οικογενειακού περιβάλλοντος σε ενήλικα άτομα με βιωμένο παιδικό τραύμα

Υποκλίμακες FES	p- value										
	Φ	ΟΚ	Δ	ΥΠ	ΥΑ	ΕΕ	ΕΚ	ΕΨ	ΣΝ	ΛΦ	ΤΠΤ
Συνοχή	,273	,246	,157	,205	,577	,328	,709	,308	,638	,538	<b>,015</b>
Εκφρ/κότητα	,058	,327	,213	,711	,219	,777	,985	,114	,780	,435	,175
Σύγκρουση	,285	,767	,595	,861	,488	,224	,471	,502	,806	,242	<b>,036</b>
Ανεξαρτησία	,643	,091	,624	,069	,803	,137	,604	,117	,530	,659	,117
Πρ/σμός Επ	,551	,505	<b>,035</b>	,088	,934	,482	,313	,758	,366	,642	,215
Πνευμ πρ/σμός	,388	,289	,316	,449	,671	,242	,685	,897	,750	,265	,179
Πρ/σμός ψυχ	,451	,220	,949	,185	,971	,105	,948	,044	,418	,212	,153
Ηθικ- θρ έμφ	,247	<b>,003</b>	,419	,206	,189	,635	,096	,076	,696	,588	,840
Οργάνωση	,120	,560	,330	,424	,859	,806	,978	,432	,248	,144	,134
Έλεγχος	,620	,644	,265	,101	,717	,466	,470	,322	,723	,356	,652
Ολικό Σύνολο	,066	,161	,339	,282	,786	,488	,678	,214	,694	,135	,089

**Υπόμνημα 1.** Φ= Φύλο, ΟΚ.= Οικογ/κή Κατάσταση, Δ= Διαμονή, ΥΠ= Ύπαρξη Παιδιών, ΥΑ= Ύπαρξη Αδελφών, ΕΚ= Επαγγελμ. Κατάσταση, ΕΕ= Επίπεδο Εκπαίδευσης, ΕΨ= Επίσκεψη σε Ψυχολόγο, ΣΝ= Σωματική Νόσος, ΛΦ= Λήψη Φαρμάκων, ΤΠΤ= Τύπος Παιδικού Τραύματος.

Παρατηρώντας τα στοιχεία του Πίνακα 19 διαπιστώνουμε πως:

- **Η Οικογενειακή κατάσταση** συνεισφέρει σημαντικά στην υποκλίμακα *Ηθική και θρησκευτική έμφαση (MRE)* ( $F(3)=4.78, p<.005, \text{Partial } \eta^2 =.06, \text{OP}=.90$ ). Αναλύοντας τα αποτελέσματα των αναλύσεων Sheffe, προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $p<.01$ ) αναμεσα στους έγγαμους ( $M=4.90, SD=2.01$ ) και άγαμους ( $M=4.00, SD=2.12$ ) στην παραπάνω υποκλίμακα.
- **Ο τύπος διαμονής** φαίνεται να επηρεάζει τον παράγοντα *Προσαναλισμός για επιτεύγματα (AO)* ( $F(2)=3.39, p<.05, \text{Partial } \eta^2 =.03, \text{OP}=.63$ ) ενώ τις υψηλότερες μέσες τιμές στη παραπάνω υποκλίμακα σημείωσαν οι κάτοικοι κωμοπόλεων και χωριών ( $M=6.50, SD=1.49$ ).
- Αναφορικά, τέλος, με την επίδραση **του τύπου παιδικού τραύματος** ανά τύπο στις υποκλίμακες οικογενειακού περιβάλλοντος FES παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική επίδραση μόνον στις υποκλίμακες: *Συνοχή (C)* ( $F(22)=1,788, p=.015, \text{Partial } \eta^2 =.064, \text{OP}=0,983$ ) και *Σύγκρουση- Διαμάχη (Con)* ( $F(22)=1,627, p=0.036, \text{Partial } \eta^2 =.059, \text{OP}=0,969$ ).

Τέλος, για τη μελέτη της σχέσης ηλικίας με τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας (SCL-90), εχθρότητας (HDHQ) και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) χρησιμοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων (Pearson Correlation). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους Πίνακες 20, 21 και 22 για τις συσχετίσεις της ηλικίας με τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος αντίστοιχα.

**Πίνακας 20.** Συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας και των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος

Υποκλίμακες Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	Pearson Coefficient (r)	p- value
Σωματοποίηση	,036	0,319
Ψυχαναγκαστικότητα	-,038	0,294
Διαπροσωπική Ευαισθησία	-,149	<b>,000</b>
Κατάθλιψη	-,032	0,384
Άγχος	-,133	<b>,000</b>
Επιθετικότητα	-,178	<b>,000</b>
Φοβ. Άγχος	-,084	<b>0,021</b>
Παρανοειδής Ιδεασμός	-,127	<b>,000</b>
Ψυχωτισμός	-,164	<b>,000</b>
ΓΔΣ	-,089	<b>0,015</b>
ΔΕΘΣ	-,061	0,093
ΣΘΣ	-,095	<b>0,009</b>
Αϋπνία	,030	0,411
Πρωινή Αφύπνιση	,140	<b>,000</b>
Ανησυχία	,059	0,103
Ανορεξία	-,082	<b>0,023</b>
Βουλιμία	,095	<b>0,009</b>
Σκέψεις Θανάτου	,023	0,528
Ενοχή	-,059	0,104

**Πίνακας 21.** Συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας και των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος

<b>Υποκλίμακες Εχθρότητας (HDHQ)</b>	<b>Pearson Coefficient (r)</b>	<b>p- value</b>
<b>Επίκριση προς Άλλους</b>	-,095	<b>0,021</b>
<b>Παρορμητική Εχθρότητα</b>	-,170	<b>,000</b>
<b>Παρανοειδής Εχθρότητα</b>	-,039	0,35
<b>Αυτοεπίκριση</b>	-,194	<b>,000</b>
<b>Ενοχή</b>	-,042	0,314
<b>Εξωστρεφής Εχθρότητα</b>	-,134	<b>0,001</b>
<b>Ενδος Εχθρότητα</b>	-,144	<b>,000</b>
<b>Ολική Εχθρότητα</b>	-,160	<b>,000</b>

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους παραπάνω Πίνακες 20 και 21, γίνεται σαφές πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές -αρνητικές κυρίως- συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και εχθρότητας (HDHQ) και της ηλικίας.

Αντίθετα, όπως προκύπτει από τον Πίνακα δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας και των υποκλιμάκων της Κλίμακας οικογενειακού περιβάλλοντος (FES)

**Πίνακας 22.** Συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας και των υποκλιμάκων οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος .

<b>Υποκλίμακα</b> <b>FES</b>	<b>Pearson</b> <b>Coefficient (r)</b>	<b>p- value</b>
Συνοχή	,017	0,77
Εκφραστικότητα	,016	0,781
Σύγκρουση	-,010	0,857
Ανεξαρτησία	-,067	0,247
Προς/σμός για επιτεύγματα	-,086	0,138
Πνευματ- πολιτ προσισμός	,053	0,362
Προς/ισμός προς ψυχαγ. Δρασ/τα	-,016	0,78
Ηθική- θρησκ έμφαση	,058	0,315
Οργάνωση	,034	0,558
Έλεγχος	,086	0,138
<b>Ολικό Σύνολο</b>	<b>,026</b>	<b>0,65</b>

Συμπερασματικά, με βάση τα αποτελέσματα των παραπάνω αναλύσεων πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης MANOVA, σε άτομα με ύπαρξη παιδικού τραύματος, διαφαίνεται μια στατιστικά σημαντική επίδραση των περισσότερων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων σε αρκετές υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας & εχθρότητας. Κάτι που δεν εμφανίζεται όπως στις περισσότερες υποκλίμακες του Οικογενειακού περιβάλλοντος (FES). Είναι χαρακτηριστικό πως οι περισσότερες στατιστικά σημαντικές επιδράσεις εμφανίζονται εξαιτίας της λήψης φαρμάκων αλλά



και του τύπου παιδικού στρεσογόνου τραύματος. Σε ότι αφορά το ρόλο της ηλικίας, διαφαίνεται πως συσχετίζεται αρνητικά με τις περισσότερες υποκλίμακες, γεγονός που σημαίνει πως η αύξηση της ηλικίας οδηγεί σε ταυτόχρονη μείωση στις τιμές των υποκλιμάκων.

Επειδή ο ρόλος του τύπου του παιδικού τραύματος αναδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντικό στις περισσότερες υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος θελήσαμε να εντοπίσουμε, στη συνέχεια ποιοί τύποι τραύματος επηρεάζουν τις παραπάνω κλίμακες ψυχοπαθολογίας, επιθετικότητας- εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος.

#### **7.6. Ο ρόλος των τύπων στρεσογόνου γεγονότος στη μεταβλητότητα των τιμών των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας (SCL), εχθρότητας (AH) και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES).**

Για τη μελέτη της επίδρασης των διάφορων τύπων τραύματος στη μεταβλητότητα των τιμών των διάφορων υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος συγκρίναμε με t-test τις τιμές Κατάθλιψης, ΓΔΣ, Ενοχής, Φοβικού Άγχους, Αϋπνίας, Σωματοποίησης, Ψυχαναγκαστικότητας, Διαπροσωπικής Ευαισθησίας, Επιθετικότητας, ΔΘΕΣ, ΣΘΣ, Ανησυχίας, Ενδοστρεφούς, Ολικής Εχθρότητας, Συνοχής στην οικογένεια και Σύγκρουσης στην οικογένεια του κάθε τύπου τραύματος, με τις αντίστοιχες των ατόμων χωρίς τραύμα.

Στον παρακάτω Πίνακα 23 που προέκυψε από την ανάλυση, παρουσιάζονται οι τύποι τραύματος που είναι στατιστικά σημαντικοί (p- value <0,05) για κάθε υποκλίμακα ψυχοπαθολογίας, επιθετικότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος.

**Πίνακας 23.** Τύποι τραύματος στατιστικά σημαντικοί στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος ενηλίκων με βιωμένο παιδικό τραύμα

p- value									
Τύπος Τραύματος	ΑΓ	ΑΟ	Δ	ΑΠ	ΕΒ	ΑΙ	ΤΦ	Π	ΣΕ
<b>Υποκλίμακες Ψυχοπαθολογίας</b>									
Σωματοποίηση	,000	,020		,025				,011	,003
Ψυχ/στικότητα		.031			,006		,035		,006
Διαπρ. Ευαισθ.		,021			,000				
Κατάθλιψη				,009	,006				
Άγχος	,009			,034	,015				,002
Επιθετικότητα					,026			,001	
Φοβ. Άγχος					,009			,001	,006
ΓΑΣ	,025			,028	,003		,029		,009
ΔΕΘΣ					,022	,026			
ΣΘΣ	,013				,005				,008
Αύπνια	,004			,016		,023			,039
<b>Υποκλίμακες Επιθετικότητας</b>									
Ενοχή G					,035			,027	,028
Ενδ. Εχθρ					,038			,011	,021
Ολ. Εχθρ								,021	
<b>Οικογενειακού Περιβάλλοντος</b>									
Συνοχή			,013		,012				
Σύγκρουση					0,00				

**Υπόμνημα:** ΑΓ= Ασθέν. Γονέων, ΑΠ= Απώλεια Οικείου, Δ= Διαζύγιο, ΑΠ= Αλλαγή Περ/ντος ΕΒ= Ενδοοικ. Βία, , Π= Πανελλήνιες, ΑΙ= Ασθέν. Ιδίου, ΤΦ= Τσακωμοί με Φίλους, ΣΧ= Σχολ. Εκφοβισμός

Από τον παραπάνω Πίνακα 23 προκύπτουν στατιστικά πολύ σημαντικές διαφορές μεταξύ των ενηλίκων που βίωσαν διάφορους τύπους παιδικού τραύματος και των ενηλίκων που δε βίωσαν παιδικό τραύμα.

Συγκεκριμένα, σημειώθηκαν πολύ σημαντικές διαφορές ( $p \leq .001$ ) στις εξής υποκλίμακες, ανάλογα με το βιωμένο στρεσογόνο γεγονός της παιδικής ηλικίας::

- Όσον αφορά την **Ασθένεια Γονέων**, διαπιστώθηκε στατιστικά:
  - Ο μέσος όρος της **Σωματοποίησης** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 14,86, T.A.= 7,492) ήταν στατιστικά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 7,93, T.A.= 7,003):  $t(306)= 3,604, p=0.000$ .
- Όσον αφορά την **Ενδοοικογενειακή Βία**, διαπιστώθηκε στατιστικά:
  - Ο μέσος όρος της **Διαπροσωπικής Ευαισθησίας** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 12,94, T.A.= 6,598) ήταν στατιστικά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 7,56, T.A.= 5,823):  $t(308)= 3,570, p=0.000$ .
  - Ο μέσος όρος της οικογενειακής **Σύγκρουσης** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 4,50, T.A.= 2,633) ήταν στατιστικά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 2,31, T.A.= 2,011):  $t(308)= 4,171, p=0.000$ .
- Όσον αφορά τις **Πανελλήνιες** εξετάσεις, διαπιστώθηκε στατιστικά:
  - Ο μέσος όρος της **Επιθετικότητας** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 9,60, T.A.= 78,417) ήταν στατιστικά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 6,14, T.A.= 6,329):  $t(302)= 3,467, p=0.001$ .

- Ο μέσος όρος του **Φοβικού Άγχους** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 5,90, T.A.= 7,094) ήταν στατιστικά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 2,26, T.A.= 3,322):  $t(302)= 3,241, p=0.001$ .

Από τον παραπάνω Πίνακα 23 προκύπτει, επίσης, πως σημειώθηκαν αρκετά σημαντικές διαφορές ( $p < .01$ ) στις υποκλίμακες που μελετάμε, ανάλογα με το βιωμένο στρεσογόνο γεγονός της παιδικής ηλικίας, ως ακολούθως:

- Όσον αφορά την **Ασθένεια Γονέων**, διαπιστώθηκε στατιστικά:
  - Ο μέσος όρος του **Άγχους** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 10,71, T.A.= 6,269) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 6,14, T.A.= 6,329):  $t(306)= 2,644, p=0.009$ .
  - Ο μέσος όρος της **Αϋπνίας** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 1,43, T.A.= 1,342) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= ,62, T.A.= 1,014):  $t(306)= 2,873, p=0.004$ .
- Όσον αφορά την **Αλλαγή Περιβάλλοντος**, διαπιστώθηκε στατιστικά:
  - Ο μέσος όρος της **Κατάθλιψης** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 14,52, T.A.= 9,284) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 10,17, T.A.= 8,396):  $t(321)= 2,635, p=0.009$ .
- Όσον αφορά την **Ενδοοικογενειακή Βία**, διαπιστώθηκε στατιστικά:
  - Ο μέσος όρος της **Ψυχαναγκαστικότητας** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 14,13, T.A.= 7,013) ήταν στατιστικά σημαντικά

μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O= 9,47, T.A.= 6,502):  $t(308)= 2,778, p=0.006$ .

- Ο μέσος όρος της **Κατάθλιψης** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 16,13, T.A.= 7,606) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O= 10,17, T.A.= 8,396):  $t(308)= 2,775, p=0.006$ .
- Ο μέσος όρος του **Φοβικού Άγχους** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 4,56, T.A.= 4,661) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O= 2,26, T.A.= 3,322):  $t(308)= 2,640, p=0.009$ .
- Ο μέσος όρος του **Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 1,114583, T.A.= ,5378316) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O= ,721202, T.A.= ,5114270):  $t(306)= 2,989, p=0.003$ .
- Ο μέσος όρος του **Συνόλου Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 52,25, T.A.= 21,706) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O= 37,94, T.A.= 19,836):  $t(308)= 2,798, p=0.005$ .
- Όσον αφορά τον **Σχολικό Εκφοβισμό**, διαπιστώθηκε στατιστικά:
  - Ο μέσος όρος της **Σωματοποίησης** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 14,90, T.A.= 10,397) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O= 7,93, T.A.= 7,003):  $t(302)= 3,040, p=0.003$ .

- Ο μέσος όρος της **Ψυχαναγκαστικότητας** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 15,40, T.A.= 9,143) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 9,47, T.A.= 6,502):  $t(302)= 2,796, p=0.006$ .
- Ο μέσος όρος του **Άγχους** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 12,40, T.A.= 7,090) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 6,14, T.A.= 6,329):  $t(302)= 3,065, p=0.002$ .
- Ο μέσος όρος του **Φοβικού Άγχους** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 5,30, T.A.= 5,579) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 2,26, T.A.= 3,322):  $t(302)= 2,773, p=0.006$ .
- Ο μέσος όρος του **Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 1,153333, T.A.= ,5942754) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= ,721202, T.A.= ,5114270):  $t(302)= 2,614, p=0.009$ .
- Ο μέσος όρος του **Συνόλου Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)** των Ενηλίκων με τέτοιο παιδικό βίωμα (M.O.= 55,10, T.A.= 20,994) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των Ενηλίκων χωρίς παιδικό τραύμα (M.O.= 37,94, T.A.= 19,836):  $t(302)= 2,686, p=0.008$ .

Τέλος, μικρότερες αλλά στατιστικώς σημαντικές διαφορές ( $p<.05$ ) διαπιστώνονται από τον Πίνακα 9 ως ακολούθως:

- Για την **Ασθένεια Γονέων** στην υποκλίμακα: **Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων- ΓΔΣ** ( $t(306)= 2,246, p=0.025$ ) και **Σύνολο θετικών συμπτωμάτων'- ΣΘΣ** ( $t(306)= 2,503, p=0.013$ ).
- Για την **Απώλεια Αγαπημένου** στις υποκλίμακες: **Σωματοποίηση** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ), **Ψυχαναγκαστικότητα** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ) και **Διαπροσωπική Ευαισθησία** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ).
- Για το **Διαζύγιο** γονέων στην υποκλίμακα **Συνοχή** της οικογένειας ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ).
- Για την **Αλλαγή Περιβάλλοντος** στις υποκλίμακες: **Σωματοποίηση** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ), **Άγχος** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ), **Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ) και **Αϋπνία** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ).
- Για την **Ενδοοικογενειακή Βία** στις υποκλίμακες: **Άγχος** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ), **Επιθετικότητα** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ), **Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων- ΔΕΘΣ** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ), **Ενοχή** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ), **Ενδοστρεφής Εχθρότητα** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ) και **Συνοχή** της Οικογένειας ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ).
- Για την **Ασθένεια Ιδίου** στις υποκλίμακες: **Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων- ΔΕΘΣ** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ) και **Αϋπνία** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ).
- Για τους **Τσακωμούς με Φίλους** στις υποκλίμακες: **Ψυχαναγκαστικότητα** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ) και **Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων- ΓΔΣ** ( $t(401)= 2,340, p=0.020$ ).
- Για τις **Πανελλήνιες εξετάσεις** στις υποκλίμακες: **Σωματοποίηση** ( $t(302)= 2,556, p=0.011$ ), **Ενοχή G** ( $t(302)= 2,219, p=0.027$ ), **Ενδοστρεφής**

**Εχθρότητα** ( $t(302)= 2,572, p=0.011$ ) και **Ολική Εχθρότητα** ( $t(302)= 2,320, p=0.021$ )

- Για τον **Σχολικό Εκφοβισμό** στις υποκλίμακες: **Αϋπνία** ( $t(302)= 2,072, p=0.039$ ), **Ενοχή G** ( $t(302)= 2,072, p=0.028$ ) και **Ενδοστρεφής Εχθρότητα** ( $t(302)= 2,072, p=0.021$ )

Συμπερασματικά, λοιπόν, από τον Πίνακα 23, προκύπτει πως το πιο σημαντικό βιωμένο παιδικό τραύμα που επηρεάζουν την ψυχοπαθολογία, την επιθετικότητα και τη λειτουργία της οικογένειας στην ενήλικη ζωή είναι «η ενδοοικογενειακή βία». Τα σχετικά με την με την σχολική περίοδο της ζωής παιδικά τραύματα δηλαδή «ο σχολικός εκφοβισμός» και οι «Πανελλήνιες» επηρεάζουν την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα, ενώ το διαζύγιο των γονιών επηρεάζει τη συνοχή της οικογένειας των ατόμων που το βίωσαν.

#### **7.7. Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) σε ενήλικα άτομα με βιωμένη παιδική στρεσογόνο εμπειρία**

Για τη ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) σε άτομα με βίωμα στρεσογόνου γεγονότος έγινε χρήση της Διμεταβλητής ανάλυσης συσχετίσεων (Bivariate Correlation). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους παρακάτω Πίνακες 24, 25 κα 26.

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους παρακάτω 3 Πίνακες προκύπτουν σημαντικές συσχετίσεις ( $p<.001$ ) μεταξύ:

α) Όλων των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας, κάτι αναμενόμενο.



β) Της πλειοψηφίας των μεταβλητών των τριών υποκλιμάκων. Δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές συσχετίσεις ( $p > .05$ ) στη πλειοψηφία των συσχετίσεων ανάμεσα στις υποκλίμακες του Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) **Έλεγχος, Προσανατολισμός για επιτεύγματα, Ηθική και θρησκευτική έμφαση** με όλες τις μεταβλητές των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας (SCL\_90) & εχθρότητας (HDHQ).

Αξίζει να σημειωθεί πως η συντριπτική πλειονότητα των συσχετίσεων παρουσιάζουν αρνητική σχέση, με εξαίρεση την υποκλίμακα της FES **Σύγκρουση- Διαμάχη** που παρουσιάζει θετικές συσχετίσεις με όλες της υποκλίμακες των Κλιμάκων Ψυχοπαθολογίας και Εχθρότητας.

**Πίνακας 24.** Συσχετίσεις υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας με υποκλίμακες Εχθρότητας

HDHQ SCL-90	CO	AH	PH	SC	G	EX-PU	IN-PU	T-HOST
<b>Σωματοποίηση</b>	,281**	,289**	,377**	,322**	,373**	,413**	,385**	,466**
<b>Ψυχ/τητα</b>	,366**	,379**	,441**	,466**	,519**	,519**	,546**	,617**
<b>Διαπρ. Ευαισθ.</b>	,364**	,336**	,489**	,522**	,557**	,519**	,600**	,643**
<b>Κατάθλιψη</b>	,343**	,341**	,496**	,497**	,592**	,514**	,601**	,640**
<b>Άγχος</b>	,342**	,430**	,479**	,414**	,487**	,544**	,498**	,610**
<b>Επιθ/τητα</b>	,325**	,609**	,391**	,339**	,358**	,578**	,388**	,578**
<b>Φοβ. Άγχος</b>	,223**	,265**	,359**	,343**	,379**	,368**	,401**	,444**
<b>Παραν. Ιδ.ς</b>	,438**	,422**	,616**	,420**	,510**	,643**	,513**	,683**
<b>Ψυχωτισμός</b>	,402**	,377**	,429**	,493**	,555**	,531**	,581**	,641**
<b>ΓΔΣ</b>	,409**	,450**	,544**	,513**	,586**	,612**	,609**	,709**
<b>ΔΕΘΣ</b>	,275**	,338**	,427**	,394**	,490**	,452**	,487**	,542**
<b>ΣΘΣ</b>	,453**	,426**	,504**	,513**	,526**	,606**	,580**	,692**
<b>Αϋπνία</b>	,277**	,282**	,321**	,273**	,343**	,385**	,339**	,425**
<b>Πρωινή Αφύπν.</b>	,046	,027	,190**	-,048	,031	,111	-,015	,067
<b>Ανησυχία</b>	,255**	,245**	,298**	,290**	,298**	,350**	,328**	,396**
<b>Ανορεξία</b>	,197**	,191**	,146*	,168**	,135*	,237**	,171**	,243**
<b>Βουλμία</b>	,197**	,191**	,146*	,168**	,135*	,237**	,171**	,243**
<b>Σκέψ. Θανάτου</b>	,134*	,141*	,179**	,197**	,222**	,198**	,232**	,247**
<b>Ενοχή</b>	,175**	,177**	,226**	,391**	,455**	,252**	,468**	,399**

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p \leq 0,001$

**Υπόμνημα:** AH= Παρορμητική . Εχθρότητα., CO= Επίκριση από Άλλους, PH= Παρανοειδής Εχθρότητα., SC= Αυτοεπίκριση, G= Ενοχή, EX-PU= Εξωστρεφής Εχθρότητα., IN-PU= Ενδροστρεφής Εχθρότητα., T-HOST= Ολική Εχθρότητα.

**Πίνακας 25.** Συσχετίσεις υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας με υποκλίμακες Οικ. Περιβάλλοντος

FES SCL-90	C	EX	CON	IND	AO	ICO	ARO	MRE	ORG	CTL	TOT
<b>Σωμ</b>	,188**	,185**	<b>,275**</b>	-,222**	,027	-,204**	-,195**	,098	-,164**	,039	-,172**
<b>Ψυχ</b>	-,207**	-,264**	<b>,274**</b>	-,198**	,071	-,244**	-,233**	,098	-,137*	-,016	-,191**
<b>Δ. Ε</b>	-,224**	-,260**	<b>,317**</b>	-,232**	,133*	-,271**	-,241**	165**	-,105	-,026	-,166**
<b>Κατ</b>	,254**	-,288**	<b>,326**</b>	-,259**	,031	-,269**	-,243**	,107	-,152**	-,023	-,223**
<b>Αγχ</b>	-,221**	-,234**	<b>,296**</b>	-,175**	,056	-,227**	-,132*	,085	-,187**	-,094	-,179**
<b>Επιθ</b>	-,152**	-,130*	<b>,392**</b>	-,107	,058	-,169**	-,136*	,002	-,169**	-,063	-,103
<b>Φοβ Αγ.</b>	-,161**	-,135*	<b>,185**</b>	-,097	,004	-,192**	-,166**	,078	-,140*	-,058	,153**
<b>Παρ. Ιδ</b>	-,244**	-,280**	<b>,334**</b>	-,229**	,138*	-,227**	-,176**	,150**	-,144*	-,024	-,151**
<b>Ψυχωτ</b>	,223**	-,211**	<b>,240**</b>	-,141*	,087	-,194**	-,063	,106	-,152**	-,120*	-,143*
<b>ΓΔΣ</b>	-,253**	-,269**	<b>,355**</b>	-,234**	,079	-,272**	-,217**	,126*	-,183**	-,061	-,203**
<b>ΔΕΘΣ</b>	-,190**	-,226**	<b>,290**</b>	-,240**	,090	-,256**	-,226**	,087	-,075	,028	-,161**
<b>ΣΘΣ</b>	-,236**	-,247**	<b>,330**</b>	-,193**	,066	-,244**	-,217**	,130*	,191**	-,081	-,193**
<b>Αϋπνία</b>	-,113	-,147*	<b>,138*</b>	-,125*	,077	-,125*	-,108	,097	-,162**	-,120*	-,127*
<b>Πρ. Αφ</b>	,035	-,093	<b>,077</b>	-,024	,138*	-,090	-,021	,129*	,084	,096	,072
<b>Ανησυχ</b>	,180**	-,129*	<b>,291**</b>	-,198**	,150**	-,190**	-,093	,067	-,172**	-,072	-,115*
<b>Ανορεξ</b>	-,122*	-,189**	<b>,118*</b>	-,182**	,000	-,064	-,102	,058	-,038	-,002	-,107
<b>Βουλιμ</b>	-,105	,093	<b>,110</b>	-,005	-,034	-,110	-,094	,093	-,046	-,058	-,041
<b>Σκέψ. Θ</b>	-,057	-,085	<b>,124*</b>	-,087	-,058	-,152**	-,089	,090	-,135*	-,117*	-,119*
<b>Ενοχή</b>	-,176**	-,107	<b>,211**</b>	-,137*	,024	-,078	-,043	,079	-,123*	-,023	-,074

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

**Υπόμνημα:** C= Έλεγχος, EX= Εκφραστικότητα, CON= Σύγκρουση, IND= Ανεξαρτησία, AO= Προσ/λισμός για επιτεύγματα, ICO= Πνευμ – πολιτιστ Προσ/λισμός, ARO= Προσ/λισμός προς ψυχαγωγία, MRE= Ηθ. και θρησκ. έμφαση, ORG= Οργάνωση, CT= Έλεγχος, TOT= Ολικό σύνολο

**Πίνακας 26.** Συσχετίσεις υποκλιμάκων οικογενειακού περιβάλλοντος FES με υποκλίμακες επιθετικότητας (HDHQ)

HDHQ FES	CO	AH	PH	SC	G	EX-PU	IN-PU	T-HOST
<b>Συνοχή</b>	-,183**	-,196**	-,120*	-,141*	-,266**	-,222**	-,218**	-,256**
<b>Εκφραστικότητα</b>	-,216**	-,089	-,126*	-,197**	-,169**	-,193**	-,206**	-,231**
<b>Σύγκρουση</b>	,263**	,283**	,209**	,233**	,228**	,333**	,258**	,350**
<b>Ανεξαρτησία</b>	-,133*	,024	-,155**	-,223**	-,289**	-,116*	-,281**	-,216**
<b>Προσ/σμός Επιτ</b>	,162**	,021	,093	,056	-,017	,124*	,027	,097
<b>Πνευμ-πολ προορ</b>	-,215**	-,195**	-,119*	-,227**	-,196**	-,236**	-,239**	-,275**
<b>Προσ ψυχαγωγία</b>	-,167**	-,131*	-,047	-,162**	-,145*	-,156**	-,172**	-,189**
<b>Ηθ-θρησ Έμφασ</b>	,109	-,157**	,172**	,103	,132*	,055	,129*	,100
<b>Οργάνωση</b>	-,139*	-,181**	-,045	-,082	-,214**	-,163**	-,156**	-,186**
<b>Έλεγχος</b>	,018	-,106	,010	,012	-,027	-,033	-,005	-,025
<b>Ολικό Σύνολο</b>	-,116*	-,174**	-,020	-,136*	-,203**	-,139*	-,185**	-,184**

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p \leq 0,001$

**Υπόμνημα:** AH= Παρορμητική . Εχθρότητα., CO= Επίκριση από Άλλους, PH= Παρανοειδής Εχθρότητα., SC= Αυτοεπίκριση, G= Ενοχή, EX-PU= Εξωστρεφής Εχθρότητα., IN-PU= Ενδροστρεφής Εχθρότητα., T-HOST= Ολική Εχθρότητα.

## 8. Συζήτηση

### 8.1. Επίδραση Κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στην ύπαρξη ή μη παιδικού τραύματος

Με βάση τα αποτελέσματα των αναλύσεων t- test και  $X^2$  μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών του δείγματος σε σχέση με την ύπαρξη ή μη ψυχολογικού τραύματος κατά την παιδική ηλικία φαίνεται, αρχικά, πως η ηλικία είναι ανεξάρτητη από την ύπαρξη ή μη παιδικού τραύματος.

Φυσικά, είναι εμφανές, από τους Πίνακες 4 έως 13, πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των τιμών σε αρκετές κατηγορικές δημογραφικές μεταβλητές η οποία και φαίνεται να επηρεάζεται από την ύπαρξη η μη τραύματος. Συγκεκριμένα παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις κατηγορίες: του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης, της επαγγελματικής κατάστασης, της επίσκεψης η όχι σε ψυχολόγο, της ασθένειας καθώς και της λήψης φαρμάκων.

Φαίνεται, πως οι γυναίκες, οι πτυχιούχοι και οι άνεργοι είναι πιο ευαίσθητοι στα παιδικά τραύματα ή πιο ειλικρινείς στις απαντήσεις τους. Επίσης, φαίνεται πως το παιδικό τραύμα έχει επιπτώσεις στη σωματική υγεία των ατόμων που το βίωσαν αφού συχνά παρουσιάζουν άσθμα, υψηλή αρτηριακή πίεση, έλκη, αλλεργίες, και γενικότερα μια εικόνα με προβλήματα σωματικής υγείας η οποία ακολουθεί το άτομο που υπέστη το τραύμα σε όλη του τη ζωή (Μπούρας και Λαζαράτου, 2012, Flaherty et al., 2006; Felitt et al., 2002). Γι' αυτό και χρησιμοποιούν περισσότερα φάρμακα από τα άτομα που δε βίωσαν παιδικό τραύμα. Ακόμη, φαίνεται πως άτομα με βιωμένο παιδικό τραύμα το κουβαλάνε κι έχουν ανάγκη την υποστήριξη ψυχολόγου περισσότερο από τα άτομα που δεν κουβαλάνε μέσα τους τέτοια ανάμνηση.

## 8.2. Η ψυχοπαθολογία ενηλίκων με βίωμα και μη παιδικού τραύματος

Από την σύγκριση των ομάδων Ενηλίκων με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα (ΕΒΠΤ) και Ενηλίκων Χωρίς Παιδικό Τραύμα (ΕΧΠΤ) προέκυψαν διαφορές στις περισσότερες υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας. Πιο συγκεκριμένα:

**Η σωματοποίηση** είναι μια υποκλίμακα που εκφράζει ουσιαστικά την σωματική δυσλειτουργία (Βιτωράτου, 2004). Ο Μέσος Όρος (Μ.Ο.) της σωματοποίησης για τους ΕΒΠΤ ήταν  $9,69 \pm 7,930$ , και ο αντίστοιχος Μ.Ο. των ΕΧΠΤ ήταν  $7,69 \pm 6,816$ , με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p = .000$ ). Ο Μ.Ο. της σωματοποίησης του Ελληνικού πληθυσμού είναι  $7,40 \pm 7,06$  (Ντώνιας και συν., 1991), και ως εκ τούτου οι τιμές σωματοποίησης των ΕΒΠΤ που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι σημαντικά υψηλότερες από το Μ.Ο. του Ελληνικού πληθυσμού. Οι αυξημένες τιμές της σωματοποίησης των ΕΒΠΤ μπορεί, ενδεχομένως, να αποδοθούν στην ιδιαίτερη σχέση του παιδικού τραύματος με το σώμα (ενδοοικογενειακή βία, σχολικός εκφοβισμός, ενδοσχολική βία) αλλά και τις συνθήκες ζωής τους (αλλαγή περιβάλλοντος).

**Η ψυχαναγκαστικότητα** απηχεί ουσιαστικά το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο (την έντονη ενασχόληση του ατόμου με την τάξη, την τελειοθηρία και τον ψυχικό και διαπροσωπικό έλεγχο), σε βάρος της ευελιξίας, της ανοιχτοσύνης και της αποδοτικότητας (Βιτωράτου, 2004) Η μέση τιμή ψυχαναγκαστικότητας των ΕΒΣΤ ήταν  $11,16 \pm 6,973$ , ενώ η αντίστοιχη μέση τιμή των ΕΧΣΤ ήταν  $9,20 \pm 6,488$ , με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p = .000$ ). Επειδή, ο Μ.Ο. ψυχαναγκαστικότητας του Ελληνικού πληθυσμού είναι  $9,49 \pm 6,50$  (Ντώνιας και συν., 1991), προκύπτει πως οι τιμές που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη για τους ΕΒΠΤ,

είναι σαφώς υψηλότερες από τις αντίστοιχες τιμές των ΕΧΠΤ που είναι πολύ κοντά στο μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού

Ο Μ.Ο. της *διαπροσωπικής ευαισθησίας* των ΕΒΠΤ και των ΕΧΠΤ ήταν  $8,91 \pm 5,986$  και  $7,21 \pm 5,797$  αντίστοιχα, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ). Η μέση φυσιολογική τιμή της διαπροσωπικής ευαισθησίας είναι  $8,36 \pm 6,24$  (Ντώνιας και συν., 1991), οπότε οι ΕΒΠΤ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας δηλαδή νιώθουν προσωπική ανεπάρκεια, κατωτερότητα και αυτουποτίμηση, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους.

Όσον αφορά την *κατάθλιψη*, οι Μ.Ο. των ΕΒΠΤ και των ΕΧΠΤ ήταν  $12,87 \pm 8,984$  και  $10,05 \pm 8,321$  αντίστοιχα, διαφέροντας στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ( $p=.000$ ). Δοθέντος πως ο Μ.Ο. κατάθλιψης του Ελληνικού πληθυσμού είναι  $11,34 \pm 8,75$  (Ντώνιας και συν., 1991), προκύπτει πως οι ΕΒΠΤ έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους ΕΧΠΤ αλλά και σε σχέση με τον Μ.Ο. του υπόλοιπου ελληνικού πληθυσμού. Τα αποτελέσματα μας συμφωνούν με ευρήματα ερευνών που δείχνουν πως τραύματα σε παιδική ηλικία αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης σε μεγαλύτερες ηλικίες (Heim et al., 2008)

Ο Μ.Ο. του *άγχους* για τους ΕΒΠΤ και τους ΕΧΠΤ βρέθηκε  $7,99 \pm 7,156$  και  $5,83 \pm 6,056$  αντίστοιχα, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=.000$ ). Διαπιστώνεται, έτσι, πως οι ΕΒΠΤ έχουν πολύ υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους ΕΧΠΤ, κάτι που επεσήμαναν και οι Heim and Nemeroff (2001), αλλά και σε σχέση με τον Μ.Ο. του ελληνικού πληθυσμού, αφού η μέση φυσιολογική τιμή του άγχους είναι  $7,32 \pm 6,66$  (Ντώνιας και συν., 1991).

**Η επιθετικότητα** (λεκτική ή σωματική), προκύπτει συνήθως, όπως και ο θυμός από τη ματαιώση, την αρνητική αξιολόγηση, την αίσθηση κάποιου ότι τον έχουν

κοροϊδέψει, αδικήσει, απογοητεύσει κτλ. (Gilbert, 1998) και αποτελεί μια συμπεριφορική αντίδραση που σκοπεύει να προκαλέσει κακό ή στενοχώρια σε κάποιον άλλο (Tangney & Dearing, 2002). Τα άτομα που υπέστησαν παιδικό τραύμα είναι συνήθως θυμωμένα με τις παρέες, το σχολείο, τη γειτονιά και την οικογένεια και συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους που δεν αντέδρασαν στην ενδοοικογενειακή βία, στους τσακωμούς με φίλους, στον σχολικό εκφοβισμό, στις πανελλήνιες και στην αλλαγή περιβάλλοντος (Gilbert & Miles, 2000). Έτσι, εξηγείται και ο στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος Μ.Ο. ( $p=0,006$ ) επιθετικότητας των ΕΒΠΤ ( $5,35\pm 4,650$ ) σε σχέση με τους αντίστοιχους Μ.Ο. των ΕΧΠΤ ( $4,62\pm 4,41$ ) και του Ελληνικού πληθυσμού που είναι  $5,08\pm 5,04$  (Ντώνιας και συν., 1991), Συμπερασματικά, λοιπόν, οι ΕΒΠΤ έχουν υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας από τον Μ.Ο. των ΕΧΠΤ αλλά και από τον Μ.Ο. του ελληνικού πληθυσμού, κάτι που επεσήμαναν και οι Frazzetto et al. (2007).

Για το **φοβικό άγχος** ο Μ.Ο. των ΕΒΠΤ βρέθηκε  $2,91\pm 3,709$  και ο αντίστοιχος Μ.Ο. για τους ΕΧΠΤ ήταν  $2,12\pm 3,112$ , διαφέροντας στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ). Αν ληφθεί υπόψη πως ο φυσιολογικός Μ.Ο. φοβικού άγχους είναι  $2,51\pm 3,69$  (Ντώνιας και συν., 1991), προκύπτει πως οι ΕΒΠΤ έχουν περισσότερο φοβικό άγχος από τους ΕΧΠΤ αλλά κι από το μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού.

Ο **Παρανοειδής ιδεασμός** απηχεί την έντονη δυσπιστία και καχυποψία προς τους άλλους ανθρώπους (Χριστοδούλου κ.α., 2004). Παράδειγμα παρανοειδούς ιδεασμού είναι το να πιστεύει το άτομο ότι τα άλλα άτομα που δουλεύει μαζί τους έχουν σαν σκοπό να υποσκάψουν τη σχέση του με τον προϊστάμενο (Χριστοδούλου κ.α., 2004). Ο Μ.Ο. του παρανοειδούς ιδεασμού για τους ΕΒΠΤ βρέθηκε  $7,14\pm 4,644$  και η αντίστοιχη τιμή για τους ΕΧΠΤ ήταν  $5,71\pm 4,288$ , με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p= .000$ ). Τα άτομα, λοιπόν, που βίωσαν κάποιο παιδικό τραύμα είναι



πιο καχύποπτα προς τους άλλους στην ενήλικη ζωή τους από τα άτομα που δεν ταλαιπωρήθηκαν με παιδικό τραύμα. Επισημαίνεται πως η μέση φυσιολογική τιμή παρανοειδούς ιδεασμού είναι  $6,13 \pm 4,43$  (Ντώνιας και συν., 1991).

Όσον αφορά τον *ψυχωτισμό*, που απηχεί μια σύμμειξη των συμπτωμάτων «πρώτης τάξης» της σχιζοφρένειας (Tandon et al, 2013) με στοιχεία αλλοτρίωσης και απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις, ο Μ.Ο. για τους ΕΒΠΤ ήταν  $6,42 \pm 5,23$  και ο αντίστοιχος Μ.Ο. για τους ΕΧΠΤ ήταν  $5,16 \pm 4,762$ , διαφέροντας στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ), ενώ ο φυσιολογικός Μ.Ο. ψυχωτισμού είναι  $6,09 \pm 6,83$  (Ντώνιας και συν., 1991).

**Ο Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)**, συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά.. Ο Μ.Ο. του ΓΔΣ για τους ΕΒΠΤ ήταν  $0,871 \pm 0,55$  και για τους ΕΧΠΤ ήταν  $0,696 \pm 0,496$ , με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,001$ ), όταν ο φυσιολογικός Μ.Ο. του ΓΔΣ είναι  $0,74 \pm 0,56$  (Ντώνιας και συν., 1991). Έτσι, οι ΕΒΠΤ έχουν πιο εκτεταμένα αλλά και έντονα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας από τους ΕΧΠΤ αλλά και τον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό.

**Ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)**, αποτελεί μέτρο της έντασης της ενόχλησης. Ο Μ.Ο. του ΔΕΘΣ ήταν για τους ΕΒΠΤ  $1,70 \pm 0,452$  και υπερέρχει στατιστικά σημαντικά ( $p=0,000$ ) από τον αντίστοιχο Μ.Ο. των ΕΧΠΤ που ήταν  $1,59 \pm 0,43$ , αλλά και από τον Μ.Ο. ΔΕΘΣ του ελληνικού πληθυσμού που είναι  $1,58 \pm 0,53$ , σύμφωνα με τους Ντόνια και συν. (1991).

**Το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ)**, δίνει πληροφορίες για τον αριθμό, δηλαδή την έκταση των συμπτωμάτων. Η μέση τιμή του ΣΘΣ ήταν για τους ΕΒΠΤ ήταν  $43,34 \pm 19,475$  και για την ομάδα των ΕΧΠΤ  $36,90 \pm 19,59$ , με στατιστικά πολύ

σημαντική διαφορά μεταξύ τους( $p=0,000$ ). Σύμφωνα με τους Ντόνια και συν.(1991) η μέση φυσιολογική τιμή του ΣΘΣ είναι  $38,04\pm 20,21$  δηλαδή κατά αρκετές μονάδες χαμηλότερη από τις αντίστοιχες τιμές των ΕΒΠΤ. Έτσι, οι ΕΜΠΤ αισθάνονται πολύ πιο έντονα τα συμπτώματα ψυχοθολογίας από τους ΕΧΠΤ και τον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό.

Όσον αφορά τις διάφορες αιτιάσεις (βουλιμία, ενοχή, αϋπνία, πρωινή αφύπνιση, ανησυχία, ανορεξία, βουλιμία, σκέψεις θανάτου) τα ενήλικα άτομα με βιωμένο παιδικό τραύμα διαφέρουν στατιστικά μόνον στην αϋπνία, τις σκέψεις θανάτου και την ενοχή. Έτσι, ο Μ.Ο. της *Αϋπνίας* για τους ΕΒΠΤ βρέθηκε  $0,73\pm 1,13$  και ο αντίστοιχος Μ.Ο. για τους ΕΧΠΤ ήταν  $0,52\pm 0,928$ , διαφέροντας στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ). Ο Μ.Ο. των *Σκέψεων Θανάτου* είναι  $0,61\pm 1,040$  για τους ΕΒΠΤ και  $0,43\pm 0,896$  για τους ΕΧΠΤ και διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ( $p= 0,002$ ). Τέλος, όσον αφορά την *Ενοχή\_SCL90*, ο Μ.Ο. βρέθηκε  $1,01\pm 1,131$  για τους ΕΒΠΤ και  $0,81\pm 1,002$  για τους ΕΧΠΤ και διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ( $p= ,001$ ). Οι τιμές των ΕΧΠΤ είναι πολύ κοντά στις τιμές υγιών ατόμων όπως προκύπτει από μελέτη της Κοτρώτσιου (2014) και είναι σημαντικά μικρότερες από τις αντίστοιχες τιμές των ΕΒΠΤ.

Συμπερασματικά, τα ενήλικα άτομα που βίωσαν παιδικό τραύμα είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας από τα άτομα που δεν βίωσαν στρεσογόνο γεγονός στην παιδική- εφηβική ηλικία και από τον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό, όπως φάνηκε σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας. Έτσι, οι ΕΒΠΤ εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και βιώνουν θυμό, ενοχές και θλίψη.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με γενικότερες μελέτες για το παιδικό τραύμα, που επισημαίνουν πως άτομα που βίωσαν τραύμα στην παιδική τους ηλικία έχουν πολύ

μεγάλη πιθανότητα να βιώσουν στη ζωή τους μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμία (Kendler et al., 2000; Widow et al., 2007) ή επιθετικότητα (Roy, 1999; Roy, 2001).

### **8.3. Η εχθρότητα για Ενήλικες με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα και για Ενήλικες χωρίς Βιωμένο Παιδικό Τραύμα**

Γενικά, ο όρος εχθρότητα αναφέρεται στην υπομένουσα τάση του ατόμου να λαμβάνει τις απόψεις και τις εκτιμήσεις των άλλων ως αρνητική πρόθεση ή να προβλέπει συνεχώς επιθετικότητα από τους άλλους (Smith 1994). Η εχθρότητα δεν αναφέρεται στην άσκηση σωματικής βίας, αλλά στη διαμόρφωση επικριτικής στάσης απέναντι στους άλλους (εξωστρεφής επιθετικότητα) ή απέναντι στον εαυτό (ενδοστρεφής επιθετικότητα). Η εκδήλωση παρορμητικής και παρανοειδούς επιθετικότητας, καθώς και η επίκριση των άλλων αφορούν στην εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μέτρο της τιμωρητικότητας, ενώ η αυτοκριτική και η ενοχή αφορούν στην ενδοστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μέτρο της αυτοτιμωρίας (Κώτση, 2009). Σύμφωνα με τους Caine et al. (1967), οι περισσότεροι άνθρωποι όταν διατηρούν σχέσεις βασισμένες στην αμοιβαιότητα συμπάσχουν με τους άλλους, ενώ στην αντίθετη περίπτωση όπου τα άτομα δεν συμπάσχουν με τους άλλους λόγω αδυναμίας διατήρησης διαπροσωπικών σχέσεων αμοιβαιότητας εύκολα καταφεύγουν στο να μέμφονται τον εαυτό τους (αυτοτιμωρία) ή τους άλλους (τιμωριτικότητα), ιδίως σε στρεσογόνες περιόδους. Υποστηρίζουν, μάλιστα, ότι το να καταφεύγει κανείς στην ενοχή είναι σαν να επιστρέφει στην εγωκεντρικότητα και κατ' επέκτασιν στην αδυναμία να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις αμοιβαιότητας και να ξεφύγει από τις πιθανές εκδηλώσεις εχθρότητας.

Από την προηγηθείσα διερεύνηση διαφορών μεταξύ ενηλίκων με (ΕΒΠΤ) και χωρίς (ΕΧΠΤ) βίωμα παιδικού τραύματος στις εχθρότητας διαπιστώθηκαν τα παρακάτω:

Οι Μ.Ο. της *επίκρισης των άλλων* για τους ΕΒΠΤ και τους ΕΧΠΤ ήταν  $5,61 \pm 2,207$  και  $5,50 \pm 2,44$  αντίστοιχα και δεν διέφεραν στατιστικά μεταξύ τους ( $p=0,447$ ). Σύμφωνα με αποτελέσματα παλαιότερων εργασιών (Angelopoulos et al., 1995).ο Μ.Ο. της επίκρισης των άλλων για τον γενικό ελληνικό πληθυσμό είναι  $5,32 \pm 2,90$  για τις γυναίκες και  $5,76 \pm 2,86$  για τους άνδρες. Επομένως, οι ΕΒΠΤ έχουν υψηλότερες τιμές επίκρισης των άλλων από τις αντίστοιχες τιμές των ΕΧΠΤ και τη μέση φυσιολογική τιμή.

Για την *παρορμητική εχθρότητα* οι Μ.Ο. ήταν  $4,50 \pm 1,994$  για τους ΕΒΠΤ, και  $4,19 \pm 1,984$  για τους ΕΧΠΤ, διαφέροντας στατιστικά σημαντικά ( $p=0,015$ ), ενώ ο Μ.Ο. του Ελληνικού πληθυσμού κυμαίνεται στο  $3,55 \pm 1,52$  για τις γυναίκες και στο  $3,53 \pm 1,53$  για τους άνδρες (Angelopoulos et al., 1995), δείχνοντας, έτσι, ο πως οι ΕΒΠΤ παρουσιάζουν υψηλότερη παρορμητική εχθρότητα από τους ΕΧΠΤ και από τον ελληνικό πληθυσμό.

Αναφορικά με την *παρανοειδή εχθρότητα* οι Μ.Ο. ήταν  $2,20 \pm 1,857$  για τους ΕΒΠΤ και  $1,80 \pm 1,805$  για τους ΕΧΠΤ, διαφέροντας στατιστικά πολύ σημαντικά μεταξύ τους ( $p=0,001$ ), ενώ για τον ελληνικό πληθυσμό ο Μ.Ο. κυμαίνεται στο  $2,71 \pm 1,88$  για τις γυναίκες και στο  $1,96 \pm 1,64$  για τους άνδρες (Angelopoulos et al., 1995). Έτσι, οι ΕΒΠΤ έχουν υψηλότερα επίπεδα παρανοειδούς εχθρότητας από τους ΕΧΠΤ του δείγματός μας και από τους άνδρες του υπόλοιπου ελληνικού πληθυσμού .

Αναφορικά με την *αυτοεπίκριση* οι Μ.Ο. βρέθηκαν  $4,26 \pm 2,104$  για τους ΕΒΠΤ και  $3,69 \pm 2,162$  για τους ΕΧΠΤ, διαφέροντας πολύ σημαντικά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ), ενώ για τον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό ο Μ.Ο. αυτοεπίκρισης είναι  $4,03 \pm 2,09$  για

τις γυναίκες και  $3,00 \pm 1,68$  για τους άνδρες (Angelopoulos et al., 1995). Συνεπώς, οι ΕΒΠΤ έχουν υψηλότερη αυτοεπίκριση από τους ΕΧΠΤ και τον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό.

Οι Μ.Ο. *ενοχής* (Guilt) βρέθηκαν  $2,18 \pm 1,594$  για τους ΕΒΠΤ και  $1,88 \pm 1,474$  για τους ΕΧΠΤ, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,002$ ). Λαμβάνοντας υπόψη πως ο Μ.Ο. ενοχής του ελληνικού πληθυσμού έχει βρεθεί  $1,93 \pm 1,36$  για τις γυναίκες και  $1,88 \pm 1,29$  για τους άνδρες (Angelopoulos et al., 1995), προκύπτει πως οι ΕΒΠΤ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ενοχής σε σχέση με τους ΕΧΠΤ και τον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό.

Όσον αφορά στην *εξωστρεφή εχθρότητα* οι Μ.Ο. ήταν  $12,31 \pm 4,634$  για τους ΕΒΠΤ, και  $11,49 \pm 5,071$  για τους ΕΧΠΤ, διαφέροντας στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους, ( $p=0,008$ ). Δοθέντος, πως ο Μ.Ο. εξωστρεφούς εχθρότητας του ελληνικού πληθυσμού είναι  $11,58 \pm 4,90$  για τις γυναίκες και  $11,26 \pm 4,39$  για τους άνδρες (Angelopoulos et al., 1995), συνάγεται πως οι ΕΒΠΤ παρουσιάζουν υψηλότερη εξωστρεφή εχθρότητα από τους ΕΧΠΤ και τον μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού.

Για την *ενδοστρεφή εχθρότητα* βρέθηκε πως οι ΕΒΠΤ είχαν Μ.Ο.  $6,43 \pm 3,285$  και οι ΕΧΠΤ Μ.Ο.  $5,57 \pm 3,319$ , διαφέροντας στατιστικά πολύ σημαντικά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ). Ο αντίστοιχος Μ.Ο. του ελληνικού πληθυσμού κυμαίνεται στο  $5,97 \pm 2,95$  για τις γυναίκες και στο  $4,88 \pm 2,45$  για τους άνδρες (Angelopoulos et al., 1995), και επομένως, οι ΕΒΠΤ έχουν υψηλότερα επίπεδα ενδοστρεφούς εχθρότητας τόσο σε σχέση με τους ΕΧΠΤ, όσο και σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Τέλος, αναφορικά με την *ολική εχθρότητα* ο Μ.Ο. των ΕΒΠΤ βρέθηκε  $18,74 \pm 6,821$  και ο αντίστοιχος Μ.Ο. των ΕΧΠΤ βρέθηκε  $17,07 \pm 7,223$ , διαφέροντας στατιστικά πολύ σημαντικά μεταξύ τους ( $p=0,000$ ). Λαμβάνοντας υπόψη πως ο Μ.Ο.

ολικής εχθρότητας του ελληνικού πληθυσμού είναι  $17,55\pm 6,56$  για τις γυναίκες και  $16,20\pm 8,64$  για τους άνδρες (Angelopoulos et al., 1995), προκύπτει πως οι ΕΒΠΤ είχαν υψηλότερη ολική εχθρότητα και από τους ΕΧΠΤ και από τον γενικό πληθυσμό.

Συμπερασματικά, λοιπόν, όσον αφορά την εχθρότητα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν πως οι ενήλικες με βιωμένο παιδικό τραύμα έχουν υψηλότερα επίπεδα εχθρότητας από τους ενήλικες χωρίς βιωμένο παιδικό τραύμα και από τον γενικό πληθυσμό.

#### **8.4. Οικογενειακό Περιβάλλον (Οικογενειακές σχέσεις - Προσωπική εξέλιξη και ωρίμανση - Δομή του οικογενειακού συστήματος) για Ενήλικες με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα και Ενήλικες χωρίς Βιωμένο Παιδικό Τραύμα**

Από την ανάλυση των ανεξάρτητων δειγμάτων ΕΒΠΤ και ΕΧΠΤ για τις υποκλίμακες Οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις περισσότερες υποκλίμακες.

Πιο συγκεκριμένα:

Ο Μ.Ο. της οικογενειακής *συνοχής* των ΕΒΠΤ βρέθηκε  $6,70\pm 2,055$ , ενώ ο αντίστοιχος των ΕΧΠΤ βρέθηκε  $6,92\pm 1,954$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,195$ ). Δοθέντος, πως η τιμή της συνοχής για τον γενικό Ελληνικό πληθυσμό κυμαίνεται στο 6 έως 7, σύμφωνα με τον Μάτσα (1997), προκύπτει πως η συνοχή για τους ΕΒΠΤ και ΕΧΠΤ είναι φυσιολογικές.

Η *εκφραστικότητα*, που έχουν οι ΕΒΠΤ και οι ΕΧΠΤ να εκφράζουν τα συναισθήματά τους στην οικογένειά τους βρέθηκε κατά Μ.Ο.  $5,84\pm 1,600$  για τους ΕΒΠΤ και  $5,78\pm 1,658$  για τους ΕΧΠΤ, χωρίς στατιστική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,664$ ). Σύμφωνα με τον Μάτσα (1997), η μέση τιμή της εκφραστικότητας για τον

γενικό Ελληνικό πληθυσμό κυμαίνεται στο 5 έως 6, επομένως, η εκφραστικότητα των ΕΒΠΤ είναι μεγαλύτερη από την εκφραστικότητα των ΕΧΠΤ και μέσα στα όρια της εκφραστικότητας του γενικού Ελληνικού πληθυσμού.

Όσον αφορά τη *σύγκρουση* που αισθάνονται να βιώνουν στην οικογένειά τους παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,015$ ), μεταξύ των ΕΒΠΤ με Μ.Ο.  $2,71\pm 2,100$  και των ΕΧΣΤ με Μ.Ο.  $2,30\pm 2,012$ . Έτσι, δοθέντος, πως η τιμή της σύγκρουσης για τον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται στο 2,5 έως 4 (Moos, 1990: Moos & Moos, 1986), και για υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού έχει τιμή  $2,1\pm 2,2$  (Μάτσα, 1997), προκύπτει πως το δείγμα μας παρουσιάζει αυξημένη σύγκρουση για τους ΕΒΠΤ τόσο σε σχέση με τους ΕΧΠΤ όσο και με τον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό.

Όσον αφορά την *ανεξαρτησία* που αισθάνονται στην οικογένειά τους βρέθηκε Μ.Ο. για τους ΕΒΠΤ  $5,99\pm 1,549$ , ενώ ο αντίστοιχος Μ.Ο. των ΕΧΠΤ ήταν  $6,14\pm 1,545$ , χωρίς να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ( $p=0,240$ ). Λαμβάνοντας υπόψη πως ο Μ.Ο. της ανεξαρτησίας για τους υγιείς κυμαίνεται στο 6,5 έως 7 (Moos, 1990: Moos & Moos, 1986) και ο αντίστοιχος Μ.Ο. σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού είναι  $6,0\pm 1,3$  (Μάτσα, 1997), προκύπτει πως, σε ό,τι αφορά το αίσθημα της ανεξαρτησίας, οι τιμές των ΕΒΠΤ είναι σχετικά χαμηλότερες από τα όρια του φυσιολογικού.

Για τον *προσανατολισμό για επιτεύγματα* που αισθάνονται να υπάρχει στην οικογένειά τους οι ΕΒΠΤ είχαν Μ.Ο.  $6,04\pm 1,495$ , ενώ ο αντίστοιχος Μ.Ο. των ΕΧΠΤ βρέθηκε  $5,95\pm 1,652$ , χωρίς στατιστική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,499$ ). Ο Μ.Ο. του προσανατολισμού για επιτεύγματα σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού

πληθυσμού είναι  $6,9 \pm 7,2$  (Μάτσα, 1997), συνεπώς στο δείγμα μας οι ΕΒΠΤ είναι κάτω από το μέσο όρο.

Όσον αφορά τον οικογενειακό τους *προσανατολισμό για πολιτισμό και διανοήση* οι Μ.Ο. βρέθηκαν για τους ΕΒΠΤ  $5,35 \pm 2,192$ , και για τους ΕΧΠΤ  $5,20 \pm 2,192$ , χωρίς να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ( $p=0,400$ ). Συγκρινόμενοι οι Μ.Ο. αυτοί με τον Μ.Ο. υγιών ομάδων του Ελληνικού πληθυσμού που βρέθηκε από τη Μάτσα (1997)  $5,3 \pm 5,8$ , διαπιστώνουμε πως οι τιμές για την ομάδα ΕΒΠΤ εντάσσονται στα όρια του φυσιολογικού για τον Ελληνικό πληθυσμό με ελαφρώς μεγαλύτερο προσανατολισμό για πολιτισμό και διανοήση.

*Ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία* των ΕΒΠΤ στην οικογένειά τους βρέθηκε κατά Μ.Ο.  $4,91 \pm 2,374$ , ενώ ο αντίστοιχος Μ.Ο. των ΕΧΠΤ ήταν  $4,78 \pm 2,205$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,474$ ). Λαμβάνοντας υπόψη πως ο Μ.Ο. προσανατολισμού για ψυχαγωγία κυμαίνεται για τους υγιείς (Moos, 1990) στο 5 έως 6 και για υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού είναι  $4,6 \pm 5,8$  (Μάτσα, 1997), διαπιστώνουμε πως ο προσανατολισμός για ψυχαγωγία των ΕΒΠΤ του δείγματός μας είναι ελαφρώς μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο των ΕΧΠΤ και αυτού του υγιούς Ελληνικού πληθυσμού.

Στην τελευταία υποκλίμακα της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης παρατηρούμε ότι ο Μ.Ο. της *ηθικής και θρησκευτικής έμφασης* που δίνουν στην οικογένειά τους οι ΕΒΠΤ βρέθηκε  $4,27 \pm 2,147$ , ενώ ο αντίστοιχος Μ.Ο. των ΕΧΠΤ ήταν  $4,07 \pm 2,116$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,259$ ). Η Μάτσα (1997) βρήκε πως η ηθική και θρησκευτική έμφαση σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού είναι  $4,4 \pm 5,3$  και επομένως, φαίνεται πως οι ΕΒΠΤ έχουν τον ίδιο βαθμό ηθικής και θρησκευτικής έμφασης σε σχέση με τους ΕΧΠΤ και τον Ελληνικό μέσο όρο.



Τέλος, όσον αφορά την οικογενειακή συντήρηση του συστήματος:

Ο Μ.Ο. της *οργάνωσης* στην οικογένειά των ΕΒΠΤ ήταν  $5,59 \pm 1,842$ , ενώ ο αντίστοιχος Μ.Ο. της οργάνωσης που αισθάνονται οι ΕΧΠΤ ήταν  $5,64 \pm 1,742$ , χωρίς στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,727$ ). Αν λάβουμε υπόψη πως ο αντίστοιχος Μ.Ο. οργάνωσης για υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού είναι  $6,1 \pm 7,2$  (Μάτσα, 1997), διαπιστώνουμε πως οι τιμές των ΕΒΠΤ είναι ελαφρώς μικρότερες από τις τιμές των ΕΧΠΤ και του Ελληνικού πληθυσμού.

*Ο έλεγχος* που αισθάνονται στην οικογένειά τους οι ΕΒΠΤ βρέθηκε κατά Μ.Ο.  $4,35 \pm 1,773$ , ενώ ο αντίστοιχος των ΕΧΠΤ ήταν  $4,56 \pm 1,721$ , χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,139$ ). Σύμφωνα με τη Μάτσα (1997) ο Μ.Ο. ελέγχου της οικογένειας σε υγιείς ομάδες του Ελληνικού πληθυσμού είναι  $4,7 \pm 5$ , και ως εκ τούτου προκύπτει πως οι τιμές ελέγχου των ΕΒΠΤ είναι ελαφρώς μικρότερες των ΕΧΠΤ και αυτών του Ελληνικού μέσου όρου.

Τέλος, οι Μ.Ο. για *το Γενικό Σύνολο του Οικογενειακού Περιβάλλοντος* βρέθηκαν  $51,75 \pm 8,514$  για τους ΕΒΠΤ, και  $51,34 \pm 8,258$  για τους ΕΧΠΤ, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,548$ ).

Συμπερασματικά, λοιπόν, διαπιστώσαμε μια θετική εικόνα στις περισσότερες υποκλίμακες των οικογενειακών σχέσεων. Οι τιμές, μάλιστα, και για τις δύο ομάδες των Ενηλίκων με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα και των Ενηλίκων χωρίς Παιδικό Τραύμα πλησιάζουν τις τιμές για το σύνολο του πληθυσμού. Έτσι, δεν εντοπίστηκαν ιδιαίτερες δυσλειτουργίες στις οικογένειες των ΕΒΠΤ και ΕΧΠΤ, αλλά αντίθετα, ιδιαίτερα οι ΕΒΠΤ εμφάνισαν ελαφρώς μεγαλύτερη ενασχόληση με πολιτιστικές δραστηριότητες και ψυχαγωγία. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τους Horwitz και Kazak (1990), αλλά και πολλούς άλλους ερευνητές (Matthews- Simonton, 1984;

Peterman & Bode, 1986; Skynner, 1987) που στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν μερικούς από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική και υγιή λειτουργία της οικογένειας, έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που προτείνουν είναι η επαφή και η επικοινωνία της οικογένειας με τον εξωτερικό κόσμο.

## **8.5. Ψυχοπαθολογία, Εχθρότητα και Οικογενειακό περιβάλλον Ενηλίκων με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα**

### **8.5.1. Επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών**

Η ανάλυση MANOVA με τις διάφορες υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, επιθετικότητας- εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES) ως εξαρτημένες μεταβλητές και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, διαμονή, ύπαρξη παιδιών, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, επίσκεψη σε ψυχολόγο και ύπαρξη σωματικής νόσου, τύπος παιδικού τραύματος) ως ανεξάρτητες μεταβλητές έδειξαν αρχικά πως δεν υπάρχει καμία πολυμεταβλητή κύρια επίδραση ( $p > .05$ ) των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (FES).

Εξετάζοντας τις μονοδιάστατες κύριες επιπτώσεις στα επίπεδα ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας (Πίνακες 17 και 18), διαπιστώθηκαν τα παρακάτω:

**Φύλο:** επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την Παρορμητική Εχθρότητα, την Εξωστρεφή Εχθρότητα και μάλιστα οι Άνδρες σημείωσαν τις υψηλότερες τιμές. Έτσι, φαίνεται πως οι άνδρες που βίωσαν παιδικό τραύμα υιοθετούν επικριτική στάση απέναντι στους άλλους (Εξωστρεφής Εχθρότητα).

**Οικογενειακή Κατάσταση:** επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την Διαπροσωπική Ευαισθησία και την Κατάθλιψη με τους Χήρους να σημειώνουν τις υψηλότερες τιμές σε σχέση με έγγαμους και διαζευγμένους. Η μοναξιά της χηρείας προφανώς αυξάνει την ψυχοπαθολογική δυσφορία των ενηλίκων χήρων που βίωσαν παιδικό τραύμα.

**Το επίπεδο εκπαίδευσης** έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας: Ψυχαναγκαστικότητα, Παρανοειδή Ιδεασμό και ΣΘΣ και στις υποκλίμακες Εχθρότητας: Επίκριση των Άλλων, Αυτοεπίκριση, Ενοχή G, Εξωστρεφή Εχθρότητα, Ενδοστρεφή Εχθρότητα και Ολική Εχθρότητα. Δηλαδή, το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει το σύνολο σχεδόν των υποκλιμάκων Εχθρότητας-Επιθετικότητας. Τα ευρήματα συμφωνούν με τη Dragioti et al. (2012), που βρήκαν πως το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με την ύπαρξη τραύματος. Επίσης, ο Foster (2014) σε δείγμα 1000 περίπου προπτυχιακών φοιτητών συνεπέρανε πως οι παιδικές τραυματικές εμπειρίες συνδέονται με την εμφάνιση υποκλινικών συμπτωμάτων άγχους. Ειδικότερα, μάλιστα, οι O'Dougherty-Wright ,et al. (2009) διαπίστωσαν πως φοιτητές με παιδικές τραυματικές εμπειρίες λόγω συναισθηματικής κακοποίησης ή παραμέλησης εμφάνισαν στην ενήλικη ζωή συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, κάτι που επιβεβαιώνουν και Βελίκης και συν. (2009), όταν σε δείγμα ελληνικού φοιτητικού πληθυσμού διαπίστωσαν ότι φοιτητές με ιστορικό κακοποίησης ή παραμέλησης εμφανίζουν προβλήματα ψυχοπαθολογίας στην ενηλικίωση.

Όσον αφορά την επίδραση των διάφορων κατηγοριών εκπαίδευσης προέκυψε από την σχετική Scheffe ανάλυση πως οι Φοιτητές σημείωσαν τις υψηλότερες τιμές Ενοχής και Ενδοστρεφούς Εχθρότητας σε σχέση με τους Απόφοιτους Λυκείου και κατόχους μεταπτυχιακού. Αν λάβουμε υπόψη πως η ενοχή δεν περιγράφεται συνήθως ως φόβος για το τί σκέφτονται οι άλλοι ή ως αυτο-απαξίωση, (Gilbert, 2000) αλλά επικεντρώνεται τυπικά στο κακό που κάνει κανείς στους άλλους και, υπάρχουν πλέον

αρκετά στοιχεία, ότι κινητοποιεί συμπεριφορές φροντίδας και αποζημίωσης προς τους άλλους (Baumeister et al., 1994) κάτι που νιώθουν περισσότερο οι φοιτητές παρά οι απόφοιτοι λυκείου και οι μεταπτυχιακοί που ζουν σε συνθήκες μεγάλου ανταγωνισμού για το μετά.

**Η Επαγγελματική Κατάσταση:** επηρεάζει σημαντικά τον Ψυχωτισμό με τους Ανέργους να έχουν τις μεγαλύτερες τιμές σε σχέση με τους Δημοσίους και Ιδιωτικούς Υπάλληλους. Πράγματι, υπάρχουν ερευνητικές διαπιστώσεις πως αν και η ανεργία οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της ευημερίας του ατόμου (Clark&Oswald, 1994, Clatk, 2003), τα χαμηλότερα επίπεδα ευημερίας των ανέργων σε σχέση με τους εργαζομένους δεν οφείλονται πρωτίστως στη μείωση στο εισόδημα (Clark & Oswald, 2002), αλλά κυρίως στην απώλεια των ψυχολογικών κερδών από την «εργασία», όπως κοινωνική αναγνώριση, αυτοεκτίμηση, και ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση (Darity& Goldsmith, 1996). Αυτό οδηγεί σε άτομα με υψηλές τιμές ψυχωτισμού που πέραν άλλων είναι εχθρικά και επιθετικά και γενικότερα χαρακτηρίζονται από έλλειψη ανθρωπισμού και συναισθημάτων.

**Το είδος νόσου,** έχει σημαντική επίδραση στην Ανορεξία ενώ

**Η λήψη φαρμάκων** επιδρά στην Σωματοποίηση, Ψυχαναγκαστικότητα, Κατάθλιψη, Επιθετικότητα, Άγχος, ΓΔΣ, ΣΘΣ, Ανορεξία και Παρορμητική Εχθρότητα. Κατά συνέπεια, φαίνεται πως η λήψη φαρμάκων επηρεάζει τις περισσότερες υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας κάτι που προφανώς συνδέεται με το άγχος της θεραπείας αλλά και τις παρενέργειες της χρήσης φαρμάκων.

Τέλος, **ο τύπος παιδικού τραύματος,** επιδρά στατιστικά σημαντικά τις υποκλίμακες Σωματοποίηση, Ψυχαναγκαστικότητα, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Επιθετικότητα, ΓΔΣ, ΔΘΕΣ, ΣΘΣ, Φοβικό Άγχος, Ανησυχία, Αϋπνία, Ενοχή G,

Ενδροστρεφή Εχθρότητα και Ολική Εχθρότητα. Σε αυτό συνηγορούν και οι Martins et al, (2011), που σε άρθρο ανασκόπησης συμπεραίνουν πως τα ψυχικά τραύματα στην παιδική και εφηβική ηλικία, σχετίζονται με αγχώδεις διαταραχές διάθεσης στην ενήλικη ζωή.

Όσον αφορά τις μονοδιάστατες κύριες επιπτώσεις στα επίπεδα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) (Πίνακας 19) διαπιστώθηκαν τα παρακάτω:

**Η Οικογενειακή κατάσταση** συνεισφέρει σημαντικά στην Ηθική και θρησκευτική έμφαση (MRE) και οι έγγαμοι σημείωσαν τις υψηλότερες τιμές.

**Ο τύπος διαμονής**, επιδρά σημαντικά στον Προσανατολισμό για Επιτεύγματα (ΑΟ), με τους κάτοικοι κωμοπόλεων και χωριών να έχουν τις υψηλότερες μέσες τιμές.

Τέλος, **ο τύπος παιδικού Τραύματος** έχει στατιστικώς σημαντική επίδραση στην υποκλίμακα Συνοχή (C).

Οι παρακάτω Πίνακες, συνοψίζουν τις μονοδιάστατες κύριες επιδράσεις των διάφορων κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των Ενηλίκων με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα που συμμετείχαν στην έρευνά μας στην Ψυχοπαθολογία (Πίνακας 27), στην Εχθρότητα (Πίνακας 28) και στο Οικογενειακό Περιβάλλον (Πίνακας 29).

**Πίνακας 27.** Επίδραση Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών στις υποκλίμακες Ψυχοπαθολογίας Ατόμων με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα

	Φ	ΟΚ	ΥΠ	ΕΕ	ΕΚ	ΣΝ	ΛΦ	ΤΠΤ	Δ
Σωματοποίηση							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ψυχ/στικότητα	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Διαπρ. Ευαισθ		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	
Κατάθλιψη		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Άγχος							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Επιθετικότητα							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Φοβ. Άγχος								<input checked="" type="checkbox"/>	
Παραν. Ιδεασ.				<input checked="" type="checkbox"/>					
Ψυχωτισμός					<input checked="" type="checkbox"/>				
ΓΔΣ							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ΔΕΘΣ								<input checked="" type="checkbox"/>	
ΣΘΣ				<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Αϋπνία								<input checked="" type="checkbox"/>	
Ανησυχία								<input checked="" type="checkbox"/>	
Ανορεξία						<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

**Υπόμνημα:** Φ= Φύλο, ΟΚ.= Οικογ/κή Κατάσταση, ΥΠ= Ύπαρξη Παιδιών, ΕΕ= Επίπεδο Εκπαίδευσης, ΕΚ= Επαγγελμ. Κατάσταση, ΕΨ= Επίσκεψη σε Ψυχολόγο, ΣΝ= Σωματική Νόσος, ΛΦ= Λήψη Φαρμάκων, ΤΠΤ= Τύπος Παιδικού Τραύματος, Δ= Διαμονή.

**Πίνακας 28.** Επίδραση Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών στις Υποκλίμακες Εχθρότητας Ατόμων με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα

	Φ	ΟΚ	ΥΠ	ΕΕ	ΕΚ	ΣΝ	ΛΦ	ΤΠΤ	Δ
<b>Επίκριση</b>									
<b>Παρορ. Εχθρ</b>									
<b>Αυτοεπίκρ.</b>									
<b>Ενοχή G</b>									
<b>Εξωστ Εχθρ</b>									
<b>Ενδοσ Εχθρ.</b>									
<b>Ολική Εχθρ</b>									

**Υπόμνημα:** Φ= Φύλο, ΟΚ.= Οικογ/κή Κατάσταση, ΥΠ= Ύπαρξη Παιδιών, ΕΕ= Επίπεδο Εκπαίδευσης, ΕΚ= Επαγγελμ. Κατάσταση, ΕΨ= Επίσκεψη σε Ψυχολόγο, ΣΝ= Σωματική Νόσος, ΛΦ= Λήψη Φαρμάκων, ΤΠΤ= Τύπος Παιδικού Τραύματος, Δ= Διαμονή.

**Πίνακας 29.** Επίδραση Κοινωνικοδημογραφικών Χαρακτηριστικών στις Υποκλίμακες Οικογενειακού Περιβάλλοντος Ατόμων με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα

Κλίμακα FES	Φ	ΟΚ	ΥΠ	ΕΕ	ΕΚ	ΣΝ	ΛΦ	ΤΠΤ	Δ
Συνοχή									
Σύγκρουση									
Προσ/σμός για Επιτ/ατα									
Ηθ. Θρησ. Έμφ									

**Υπόμνημα:** Φ= Φύλο, ΟΚ.= Οικογ/κή Κατάσταση, ΥΠ= Ύπαρξη Παιδιών, ΕΕ= Επίπεδο Εκπαίδευσης, ΕΚ= Επαγγελμ. Κατάσταση, ΕΨ= Επίσκεψη σε Ψυχολόγο, ΣΝ= Σωματική Νόσος, ΛΦ= Λήψη Φαρμάκων, ΤΠΤ= Τύπος Παιδικού Τραύματος, Δ= Διαμονή.

Από τους παραπάνω Πίνακες διαπιστώνουμε πως:

- Την ψυχοπαθολογία επηρεάζουν οι περισσότεροι δημογραφικοί παράγοντες, ωστόσο «ο τύπος Τραύματος» και η «λήψη φαρμάκων» επηρεάζουν το σύνολο των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας. Έτσι, φαίνεται πως το παιδικό τραύμα δημιουργεί ψυχολογική δυσφορία στους ενήλικες που το βίωσαν.
- Την εχθρότητα- επιθετικότητα επηρεάζουν κυρίως «το επίπεδο εκπαίδευσης» και «ο τύπος παιδικού τραύματος» αλλά και «το φύλο».
- Η λειτουργία της οικογένειας επηρεάζεται λιγότερο από τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο,
  - **Η οικογενειακή κατάσταση** επηρεάζει την Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis) και μάλιστα, οι έγγαμοι μεγαλύτερες τιμές MRE. Φαίνεται, πως οι έγγαμοι δίνουν μεγαλύτερη



έμφαση σε θρησκευτικά ζητήματα και ηθικές αξίες από τους άγαμους εξού και οι μεγαλύτερες τιμές MRE.

- **ο Τύπος Παιδικού Τραύματος**, φαίνεται να επηρεάζει την συνοχή στην οικογένεια. Η έλλειψη συνοχής των ενηλίκων που βίωσαν Παιδικό Τραύμα οφείλεται στην εσωτερίκευση των προβλημάτων που συνδέονται με το τραύμα (Bal et al., 2004). Η αυξημένη εξάλλου οικογενειακή σύγκρουση συνδέεται, ενδεχομένως, με την επιθετικότητα που επίσης βρέθηκε να επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τον «τύπο τραύματος» και στην ανάλυση ψυχοπαθολογίας που προηγήθηκε είχε στατιστικά μεγαλύτερες τιμές στους ΕΒΠΤ από τον υγιή ελληνικό πληθυσμό.

Τέλος, όσον αφορά την σχέση της **ηλικίας** με τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος (Πίνακες 20, 21 και 22), φαίνεται πως όσο περνάει η ηλικία των Ενηλίκων που Βίωσαν Παιδικό Τραύμα μειώνονται οι επιπτώσεις της ανάμνησης του Παιδικού Τραύματος στην ψυχική υγεία και τη λειτουργία της οικογένειας. Ο πανδαμάτωρ χρόνος θολώνει σιγά-σιγά τις κακές αναμνήσεις, μέχρι να τις σβήσει τελείως!

#### **8.5.2. Συσχετίσεις**

Από τον έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων των ερωτηματολογίων Ψυχοπαθολογίας (Πίνακας 24), Εχθρότητας (Πίνακας 25) και Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Πίνακας 26), διαπιστώθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην πλειοψηφία των μεταβλητών των τριών υποκλιμάκων.

Ωστόσο, καμία από τις συσχετίσεις δεν κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρή, και αυτό είναι σημαντικό για την αποτελεσματική ανάλυση MANOVA. Πράγματι, η MANOVA

λειτουργεί άριστα όταν οι εξαρτημένες μεταβλητές συσχετίζονται μέτρια μεταξύ τους (συντελεστές συσχέτισης: 0,4-0,7), (Πετρίδης, 2015). .

Επισημαίνονται οι ιδιαίτερα υψηλές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας, κάτι, όμως, αναμενόμενο (Κοτρώτσιου, 2014).

Η συντριπτική πλειονότητα των συσχετίσεων παρουσιάζουν αρνητική σχέση. Δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές συσχετίσεις ( $p > .05$ ) στη πλειοψηφία των συσχετίσεων ανάμεσα στις υποκλίμακες του Οικογενειακού Περιβάλλοντος Έλεγχος (Control), **Ηθική και θρησκευτική έμφαση (MRE)** και **Προσανατολισμός για επιτεύγματα (AO)** και σε όλες τις μεταβλητές των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας & εχθρότητας.

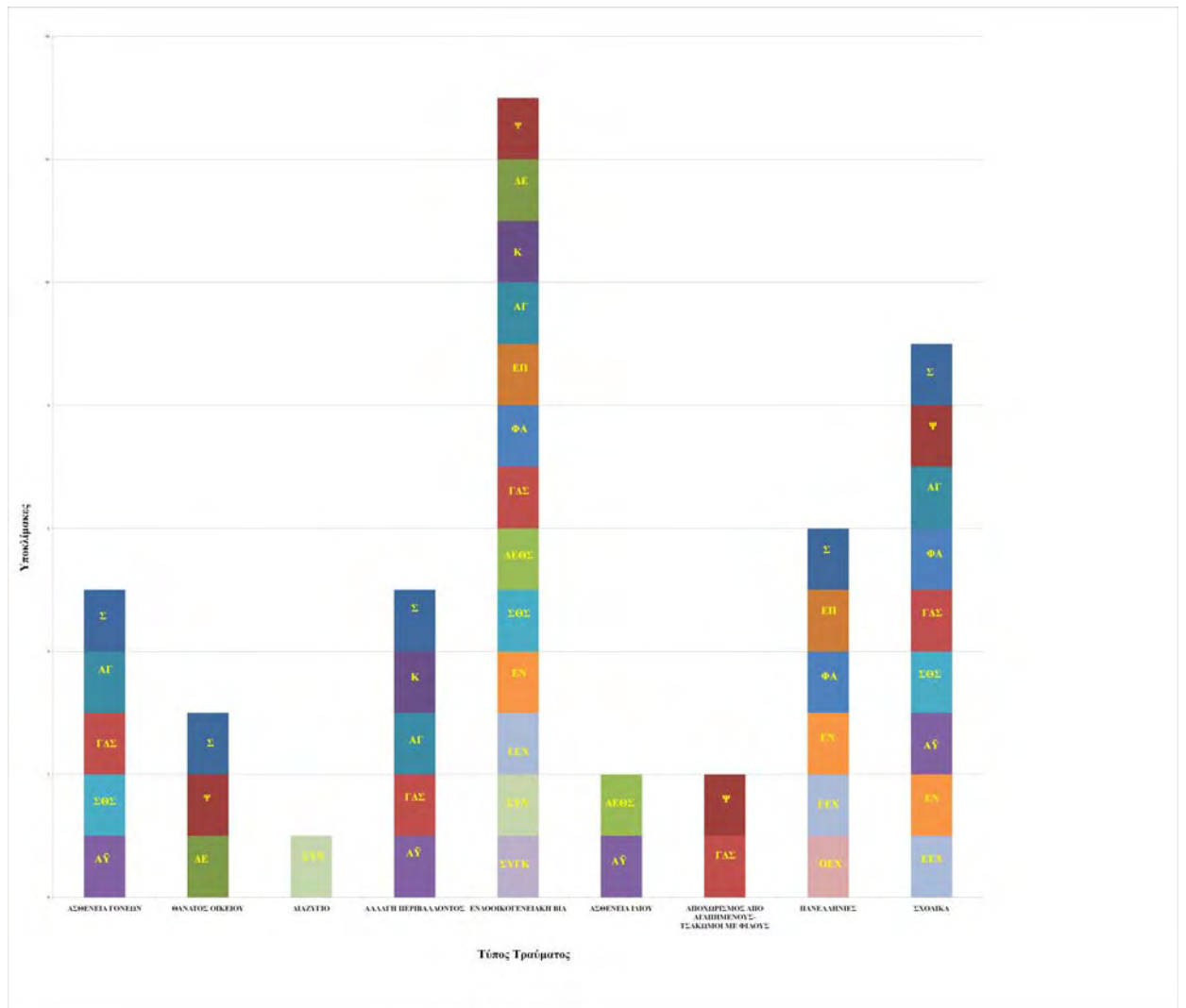
Φαίνεται, λοιπόν, πως για τα ενήλικα άτομα που βίωσαν Παιδικό Τραύμα όσο μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση, δυσφορία και εχθρότητα βιώνουν τόσο χαλαρώνουν οι οικογενειακές σχέσεις, και μειώνεται η ωρίμανση και ανάπτυξη της οικογένειας. Ίσως, γιατί, όπως επισημαίνουν οι Billings and Moos (1983), η παρατεταμένη τραυματική ψυχολογική επιβάρυνση ενός ατόμου επηρεάζει και τα άλλα μέλη της οικογένειας και μπορεί να αποδυναμώσει τους υποστηρικτικούς δεσμούς μεταξύ των μελών της οικογένειας και να επιδεινώσει έτσι την ψυχοπαθολογία και την δυσλειτουργία της οικογένειας.

Σημαντική εξαίρεση, που αξίζει να τονισθεί, αποτελεί η θετική συσχέτιση σχεδόν όλων των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας με τη σύγκρουση στην οικογένεια, που δείχνει πως όσο πιο πολύ επιβαρύνεται ο ψυχισμός ενός ατόμου από βιωμένο παιδικό τραύμα, τόσο αυτό το πληρώνει η οικογενειακή ηρεμία στην ενήλικη ζωή.

### **8.5.3. Επίδραση του Τύπου Παιδικού Τραύματος**

Με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης, που αφορά την επίδραση του τύπου , παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία, στην επιθετικότητα- εχθρότητα και στο οικογενειακό περιβάλλον (Πίνακας 23) προέκυψε το παρακάτω Γράφημα 9 που δείχνει την επίδραση των διάφορων τύπων τραύματος στις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος που εντοπίστηκε με την ανάλυση MANOVA πως επηρεάζονται στατιστικά σημαντικά από την ανάμνηση βιωμένου παιδικού τραύματος.

Από το Γράφημα 9, προκύπτει πως τα πιο σημαντικά παιδικά τραύματα που επηρεάζουν την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα είναι κυρίως η ενδοοικογενειακή βία, οι πανελλήνιες εξετάσεις, ο σχολικός εκφοβισμός- σχολική αποτυχία και η αλλαγή περιβάλλοντος. Το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζεται λιγότερο, όπου μόνον η ενδοοικογενειακή βία επιδρά στη συνοχή και σύγκρουση και το διαζύγιο στην συνοχή της οικογένειας.



**Γράφημα 9.** Επίδραση του Τύπου Παιδικού Τραύματος στις υποκλίμακες Ψυχοπαθολογίας, Εχθρότητας και Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Σ= Σωματοποίηση, Ψ= Ψυχ/στικότητα, ΑΕ= Διαπρ. Ευαισθησία, Κ= Κατάθλιψη, Α= Άγχος, ΕΠ= Επιθετικότητα, ΦΑ= Φοβ. Άγχος, ΓΑΣ= Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων, ΑΕΘΣ= Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων, ΣΘΣ= Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων, ΑΨ= Αύπνια, ΕΝ= Ενοχή G, ΕΕΧ= Ενδοστρεφής Εχθρότητα, ΟΕΧ= Ολική Εχθρότητα, ΣΥΝ= Συνοχή, ΣΥΓΚ= Σύγκρουση)

Η **Ενδοοικογενειακή Βία** προκύπτει πως είναι το πιο σημαντικό παιδικό τραύμα. Επηρεάζει, όπως φαίνεται στο Γράφημα 9 σχεδόν όλες τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, εχθρότητας και οικογενειακού περιβάλλοντος. Η ενδοοικογενειακή βία αναγνωρίζεται ως πολύ σημαντικό στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία και η εμπειρία της έκθεσης σε ενδοοικογενειακή βία ή βία από τους φροντιστές επαγγελματίες θεωρείται ως παράγοντας κινδύνου για κακή ψυχική υγεία στην παιδική και εφηβική ηλικία (Völkl- Kernstock et al., 2016; Dvir et al., 2014). Δυστυχώς δεν υπάρχουν, μέχρι σήμερα δεδομένα και μελέτες σχετικά με την επίδραση της ενδοοικογενειακής βίας κατά την παιδική ηλικία στους διάφορους δείκτες ψυχικής δυσφορίας (ψυχοπαθολογία, επιθετικότητα) ή οικογενειακής δυσλειτουργίας, ούτε και συγκριτικά δεδομένα σχετικά με την επίδραση της ενδοοικογενειακής βίας σε σχέση με άλλους τύπους παιδικού τραύματος. Ωστόσο, πρόσφατη έρευνα (Kitta et al., 2016) για την επίδραση του παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία στην ενήλικη ζωή έδειξε πως η ενδοοικογενειακή βία έδωσε τιμές του Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων, της έντασης δηλαδή και έκτασης των συμπτωμάτων, για την ενδοοικογενειακή βία μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες τιμές για τον θάνατο ή την ασθένεια και συμφωνεί με τα ευρήματα του Γραφήματος 9, όπου διαπιστώνουμε πως ο αντίκτυπος του παιδικού τραύματος «ενδοοικογενειακή βία» υπερβαίνει τον αντίστοιχο αντίκτυπο της **Απώλειας Αγαπημένου Προσώπου** ή της **Ασθένειας των Γονέων** στην ψυχοπαθολογία των ενηλίκων που τα βίωσαν.

Έτσι, στην παρούσα διατριβή εξετάζοντας την επίδραση όλων των τύπων παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία, εχθρότητα και οικογενειακό περιβάλλον διαπιστώσαμε πως η επίδραση της ενδοοικογενειακής βίας διαπερνάει σχεδόν όλες της υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας, και αυτό οδηγεί σε αύξηση της εχθρότητας και δυσλειτουργία της οικογένειας και πιο συγκεκριμένα συγκρούσεις και μείωση της

οικογενειακής συνοχής . Πράγματι, όπως διαπιστώνουν οι Billings & Moos, 1983, η συμπτωματολογία των καταθλιπτικών τραυμάτων μεταδίδεται και σε άλλα μέλη της οικογένειας και μπορεί να διαλύσει τους μεταξύ υποστηρικτικούς δεσμούς. Η μείωση αυτή της οικογενειακής συνοχής ενισχύει την κατάθλιψη του ατόμου που ζεί σε συνθήκες ενδοοικογενειακής βίας, εξαντλώντας έτσι τη δύναμη του για ανάκαμψη. Για τους Uguk et al. (2007), μάλιστα, η οικογενειακή συνοχή αποτελεί σημαντικό δείκτη ψυχολογικής ευημερίας.

**Η Αλλαγή Περιβάλλοντος** έχει σημαντική συνεισφορά στην σωματοποίηση την κατάθλιψη, την αϋπνία, και στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων δηλαδή στην ένταση και έκταση των συμπτωμάτων. Πράγματι, η αλλαγή περιβάλλοντος, επηρεάζει τον ψυχισμό των ατόμων που υπέστησαν τις συνέπειες της αλλαγής στην παιδική-εφηβική ηλικία είτε λόγω μετάθεσης των γονιών ή μετακόμισης, είτε λόγω αποβολής απ' το σχολείο, είτε και λόγω προσφυγιάς κάτι που επισημαίνεται κι από τους Kovacks, (1997) και Kirmayer et al.(2011).

**Η Σχολική Βία και η Σχολική Αποτυχία**, συνεισφέρουν στην σωματοποίηση, ψυχαναγκαστικότητα και κατάθλιψη αλλά και στην ενοχή και ενδοστρεφή εχθρότητα. Έτσι, ο σχολικός εκφοβισμός (λεκτική και σωματική βία από συμμαθητές, ψυχολογική από καθηγητές και δασκάλους) αφήνουν ψυχολογικά κατάλοιπα και αυξάνουν την εχθρότητα- επιθετικότητα των ενηλίκων που την υπέστησαν, όπως επισημαίνεται και από την Τσίτουρα (2006).

Οι **Πανελλήνιες** εξετάσεις, όπως προκύπτει από το Γράφημα 9όσον αφορά την ψυχοπαθολογία επηρεάζουν τη σωματοποίηση, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος και όσον αφορά την εχθρότητα επηρεάζουν την ενοχή, την ενδοστρεφή και ολική εχθρότητα των ενηλίκων που βίωσαν Πανελλήνιες εξετάσεις στην μαθητική τους

ηλικία. Έτσι, το άγχος και η σωματική ταλαιπωρία, λοιπόν, των πανελληνίων και κυρίως η ενδεχόμενη αποτυχία εξετάσεων δημιουργούν καταθλιπτική και ψυχοσωματική πίεση στους υποψήφιους των Πανελληνίων και αυξάνουν την επιθετικότητα τους προς τους άλλους θεωρώντας τους υπεύθυνους για τη βάσανο των εξετάσεων. Ταυτόχρονα γίνονται ενοχικοί και αυτό- επικριτικοί, στρέφοντας τα βέλη και ταλαιπωρώντας τον ίδιο τον εαυτό τους, όπως φαίνεται από της επίδραση των Πανελληνίων στην Ενοχή\_G, την Ενδοστρεφή Εχθρότητα και την Ολική Εχθρότητα .

Όσον αφορά την «**Ασθένεια Γονέων**» και την «**Απώλεια Αγαπημένου Προσώπου**», επισημάνθηκε παραπάνω, πως έχουν μικρότερη ψυχολογική επίδραση από την ενδοοικογενειακή βία. Ωστόσο, όπως προκύπτει από το Γράφημα 9 τόσο η Ασθένεια Γονέων όσο και η Απώλεια Αγαπημένου ην επηρεάζουν την ψυχολογία των ΕΒΠΤ αυξάνοντας την ψυχολογική τους δυσφορία. Επισημαίνεται, πάντως, πως και τα δύο αυτά παιδικά τραύματα «αγάπης» αυξάνουν τη σωματοποίηση των Ενηλίκων που βίωσαν τέτοια τραυματικά σρεσσογόνα γεγονότα στη παιδική του ηλικία.

Είναι γνωστό πως η σωματοποίηση είναι η εμπειρία σωματικών ενοχλήσεων (κεφαλαλγίες, σωματικοί πόνοι) λόγω συναισθηματικής δυσφορίας (Servan-Schreiber, Kolb and Tabas, 2000) και πως πολλές φορές σωματικές διαμαρτυρίες παιδιών είναι ενδεικτικές εντάσεων και stress στο σπίτι (Karkhanis, 2016). Συνηθέστερα, καθώς οι άνθρωποι απογοητεύονται λόγω των συμβάντων της ζωής, εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα (π.χ. πονοκέφαλος, κοιλιακός πόνος) ενώ τα σοβαρά απειλητικά συμβάντα της ζωής, ειδικά εκείνα που συνεπάγονται απώλειες, συσχετίζονται με συμπτώματα σωματικών διαταραχών (Sullivan and Katon, 1993). Η παρατεταμένη, επίσης, περίοδος αναμονής και αβεβαιότητας για το τι πρόκειται να γίνει, που συνήθως βιώνεται με την ασθένεια των γονέων, προκαλεί συμπτώματα

σωματοποίησης κυρίως στις γυναίκες, όπως βρέθηκε σε γυναίκες που έζησαν παρατεταμένη περίοδο αναζήτησης, αναμονής και αβεβαιότητας για το τι συνέβη σε αγνοούμενα μέλη της οικογένειάς τους στον πόλεμο της Σερβίας (Barakoníe et al., 2013). Οι διαταραχές, μάλιστα, σωματοποίησης συνυπάρχουν συνήθως με διαταραχές ιδεοψυχαναγκαστικότητας, ή άλλες ψυχοπαθολογικές διαταραχές (Servan- Schreibe, Tabas and Kolb, 2000). Έτσι, εξηγούνται η αυξημένη σωματοποίηση, Άγχους, ΓΔΣ και αϋπνία για τους Ενηλίκους με τραυματική ανάμνηση της «Ασθένειας τω Γονέων», όπως και η αυξημένες τιμές Σωματοποίησης, Ψυχαναγκαστικότητας και Διαπροσωπικής Ευαισθησίας των Ενηλίκων που βίωσαν θάνατο αγαπημένου τους προσώπου στην παιδική τους ηλικία

Τέλος, αξίζει να επισημάνουμε πως το «**Διαζύγιο**» επηρεάζει τη λειτουργία της οικογένειας αφού μειώνει τη συνοχή της οικογένειας κάτι αναμενόμενο, όταν η οικογενειακή συνοχή βασίζεται στην αλληλοϋποστήριξη των μελών της οικογένειας κάτι που διαταράσσεται με το διαζύγιο και η διαταραχή αυτή μας συνοδεύει, επηρεάζοντας τις Οικογενειακές Σχέσεις στην ενήλικη ζωή των ατόμων που βίωσαν Διαζύγιο γονέων στην παιδική- εφηβική τους ηλικία.

Συμπερασματικά, λοιπόν, η ενδοοικογενειακή βία οδηγεί σε ψυχολογική δυσφορία και οικογενειακή δυσλειτουργία των ενηλίκων που τη βίωσαν στα παιδικά τους χρόνια.

Η Αλλαγή Περιβάλλοντος, οι Πανελλήνιες και ο Σχολικός εκφοβισμός στιγματίζουν τον ψυχισμό των ενηλίκων που τα βίωσαν στα νιάτα τους. Και το διαζύγιο των γονιών το κουβαλάμε στην ενήλικη ζωή μας με χαλάρωση των Οικογενειακών Σχέσεων.



## **9. Διασύνδεση με την προαγωγή της Ψυχικής Υγείας και τη Σχολική Αγωγή και την Ειδική Εκπαίδευση**

Τα ευρήματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε πρέπει να αξιοποιηθούν πρακτικά από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Σχολική αγωγή για προαγωγή της Ψυχικής Υγείας και της Συμπεριληπτικής Εκπαίδευσης. Έτσι, η έρευνα μας θα αποκτήσει ουσιαστικό ενδιαφέρον.

### **9.1. Διασύνδεση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Στο Νόμο 4486/2017- Μέρος Α' «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» (ΦΕΚ 115, Τεύχος Πρώτο, 7 Αυγούστου 2017), αναφέρονται μεταξύ άλλων τα παρακάτω που σχετίζονται με την έρευνα μας για το παιδικό τραύμα αλλά και το ρόλο των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των κοινωνικών λειτουργών.

*«Άρθρο 1, Γενικές αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας*

*Υγείας*

1. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του.

2. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. περιλαμβάνουν:

α) τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα,

.....θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας,

*ι) την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων,*

*ιβ) τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,*

#### *Άρθρο 2, Ορισμοί*

*Για τις ανάγκες του παρόντος νόμου ισχύουν οι εξής ορισμοί:*

*1. **Ομάδα Υγείας:** Η ομάδα που αποτελείται από ιατρούς ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, **κοινωνικό λειτουργό** και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο. Ως Ομάδα Υγείας θεωρείται και η «**Τοπική Ομάδα Υγείας**» που συγκροτείται, σύμφωνα με το άρθρο 106 του ν. 4461/2017 (Α' 38).*

*.....3. **Τοπική Μονάδα Υγείας:** δημόσια μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και λειτουργεί στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ. και στε- λεχώνεται από μία (1) Ομάδα Υγείας της περίπτωσης 1.*

#### *Άρθρο 5*

##### ***Τοπικές Μονάδες Υγείας***

*1. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας με απόφαση του Υπουργού Υγείας ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.. Οι Το.Μ.Υ. στελεχώνονται από μία Ομάδα Υγείας.*

*2. Οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο*

πληθυσμό ευθύνης και έχουν σκοπό:

- α) την προαγωγή και αγωγή της υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν,
- β) την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης.
- .....στ) την προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών,
- η) τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες,
- ι) την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και αντίστοιχα την αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων,

Άρθρο 7

### **Ομάδα Υγείας**

.....4. Τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας της Ομάδας Υγείας, αναλύονται ως εξής:

.....ε) Στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει ιδίως:

- αα) να συμβάλει στη βελτίωση των συνθηκών και του τρόπου ζωής για την άρση των ανισοτήτων στην υγεία,
- ββ) να προσφέρει υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και τη διαχείριση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρώπινων αναγκών,
- γγ) να εκτιμά, καταγράφει και παρεμβαίνει στους βιο ψυχοκοινωνικούς παράγοντες της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού ευθύνης,

δδ) να συμβάλει στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων αγωγής και προαγωγής υγείας, εε) να σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα παιδικής προστασίας, προστασίας υπερηλίκων, αναπήρων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων,

.....στ) να φροντίζει για τη διασύνδεση των δομών και των φορέων μεταξύ τους με σκοπό τη διευκόλυνση της κινητικότητας των ληπτών υπηρεσιών υγείας στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

.....7. Η Ομάδα Υγείας συμμετέχει στην εκπαίδευση σπουδαστών και φοιτητών, επιστημών και επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο της βασικής τους εκπαίδευσης, όπως αρμοδίως ορίζεται και στη δια βίου εκπαίδευση

## Άρθρο 9

### **Κέντρα Ειδικής Φροντίδας**

1. Σε κάθε Δ.Υ.Πε. μπορούν να ιδρύονται και να λειτουργούν, ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, Κέντρα Ειδικής Φροντίδας (Κ.Ε.Φ.). Στα Κ.Ε.Φ. παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής και αποκατάστασης σε πληθυσμό ευθύνης ενός ή περισσοτέρων Το.Π.Φ.Υ.. Τα Κ.Ε.Φ. είναι ιδίως οδοντοπροσθετικά και παιδοδοντιατρικά κέντρα, κέντρα φυσικοθεραπείας και κέντρα ειδικής αγωγής. Η ίδρυση και λειτουργία των Κ.Ε.Φ πραγματοποιείται ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ. και απόφαση του Υπουργού Υγείας»

Από τα παραπάνω αποσπάσματα του Νόμου για την Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) προκύπτει αρχικά πως η ΠΦΥ μεταξύ άλλων με την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Είναι κατά συνέπεια συστατικό στοιχείο της ΠΦΥ η ενασχόληση με προβλήματα ψυχικής υγείας όπως είναι η μελέτη της επίδρασης βιωμένου παιδικού τραύματος στη ζωή των ενηλίκων που το βίωσαν, η επισήμανση και ανάδυση των επιπτώσεων του παιδικού τραύματος στην ψυχική υγεία και στη λειτουργία της οικογένειας στην ενήλικη ζωή και η υιοθέτηση μέτρων για πρόληψη και παροχή σχετικής φροντίδας, με τα οποία ασχοληθήκαμε στη διατριβή μας μέχρι τώρα.

**Η Τοπική Μονάδα Υγείας (ΤΟΜΥ)**, είναι η δημόσια μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που αποτελεί το εισαγωγικό επίπεδο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και λειτουργεί στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής και οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ. Ασχολείται μεταξύ άλλων με την ατομική και οικογενειακή φροντίδα της ψυχικής υγείας του εγγεγραμμένου πληθυσμού ευθύνης, την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης, τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Στελεχώνεται από γιατρούς, επισκέπτες υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς που προσφέρουν τις παραπάνω υπηρεσίες υποστήριξης, διάγνωσης και παραπομπής για θέματα ψυχικής υγείας Στο πλαίσιο της εκπλήρωσης του έργου τους οι επιστημονες-

επαγγελματίες υγείας του TOMY, οφείλουν να οργανώνουν σεμινάρια και προγράμματα κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα, ομάδες και οικογένειες, συμμετέχουν θεσμικά σε εκπαίδευση φοιτητών και να διασυνδέονται συστηματικά με άλλες μονάδες κοινωνικής υποστήριξης, όπως δημοτικοί κοινωνικοί οργανισμοί, κέντρα κακοποιημένων γυναικών (<http://www.kakopoihsh.wordpress.com/>) , Κοινωνική Μέριμνα ή η Μέριμνα και κέντρα υποδοχής προσφύγων. Έτσι, τα επιστημονικά στελέχη των TOMY πρέπει να είναι επαρκώς καταρτισμένα προπτυχιακά και μεταπτυχιακά για να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του έργου τους που εν προκειμένω αποτελεί λειτούργημα.

Αξίζει να σημειωθεί, επίσης πως μονάδες ΠΦΥ, αποτελούν και τα Κέντρα Ειδικής Φροντίδας, με εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής.

Από τα μέχρι τώρα ευρήματα της εργασίας μας διαπιστώσαμε πως σχετικά με την επίδραση του βιωμένου παιδικού τραύματος στην ζωή υγιών ενηλίκων:

- Οι υγιείς ενήλικες που βίωσαν παιδικό τραύμα έχουν αυξημένη ψυχοπαθολογία και επιθετικότητα σε σχέση με ενήλικες που δε βίωσαν παιδικό τραύμα.
- Τα παιδικά τραύματα που αφήνουν το στίγμα τους στην ψυχοπαθολογία στην ενήλικη ζωή είναι οι καυγάδες στην οικογένεια και το bulliying, αυτά που κουβαλάμε με επιθετικότητα στην ενήλικη ζωή είναι η αλλαγή περιβάλλοντος (δουλειά, σχολείο, μετανάστευση), ενώ το διαζύγιο αφήνει τα χνάρια του στη συνοχή της οικογένειας.

Έτσι, στο πλαίσιο των νεοσύστατων δομών της ΠΦΥ, θα πρέπει να αξιοποιηθούν τα παραπάνω ευρήματα αλλά και άλλα σχετικά ευρήματα, προϊόν έρευνας, και προς τούτο προτείνουμε τα παρακάτω.

Αρχικά θα πρέπει να γίνει συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού των δομών της ΠΦΥ των για τη σημασία του παιδικού τραύματος στην ψυχική υγεία των ενηλίκων που το βίωσαν.

- Ενίσχυση της συμβουλευτικής σε ομάδες
- Ενίσχυση του ρόλου των ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών στις δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης
- Ένταξη του μαθήματος «κοινωνική ψυχιατρική» στις Ιατρικές Σχολές , σχολές ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας
- Συνεργασία δομών ΠΦΥ με σχολεία όλων των βαθμίδων και Τμήματα Ιατρικής, ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας.
- Ένταξη προγραμμάτων υποχρεωτικών σεμιναρίων για ενημέρωση γονέων και κηδεμόνων στις δομές ΠΦΥ και στις κοινωνικές δομές δήμων.
- Δημιουργία γραφείου κοινωνικής υποστήριξης σε όλα τα Κέντρα Υγείας και στις νεοσύστατες μονάδες ΤΟΜΥ και λειτουργία τηλεφωνικής γραμμής υποστήριξης για παιδιά θύματα καυγάδων στο σπίτι. .

Οι κοινωνικοί λειτουργοί και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αξιοποιήσουν πρακτικά τα ευρήματα της προηγηθείσας έρευνας και να τα διασυνδέσουν με την ΠΦΥ και τη σχολική αγωγή. Υπενθυμίζουμε πως στο πλαίσιο του επιστημονικού του έργου, ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει ιδίως:

- να προσφέρει υπηρεσίες που έχουν σκοπό την πρόληψη και τη διαχείριση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και την κάλυψη ανθρώπινων αναγκών,
- να εκτιμά, καταγράφει και παρεμβαίνει στους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού ευθύνης,
- να συμβάλει στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων

αγωγής και προαγωγής υγείας,

- να σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα παιδικής προστασίας
- να φροντίζει για τη διασύνδεση των δομών και των φορέων μεταξύ τους με σκοπό τη διευκόλυνση της κινητικότητας των ληπτών υπηρεσιών υγείας στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Έτσι, μεθοδολογικά θα πρέπει:

- Στη λήψη του ιατρικού ιστορικού των προσερχομένων στις διάφορες δομές αν διαπιστωθεί με σχετική κλειστή ερώτηση πως έχει βιώσει παιδικό τραύμα θα έχουν αυξημένη ψυχοπαθολογία και επιθετικότητα,
- Θα πρέπει να υπάρχει συστηματική ενημέρωση όλων των προσερχομένων στις δομές ΠΦΥ ανεξαρτήτως του προβλήματος που αντιμετωπίζουν πως «οι καυγάδες την οικογένεια», και το bullying μας συνοδεύουν πάντα και πρέπει να εξαλείφονται. Προς τον σκοπό αυτό θα πρέπει να δημιουργηθεί στις δομές ΠΦΥ αλλά και στις κοινωνικές δομές των δήμων τηλεφωνική γραμμή βοήθειας για τους καυγάδες στην οικογένεια- ενδοοικογενειακή βία, αντίστοιχη με τη γραμμή «κακοποιημένων γυναικών» (Υπουργείο Εσωτερικών, Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων. Τηλεφωνική γραμμή SOS 15900, <http://womensos.gr/15900-24ori-tilefoniki-grammi/>). Επιπλέον θα πρέπει να ενημερώνονται γονείς και μεμονωμένα άτομα, είτε με εξειδικευμένα περιοδικά σεμινάρια, ημερίδες, ή φυλλάδια ή τηλεοπτικές εκπομπές πως οι πανελλήνιες και η σχολική αποτυχία αφήνουν το στίγμα τους στην υπόλοιπη ζωή μας κι ως εκ τούτου πρέπει να αντιμετωπίζονται κοινωνικοιατρικά και να απομυθοποιούνται.



- Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται στις δομές ΠΦΥ και στις άλλες κοινωνικές δομές δήμων και άλλων ανεξάρτητων φορέων για την υποδοχή και ενσωμάτωση νεοαφικνούμενων ατόμων. αφού η αλλαγή περιβάλλοντος αποτελεί τραυματική εμπειρία για τα παιδιά αλλά και τους γονείς. Στην κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να ενισχυθούν οι δομές υποδοχής μεταναστών με στόχο την ισότιμη αντιμετώπισή τους στις μονάδες ΠΦΥ και στις άλλες μονάδες και φορείς κοινωνικής φροντίδας και υποστήριξης.
- Σημαντική κατά τη γνώμη μας είναι η ανάπτυξη οριζόντιων κοινών δράσεων μεταξύ νοσοκομειακών και δημοτικών κοινωνικών δομών και σχολείων για το παιδικό τραύμα.
- Ενίσχυση του ρόλου των ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών στις νοσοκομειακές και δημοτικές δομές κοινωνικής φροντίδας με αύξηση οργανικών θέσεων αυξημένων προσόντων με μεταπτυχιακές σπουδές στην κοινωνική ψυχιατρική και κλινική κοινωνική εργασία και ψυχολογία.

Φυσικά, πέραν, όμως, της τυπικής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υπάρχουν και οι δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης Δήμων και άλλων φορέων που συνιστούν κατά τη γνώμη μας τη μη τυπική ΠΦΥ που είναι εξαιρετικά σημαντική για ευπαθείς κι ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες με προσφορά στην κοινωνία και την καθημερινότητά της.

## 9.2. Διασύνδεση με τη Σχολική Αγωγή

Αρχικά, επισημαίνεται πως τα παιδιά που έχουν βιώσει κάποιο παιδικό τραύμα εμπίπτουν στην ειδική εκπαίδευση, αφού στο Νόμο 3699/ 2008 για την «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» στο άρθρο 3, αναφέρεται:

*«Οι μαθητές με σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, παραβατική συμπεριφορά λόγω κακοποίησης, γονεϊκής παραμέλησης και εγκατάλειψης ή λόγω ενδοοικογενειακής βίας, ανήκουν στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες».*

Τα παιδιά είναι η πιο ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα, την οποία και τα ψυχικά τραύματα επιβαρύνουν περισσότερο. Το σπίτι, οι παρέες και το σχολείο αποτελούν τους χώρους όπου τα παιδιά- έφηβοι εκδηλώνουν τις συνέπειες του τραύματος, είτε το βιώνουν, συχνά για πρώτη φορά. Η συνειδητοποίηση από μέρους των επαγγελματιών υγείας και των εκπαιδευτικών του εύρους, της σοβαρότητας των επιπτώσεων του παιδικού τραύματος στην ενήλικη ζωή θα βοηθήσει στην εισαγωγή πρακτικών και την εφαρμογή παρεμβάσεων με σκοπό την εκπαίδευση των παιδιών στα δικαιώματά τους και την αποσόβηση μελλοντικών κρίσεων. Με τον τρόπο αυτό τα παιδιά θα μπορέσουν να αναπτύξουν προοδευτικά τις απαιτούμενες κοινωνικές δεξιότητες και τη συναισθηματική νοημοσύνη, ώστε να μπορούν να προστατευτούν από το κοινωνικό φαινόμενο της βίας, αλλά και να απέχουν από οποιαδήποτε μορφή βίας μην χρησιμοποιούν καμία μορφή βίας σε κάθε είδους σχέση.

Οι Capsi et al. (2002) αναφέρουν πως παιδιά που υπέστησαν κακές συμπεριφορές υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εκδηλώσουν επιθετικότητα στην ενήλικη ζωή τους. Επειδή τα παιδιά «γνωρίζονται» με τις κακές συμπεριφορές στο σχολείο πρέπει αφού

μελετηθούν οι επιπτώσεις των σχολικών τραυμάτων στην ενήλικη ζωή αυτών που τα βίωσαν, να βρεθεί τρόπος να αξιοποιηθεί η σχετική γνώση από την Γενική και Ειδική Εκπαίδευση, ώστε να μειωθούν οι συνέπειες του σχολικού τραύματος στην μετέπειτα ζωή συμβάλλοντας έτσι στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των μαθητών, των εκπαιδευτικών και των οικογενειών τους.

Είναι γεγονός πως εργασίες για το παιδικό τραύμα και τις επιπτώσεις του στην ενήλικη ζωή υπάρχουν ελάχιστες (Dragioti et al, 2012). Ωστόσο, δεν υπάρχουν, καθ' όσον γνωρίζουμε εργασίες σχετικές που να μελετούν εξειδικευμένα τις επιπτώσεις του βιωμένου παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία, την επιθετικότητα και το οικογενειακό περιβάλλον στην ενήλικη ζωή. Έτσι, θεωρώντας ως τα πλέον σοβαρά παιδικά τραύματα τα: Ασθένεια γονιών, Απώλεια γονιών, Απώλεια αγαπημένου προσώπου- συγγενικού προσώπου, Διαζύγιο γονέων, Αλλαγή περιβάλλοντος, Κανγάδες στην οικογένεια, Ασθένεια ιδίου, Αποχωρισμός από αγαπημένου- τσακωμοί με φίλους, Πανελλήνιες, Σχολικά, Αγχωτικό γεγονός- άγχος, προσπαθήσαμε στην παρούσα εργασία, να διερευνήσουμε, μέχρι τώρα, τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία, την εχθρότητα και τη λειτουργία της οικογένειας των ενηλίκων που βίωσαν τέτοιο τραύμα. Από τα ευρήματα της εργασίας προέκυψε πως το παιδικό τραύμα επηρεάζει ιδιαίτερα την ψυχοπαθολογία και λιγότερο το οικογενειακό περιβάλλον των ενηλίκων ατόμων που το βίωσαν. . Ιδιαίτερα, μάλιστα, φαίνεται πως οι Ενήλικες με Βιωμένο Παιδικό Τραύμα (ΕΒΠΤ) έχουν μεγαλύτερες τιμές ψυχοπαθολογίας και εχθρότητας από τους Ενήλικες Χωρίς Παιδικό Τραύμα (ΕΧΠΤ) κι αυτό όποια κι αν είναι η κοινωνικοδημογραφική τους κατάσταση (φύλο, διαμονή, οικογενειακή κατάσταση, κλπ). Διαπιστώθηκε, επίσης, πως από τους διάφορους τύπους σχολικού τραύματος, πως το πιο σημαντικό βιωμένο παιδικό τραύμα που επηρεάζει την ψυχοπαθολογία,

την επιθετικότητα και τη λειτουργία της οικογένειας στην ενήλικη ζωή είναι «οι καυγάδες στην οικογένεια». Τα σχετικά με την με την σχολική περίοδο της ζωής παιδικά τραύματα δηλαδή «ο σχολικός εκφοβισμός» και οι «Πανελλήνιες» επηρεάζουν περισσότερο την εχθρότητα, ενώ το διαζύγιο των γονιών επηρεάζει τη συνοχή της οικογένειας των ατόμων που το βίωσαν.

Ένας σημαντικός στόχος της παρούσας εργασίας μας είναι τα ευρήματα της να αξιοποιηθούν από την σχολική αγωγή για τη δημιουργία ενός πιο συμπεριληπτικού σχολείου. Πιο συγκεκριμένα, αφού οι κύριοι πυλώνες της συμπεριληπτικής εκπαίδευσης είναι (Αγγελίδης & Αβραμίδου, 2011) οι μαθητές, οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την μέχρι τώρα ανάλυση της ψυχοπαθολογίας, της επιθετικότητας και του οικογενειακού περιβάλλοντος ατόμων που βίωσαν παιδικό τραύμα πρέπει να χρησιμοποιηθούν στη γενική και ειδική εκπαίδευση ώστε να μειώνονται οι παρενέργειες των καυγάδων στο σπίτι, να προλαμβάνεται η ένταση του σχολικού εκφοβισμού, να μετριάζεται η έμφαση της σχολικής αποτυχίας από εκπαιδευτικούς και γονείς, να ενδυναμώνονται οι διαδικασίες υποδοχής, ενσωμάτωσης και προστασίας μαθητών που έρχονται από άλλα σχολεία ή άλλες χώρες (πρόσφυγες) και φυσικά να ελαχιστοποιηθεί όσο γίνεται το άγχος των πανελληνίων εξετάσεων.

Κατά τη γνώμη μας μέτρα που μπορεί να δράσουν προς τις παραπάνω κατευθύνσεις είναι:

- Σχετικές ενημερωτικές δράσεις αρχικά για όλους τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς (ημερίδες, φυλλάδια).
- Προσπάθεια για δημιουργία ίσων συνθηκών για όλα τα παιδιά της σχολικής κοινότητας και κυρίως προσπάθεια να αναπτυχθούν συνθήκες ασφάλειας για τα παιδιά που έχουν υποστεί ψυχικό τραύμα

με ιδιαίτερη έμφαση στην ένταξη παιδιών που προέρχονται από αλλαγή περιβάλλοντος .

- Διδασκαλίες σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης που φέρνουν τα απομονωμένα παιδιά (όπως είναι τα παιδιά που έχουν τραυματισθεί ψυχικά ή τα παιδιά από άλλα σχολεία ή τα παιδιά μετανατών) πιο κοντά στα άλλα παιδιά και γενικά δράσεις που θα έχουν στόχο την άμβλυση των συνεπειών του τραύματος και την τόνωση της αυτοπεποίθησης των παιδιών, της αυτογνωσία των γονιών και τη γνώση των εκπαιδευτικών.
- Διασύνδεση της σχολικής κοινότητας με τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) για προγράμματα ενημέρωσης από γιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς για τις παρενέργειες του παιδικού τραύματος στην ενήλικη ζωή.

Τα παραπάνω, ίσως βοηθήσουν στον περιορισμό των συνεπειών του φαινομένου του ψυχικού τραύματος κατά τη σχολική ηλικία και συμβάλλουν στην υγιή ανάπτυξη των μελλοντικών ενηλίκων.

Μια σημαντική κατά τη γνώμη μας δράση που μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά με τις παραπάνω είναι η ανάδειξη και αξιοποίηση του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στην Γενική και Ειδική Εκπαίδευση για πρόληψη των επιπτώσεων του παιδικού τραύματος.

Η Καλλιδικάκη (1998) μιλώντας για τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού δίνει ένα γενικό ορισμό: « Η κοινωνική εργασία είναι μία υπηρεσία η οποία παρέχεται από έναν άνθρωπο, τον κοινωνικό λειτουργό, προς ένα ή περισσότερα άτομα προκειμένου να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά τις δυσκολίες που συναντούν στα πλαίσια της

ατομικής ή της συλλογικής τους ζωής». Θεωρούμε, συνεπώς, σημαντική την εισαγωγή των Κοινωνικών Λειτουργών στον τομέα της γενικής εκπαίδευσης (και όχι μόνο της ειδικής αγωγής) με σκοπό να εκπαιδευτούν τα παιδιά στα δικαιώματά τους, αλλά και να αναπτύξουν τις απαιτούμενες κοινωνικές δεξιότητες και τη συναισθηματική νοημοσύνη, ώστε να μπορεί να προστατευτούν από το κοινωνικό φαινόμενο της βίας, αλλά και να μην χρησιμοποιούν καμία μορφή βίας στις ανθρώπινες, διαπροσωπικές και επικοινωνιακές τους σχέσεις. Με τον τρόπο αυτό δύναται να προληφθεί το ψυχικό τραύμα ως αποτέλεσμα άσκησης βίας, καθώς και η αποφυγή πράξεων βίας από τα παιδιά. Συνεπώς, απαραίτητη είναι η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και συναισθηματικής νοημοσύνης στο χώρο του σχολείου, μέσα από ολοκληρωμένα και εξειδικευμένα προγράμματα πρόληψης της βίας. Κοινωνικές δεξιότητες, ονομάζονται οι διακριτές, μαθημένες συμπεριφορές που επιδεικνύει ένα άτομο για να επιτύχει ένα στόχο. Συγκεκριμένα, τα παιδιά πρέπει να μάθουν: α. ένα εύρος κοινωνικών δεξιοτήτων απαραίτητων για την αλληλεπίδραση με τους άλλους και β. να μάθουν να σχετίζονται σε ένα εύρος κοινωνικών καταστάσεων με τρόπο αποδεκτό από τους άλλους. Στο πλαίσιο, μάλιστα, γενικότερα της προαγωγής της Ψυχικής Υγείας πρέπει αρχικά να αναπτυχθούν Προγράμματα από το Υπουργείο Παιδείας ώστε οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι κοινωνιολόγοι, οι ψυχολόγοι, οι παιδαγωγοί, οι ψυχοθεραπευτές και οι υπόλοιποι επιστήμονες υγείας και κοινωνικοί επιστήμονες που υπηρετούν σε σχολεία Γενικής, Ειδικής Παιδείας και στα ΚΕΔΔΥ, να κατανοήσουν τις δομές και τις πρακτικές της παιδικής προστασίας, τα συναισθήματα ενοχής, απογοήτευσης, επιθετικότητας και ντροπής που νιώθουν τα παιδιά είτε λόγω ενδοοικογενειακής βίας, σχολικής βίας, πανελληνίων ή/και αλλαγής περιβάλλοντος την ανάγκη τους να μιλήσουν για αυτά αλλά παράλληλα και τη

δυσκολία τους να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό, εθελοντή ή οργάνωση (Χατζηφωτίου, 2005).

Σε όλη αυτή την προσπάθεια θα ήταν χρήσιμο, κατά τη γνώμη μας, να προταθεί να ενταχθεί τα μαθήματα Συμπεριληπτική Εκπαίδευση και Κοινωνική Ψυχιατρική στα προγράμματα σπουδών Κοινωνικής Εργασίας, Παιδαγωγικών Τμημάτων και Ψυχολογίας. Και να καθιερωθεί η δυνατότητα πρακτικής άσκησης φοιτητών και μεταπτυχιακών φοιτητών Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας και Ψυχολογίας στα γενικά και ειδικά σχολεία, με αντικείμενο τη συμβουλευτική και εργασία σε ομάδες και οικογένεια.

## **10. Συμπεράσματα**

Σε δείγμα 1437 ενηλίκων ατόμων (408 άνδρες και 1029 γυναίκες) με διάφορα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά μελετήθηκαν αρχικά οι επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία, στην επιθετικότητα και στο οικογενειακό περιβάλλον στην ενήλικη ζωή τους και διαπιστώθηκαν τα παρακάτω..

Εξ αυτών παιδικό τραύμα βίωσαν 758 άτομα (61,3%). Από αυτούς που περιέγραψαν τον τύπο του παιδικού τραύματος τα πιο σημαντικά ήταν Το 61,3 % του δείγματος είχε βιώσει παιδικό τραύμα εκ των οποίων τα πιο σημαντικά από άποψη συχνότητας ήταν Ασθένεια γονιών 8%, Απώλεια Γονέων 98,5%, , Απώλεια Αγαπημένου Προσώπου- Συγγενικού Προσώπου 38%, Ενδοοικογενειακή Βία- Καυγάδες στην Οικογένεια 6%, Διαζύγιο Γονέων 5,5 %, Αλλαγή Περιβάλλοντος, 11,5% Ασθένεια Ιδίου 3,5%, Αποχωρισμός από Αγαπημένους- Τσακωμοί με Φίλους 7,5%, Πανελλήνιες 6% και Σχολικά 5%,

Αρχικά, στο σύνολο του δείγματος διαπιστώθηκε ότι:

- η ύπαρξη ή μη παιδικού τραύματος επηρεάζεται από το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική κατάσταση, την επίσκεψη ή όχι σε ψυχολόγο, καθώς από την λήψης ή όχι φαρμάκων.
- το Παιδικό Τραύμα επηρεάζει κυρίως την ψυχοπαθολογία και την εχθρότητα των ενηλίκων που το βίωσαν που εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορία από τα άτομα που δεν βίωσαν παιδικό τραύμα και από τον υπόλοιπο ελληνικό πληθυσμό και βιώνουν θυμό, ενοχές, θλίψη και εχθρότητα προς τους άλλους και τον εαυτό τους. Όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον δεν εντοπίστηκαν ιδιαίτερες δυσλειτουργίες στις οικογένειες των ενηλίκων που βίωσαν σχολικό τραύμα, με εξαίρεση τις Συγκρούσεις που ήταν περισσότερες ανάμεσα στα μέλη των οικογενειών που βίωσαν παιδικό τραύμα.

Στη συνέχεια στα ενήλικα άτομα με βιωμένο σχολικό τραύμα διαπιστώθηκε ότι:

- όσο μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση βίωσαν στα νιάτα τους, τόσο μειώνονται οι οικογενειακές σχέσεις, και η ωρίμανση και ανάπτυξη της οικογένειας.
- Την ψυχοπαθολογία επηρεάζουν οι περισσότεροι δημογραφικοί παράγοντες, ωστόσο «ο τύπος Τραύματος» και η «λήψη φαρμάκων» επηρεάζουν το σύνολο των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας. Την εχθρότητα- επιθετικότητα επηρεάζουν κυρίως «το επίπεδο εκπαίδευσης», «ο τύπος παιδικού τραύματος» και «το φύλο». Έτσι, φαίνεται πως το παιδικό τραύμα δημιουργεί ψυχολογική δυσφορία στους ενήλικες που το βίωσαν.



- Όσον αφορά την οικογενειακή λειτουργία των ενηλίκων που βίωσαν παιδικό τραύμα, επηρεάζονται μόνον η Θρησκευτική Έμφαση από την οικογενειακή κατάσταση και ο Προσανατολισμός για Επιτεύγματα από τη διαμονή.
- Τέλος, όσον αφορά την επίδραση του τύπου παιδικού τραύματος στην ψυχοπαθολογία, εχθρότητα και το οικογενειακό περιβάλλον ενηλίκων που τα βίωσαν τα αποτελέσματα υπέδειξαν πως η ενδοοικογενειακή βία- καυγάδες στην οικογένεια οδηγεί σε ψυχολογική δυσφορία και οικογενειακή δυσλειτουργία, η Αλλαγή Περιβάλλοντος, οι Πανελλήνιες και ο Σχολικός εκφοβισμός στιγματίζουν τον ψυχισμό των ενηλίκων που τα βίωσαν στα νιάτα τους. Και ο διαζύγιο των γονιών το κουβαλάμε στην ενήλικη ζωή μας με χαλάρωση των οικογενειακών σχέσεων.

Τα παραπάνω ευρήματα αυτά προτείνονται να αξιοποιηθούν:

- Από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με συστηματική εκπαίδευση του προσωπικού των δομών της ΠΦΥ για τη σημασία του παιδικού τραύματος στην ψυχική υγεία των ενηλίκων που το βίωσαν, ενίσχυση της συμβουλευτικής σε ομάδες, ενίσχυση του ρόλου των ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών στις δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ένταξη του μαθήματος «κοινωνική ψυχιατρική» στις Ιατρικές Σχολές, σχολές ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας, συνεργασία δομών ΠΦΥ με σχολεία όλων των βαθμίδων και Τμήματα Ιατρικής, ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας, ένταξη προγραμμάτων υποχρεωτικών σεμιναρίων για ενημέρωση γονέων και κηδεμόνων στις δομές ΠΦΥ και στις κοινωνικές δομές δήμων και δημιουργία γραφείου κοινωνικής υποστήριξης σε όλα τα Κέντρα Υγείας και στις νεοσύστατες μονάδες TOMY και λειτουργία τηλεφωνικής γραμμής υποστήριξης για παιδιά θύματα καυγάδων στο σπίτι. .

- από την Σχολική Αγωγή με την ενίσχυση της συμπεριληπτικής εκπαίδευσης και την ανάπτυξη δράσεων από το σύνολο της εκπαιδευτικής κοινότητας (εκπαιδευτικό προσωπικό, οικογένειες, τοπική κοινωνία) που μειώνουν την ψυχολογική επιβάρυνση των νεοαφικνούμενων μαθητών από την αλλαγή περιβάλλοντος, με δημιουργία συνθηκών υποδοχής, προστασίας και ενσωμάτωσης των «νέων» με τους «παλιούς», ενισχύουν την αυτοπεποίθηση των μαθητών και τους θωρακίζουν από την ενδοοικογενειακή βία, τον σχολικό εκφοβισμό και τη σχολική αποτυχία και καλλιεργούν την απομυθοποίηση των πανελληνίων εξετάσεων κυρίως στις οικογένειες των μαθητών. Προτείνεται, τέλος, η ενίσχυση του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στο συμπεριληπτικό σχολείο.

Φυσικά, στα μειονεκτήματα της έρευνας συγκαταλέγεται το δείγμα της έρευνας το οποίο ήταν περιορισμένο, τουλάχιστον γεωγραφικά. Κατά συνέπεια, η έρευνα πρέπει να συνεχισθεί σε περισσότερες περιοχές και σε πιο πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα.

Ωστόσο, η εργασία μπορεί να θεωρηθεί χρήσιμο εργαλείο αφενός γιατί ασχολείται με ένα πρωτότυπο θέμα που είναι το παιδικό τραύμα και αξιοποιεί σύγχρονες στατιστικές τεχνικές για την εξαγωγή συμπερασμάτων και αφετέρου γιατί επιχειρεί να διασυνδέσει τα συμπεράσματα αυτά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την Σχολική Αγωγή.

## 11. Βιβλιογραφία

### *Ξενόγλωσση*

Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox, B. J., & Sareen, J., 2006. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1093- 1103.

Angelopoulos, N.V., Tzivaridou, D., Nikolaou, N. & Pavlidis, A.N., 1995. Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(1), 44-50.

Bal S1, De Bourdeaudhuij I, Crombez G, Van Oost P, 2004. Differences in trauma symptoms and family functioning in intra-and extrafamilial sexually abused adolescents. *J Interpers Violence*. 19(1):108-23.

Baraković D., Avdibegović E., Sinanović O., 2013. Depression, Anxiety and Somatization in Women with War Missing Family Members. *Mater Sociomed*. 25(3): 199–202, doi: 10.5455/msm.2013.25.199-202

Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., & Tice, D.M., 1994. *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.

Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H., 2004. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage : evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry* 185, 220–226

Billings, G. A. & Moos, H. R., 1983. Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: a socialenvironmental perspective 1. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11:463-486.

Brietzke E1, Kauer Sant'anna M, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, Mansur RB, Bressan RA., 2012. Impact of childhood stress on psychopathology. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012 Dec;34(4):480-8.

Caine, T. M., Foulds, G. A. & Hope, K., 1967. *Manual of hostility and direction of Hostility Questionnaire.* London: University of London Press.

Carlier I.V.E., Voerman B.E., & Gersons B.P.R., 2000. Intrusive traumatic recollections and comorbid posttraumatic stress disorder in depressed patients. *Psychosom Med*, 62, pp. 26-23.

Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R., 2002. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297: 851– 4.

Chu, D. A ., Williams, L. M., Anthony, W. F., Richard, A., Bryant, J., Gatt, M., 2013. Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: *Journal of Psychiatric Research* 47,23-32.

Chalk R, Gibbons A, Scarupa HJ., 2002. *The multiple dimensions of child abuse and neglect: New insights into an old problem.* Washington, DC, Child Trends.

Clark, A., 2003. Unemployment as a social norm: Psychological evidence from panel data. *Journal of Labor Economics*,21: 323-351.

Clark, A. & Oswald, A., 1994. Unhappiness and unemployment. *Economic Journal*,104: 648-659.

Clark, A. & Oswald, A., 2002. Well-being in panels. Mimeo.DELTA. CRNS. France.

Cole, P., & Putnam, F.W., 1992. "Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 174- 184.

Copeland, W., Keeler, G., Angold A., and Costello, E. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood, *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 577–584.

Cutajar M, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J, 2010. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. *Arch Gen Psychiatry*, 67:1114–1119.

Darity W. A., Goldsmith A. H., 1996. Social Psychology, Unemployment and Macroeconomics. *Journal of Economics and Perspectives*, 10 (1): 121-140.

De Bellis M, Thomas L., 2003. Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. *Curr Psychiatry Rep*, 5:108–117.

Derogatis, L. R., 1977. The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SL-90. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Derogatis LR, Savitz KL, 1999. The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory and Matching Clinical Rating Scales. In Maruish ME, *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. Philadelphia: Lawrence Erlbaum; pp 679-724.○

Dodge, K.A., 1991. *The Structure and Function of Reactive and Proactive Aggression. The Development and Treatment of Childhood Aggression*. New York, Erlbaum.

Dragioti E., Damigos D., Mavreas V., Gouva M., 2012. Effects of Childhood Trauma on Hostility, Family Environment and Narcissism of Adult Individuals. *International Journal of Caring Sciences*, 5(2): 137- 146.

Drosos AA, Angelopoulos NV, Liakos A, Moutsopoulos HM., 1989. Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J Autoimmun*, 2(4):489-93.

Dubowitz H, Papas MA, Black MM, Starr RH Jr., 2002. Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics*, 109:1100–1107

Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA.,2014. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harv Rev Psychiatry* 22: 149-161.

Economou, M., & Angelopoulos, N., 1989. Dysthymic symptoms, hostility and scholastic achievement in a group of high-school students. *Educational Psychology*, 9(4), 331-337.

Elkinton J., 1996. Medicine and the quality of life. *Ann Intern Med*, 64:711-714.

English DJ, Widom CS, Brandford C., 2004. Another look at the effects of child abuse. *NIJ Journal*, 251:23–24.

English DJ, Upadhyaya MP, Litrownik AJ, Marshall JM, Runyan DK, Graham JC, Dubowitz H., 2005. Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect* 2005, 29:597–619

Eth, S. & Pynoos, R. S., 1985. Posttraumatic stress disorder in children (Progress in Psychiatry Series). American Psychiatric Association.

Famularo, R., Kinscherff, R. and Fenton, T., 1992. Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*,31, pp. 863–867.

Felitti VJ. 2002. The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *Zeitschr Psychosomat Med Psychotherapie*, 48:359–369

Felitti, V. J. & Anda, R. F., 2010. *The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Healthcare: Lanius/Vermetten/Pain* . Cambridge University Press.

Fereti I. & Stavrianaki, M., 1997. The use of psysical punishment in the Greek family: Selected sociodemographic aspects. *Journal of Child and Family Welfare*, 2 (3), 206- 216.

Finkelhor, D., & Browne, A. (1984). “The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization.” *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.

Flaherty EG, Thompson R, Litrownik AJ, Theodore A, English DJ, Black MM, Wike T., Whimper L., Runyan D.K., Dubowitz H., 2006.. Effect of early childhood adversity on health. *Arch Pediatr Adolesc Med* , 160:1232–1238.

Flores S.M., Salum G.A., Manfro G.G., 2014. Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: The role of psychiatric comorbidity. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*36(3):147-151 .

Foa B. E., & Kozak J. M., 1986.Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information, *Psychological Bulletin*,99, (1),pp. 20-35.

Foster, A., 2014. *Traumatic Life Events and Symptoms of Anxiety: Moderating Effects of Adaptive Versus Maladaptive Coping Strategies*. Thesis, Department of Psychology East Tennessee State University.

Fraser MW, Terzian MA., 2005. Risk and resilience in child development: principles and strategies of practice. In: Mallon GP, Hess PM (eds) *Child welfare for*

the 21st century: A handbook of practices, policies, and programs. New York, NY, Columbia University Press, pp:55–71

Frazzetto, G., Di Lorenzo, G., Carola, V., Proietti, L., Sokolowska, E., Siracusano, A., Gross, C. & Troisi, A., 2007. Early trauma and increased risk for physical aggression during adulthood: the moderating role of MAOA genotype. *PLoS ONE*, 2: e486.

Friedman, L.S., Samet, J.H., Roberts, M.S., Hudlin, M., and Hans, P., 1992. Injury about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine*, 152, 1186-1190.

George, D., & Mallery, M., 2010. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.

Gilbert P., 1998. Some Core Issues and Controversies. In: Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.

Gilbert, P., 2000. The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 7, p. 174- 189.

Gilbert, P., Miles, J.N.V., 2000. Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29, p. 757- 774.

Hagh-Shenas, H., Goodarzi, M. Dehbozorgi G. and Farashbandi, H., 2005. Psychological consequences of the bam earthquake on professional and nonprofessional helpers, *Journal of Traumatic Stress*, 18, pp. 477–483.



Harris, W.W., Putnam, F. W. & Fairbank, J. A. 2004. “Mobilizing trauma resources for children”. Paper presented in part at the meeting of the Johnson and Johnson Pediatric Institute: Shaping the Future of Children’s Health, San Juan, Puerto Rico. February, 2004.

Heim C, Nemeroff CB, 2001. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Psychiatry* 49: 1023-1039.

Heim C., Mletzko T., Purshelle D., Musselman D. L., Nemeroff C. B., 2008. The dexamethasone/corticotropin-releasing factor test in men with major depression: role of childhood trauma. *Biol. Psychiatry* 63, 398–405.

Hexel M., Wiesnagrotzki S., & Sonneck, G., 2004. Psychiatric Disorders and Traumatic Life events. *German J Psychiatry*, 7, (3), pp.28-34.

Horwitz, W. A., & Kazak, A. E., 1990. Family adaptation to childhood cancer: Sibling and family system variables. *Journal of Clinical Child Psychology* , 19, 221–228.

Johnson, S. M. (1985). *Characterological transformation*. New York/London: W. W.Norton & Company.

Johnson, S. M. (1987). *Humanizing the narcissistic style*. New York/London: W. W. Norton & Company.

Johnson J.G., Smailes E.M., Cohen P., Brown J., Bernstein D.P.. 2000. Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community- based longitudinal study. *J Personal Disord*,14, pp. 171-187.

Johnson R, Rew L, Sternglanz RW., 2006. The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Adolescence*, 41:221–234.

Karkhanis DG, Winsler A., 2016. Somatization in children and adolescents: practical implications. *J Indian Assoc Child Adolesc Ment Health* 2016;12(1):79–115

Karl L. Alexander, Doris R. Entwisle and Susan L. Dauber, 1996. Children in Motion: School Transfers and Elementary School Performance. *Journal of Educational Research*, 90(1): 3-12.

Kelley BT, Thornberry TP, Smith CA., 1997. In the wake of childhood maltreatment. Washington, DC, National Institute of Justice.

Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, et al.,2000. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 57: 953-959.

Kidron, C. A. (2003). Surviving a distant past: A case study of the cultural construction of trauma descendant identity. *Ethos*, 31 (4), 513-544.

Kiliç, E. Z., Özgüven, H. D. & Sayil, I., 2003 The psychological effects of parental mental health on children experiencing disaster: The experience of Bolu Earthquake in Turkey. *Family Process*, 42 :485–495.

Kirmayer L.J., Narasiah L., Munoz M., Rashid M., Ryder A.G., Guzder J., Hassan G., Rousseau C., Pottie K., 2011. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*, 183(12): 959–967.

Kitta M., Gouva<sup>2</sup> M., Hadjigeorgiou G., Krommidas G., Bonotis K., 2016. Childhood Trauma and Adult Distress Symptoms Childhood Trauma and Adult Distress Symptoms. *Trauma Stress Disor Treat*, 5:3

Kovacks, M., 1997. *Chronic Depression in Childhood. Dysthymia and the Spectrum of Chronic Depressions*. New York: Guilford Press.

Kupisch, S., Rudolph, L., Weed, E., 1984. *The Impact of the Divorce Process in the Family*. New York, ERIC/CAPS.

LeDoux J., 1998. Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 44(12), pp. 1229-1238.

Lewis A., 1970. The ambiguous word “anxiety” *International Journal of Psychiatry*, 9:62–79. [PubMed].

Lyons- Ruth, K. (1991). “Rapprochement or approchement: Mahler’s theory reconsidered from the vantage point of recent research in early attachment relationship.” *Psychoanalytic Psychology*, 8, 123.

Lyketsos GC, Blackburn IM, Tsiantis J., 1978. The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol Med*, 8(1): 145-9.

Martins, C. M., Tofoli, S. M., Von Werne Baes, C & Juruena, M., 2011. Analysis of the occurrence in early life stress in adult psychiatric patients, a systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 4, (2), 219- 227.

Matthews – Simonton S., 1984. *The Healing Family*. Toronto: The Bantam Books.

Mc Dougall, J., 1982 Alexythymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90.

McFarlane, A.C. (1988). "Recent life events and psychiatric disorder in children: The interaction with preceding extreme adversity." *Journal of Clinical Psychiatry*, 29 (5).

McPherson FM, 1988. A note on the female norms of the HDHQ. *Br J Clin Psychol.* ( Pt 3):263-4.

Moos, R., 1990. Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: resolving the case of the Family Environment Scale. *Family Process*, 29: 199-208.

Moos, R. and Moos, B., 1986. *Family Environment Scale - Manual* (2nd ed). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Moroz K.J., 2005. *The Effects of Psychological Trauma on Children and Adolescents*, Report Prepared for the Vermont Agency of Human Services Department of Health Division of Mental Health Child, Adolescent and Family Unit. 41pp.

Mullen P, Martin J, Anderson S, Romans S, Herbison G., 1996. The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl*, 20:7-21.

O'Dougherty-Wright, M., Crawford, E., Del Castillo D., 2009. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect* 33, 59-68.

Ogburn KM, Sanches M, Williamson DE, Caetano SC, Olvera RL, Pliszka S, Hatch JP, Soares JC, 2010. Family environment and pediatric major depressive disorder. *Psychopathology*. 2010;43:312-8.

Ogle, C. M., Rubin, D. C., Siegler I. C., 2013. *The Impact of the Developmental*

Timing of Trauma Exposure on PTSD Symptoms and Psychosocial Functioning Among Older Adults. *Dev Psychol.*49(11), 2191-200.

Olweus, D., (1994). *Bullying at School: Basic Facts and Effects of a School Based Intervention Program.* *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 35(7):1171-90.

Owens, T., Stryker, S., & Goodman, N. 2001. *Extending self-esteem theory and research: sociological and psychological currents.* New York, NY: Cambridge University Press.

Pelcovitz D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J. and Guarrera, J., 1994. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 33, pp. 305–312.

Perry, B. D., 1997. “Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the cycle of violence.” In Osofsky, J. (Ed.) (1997). *Children, youth and violence: The search for solutions.* New York: The Guilford Press, pp. 124- 148.

Perry, B. D., 1999. “The memories of states.” In Goodwin, J. & Attias, R. (Eds.) (1999). *Splintered reflections: Images of the body in trauma.* New York: Basic Books, pp. 938. 37

Perry, B. D., 2001. “The neurodevelopmental impact of violence in childhood.” In Schetky, D. & Benedek, E. (Eds.). (2001). *Textbook of child and adolescent forensicpsychiatry.* Washington, D. C.: American Psychiatric Press, Inc. (pp. 221-238).

Peterman F. & Bode U., 1986. Five coping styles in families of children with cancer: A retrospective study in thirty families. *Pediatric Hematology/ Oncology,* 3: 299-309.

Prevent Child Abuse New York, 2003. *The costs of child abuse and the urgent need for prevention.* Retrieved April 27, 2006, from <http://pca-ny.org/pdf/cancost.pdf>.

Putnam, F. W. (1988). The switch process in multiple personality disorder. *Dissociation*, 1, 24- 32.

Pynoos, R. S. (Ed.), 1994. *Post Traumatic Stress Disorder: A Clinical Review*. Towson, Maryland: The Sidran Press.

Roelofs K., Spinhoven Ph., Sandijck P., Moene F.C., Hoogduin K.L.A., 2005. The Impact of Early Trauma and Recent Life-Events on Symptom Severity in Patients With Conversion Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (8): 508-514.

Roy, A., 1999. Childhood trauma and depression in alcoholics: relationship to hostility. *Journal of Affective Disorders*, 56:215-218.

Roy, A., 2001. Childhood trauma and hostility as an adult: relevance to suicidal behaviour. *Psychiatry Research*, 102: 97-101. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ,, 2007. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 64: 49-56.

Salomons, T. V., Osterman, J. E., Gagliese, L., & Katz, J., 2004. Pain flashbacks in Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Journal of Pain*, 20, pp. 83–87.

Scaer, R. B., 2001. *The body bears the burden: Trauma, dissociation & disease* Binghamton, New York: The Haworth Press, Inc.

Servan- Schreiber A , Kolb N.R., Tabas G., 2000. Somatizing Patients: Part I. Practical Diagnosis. *Am Fam Physician*, 61(4):1073-1078.

Servan- Schreiber A , Tabas G., Kolb N.R., 2000. Somatizing patients: part II. Practical management. *Am Fam Physician*, 61(5):1423-8, 1431-2. Review.

Sifneos, P. E., 1986. The Schalling-Sifneos Personality Scale Revised. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(3), 161-165.

Skygger, R., 1987. *Exploration with Families: Group Analysis and Family Therapy*. London: Tavistock/Routledge

Smith, J.A., 1994. Reconstructing selves: An analysis of discrepancies between women's contemporaneous and retrospective accounts of the transition to motherhood. *British Journal of Psychology*, 85, 371-392.

Spector, P. E., 1992. Summated rating scale construction: An Introduction, in *Quantitative Applications in the Social Sciences*, p.34, Sage, Beverly Hills CA.

Spielberger C.D., 1972. *Anxiety. Current Trends in Theory and Research: vol 1*. New York, NY, Academic Press

Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M., 2007. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* , 31:517–530.

Stein, N., 2001. Introduction—What a Difference a Discipline Makes. *Bullying Research and Future Directions. Journal of Emotional Abuse*, 2 (2-3): 1-5.

Stehlik-Barry K., Babinec A., 2017. *Data Analysis with IBM SPSS Statistics. Master data management & analysis techniques with IBM SPSS Statistics 24*. Packt Publishing,U.S.A., 446 pages

Sullivan M.and Katon W., 1993. Somatization The Path Between Distress and Somatic Symptoms, , *APS Journal* 2 (3): 141-149.

Tandon R., Gaebel W., Barch D.M., Bustillo J., Gur R.E., Heckers S., Malaspina D., Owen M.J., Schultz S., Tsuang M., Van Os J., Carpenter W., 2013. Definition and Description of Schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* 150 (1), 3-10.

Tangney JP, Dearing R. 2002. *Shame and Guilt*. New York: Guilford

Taylor S., 2003, Anxiety sensitivity and its implications for understanding and treating PTSD. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17, pp. 179–186.

Terr, L. (1992). *Too scared to cry: Psychic trauma in Childhood*. New York: Basic Books.

Terr, L., 1998. What Happens to Early Memories of Trauma? A Study of Twenty Children Under Age Five at the Time of Documented Traumatic Events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27, (1), pp. 96-104.

Uruk, A. C., Sayger, T. V. & Cogdal, P. A., 2007. Examining the influence of family cohesion and adaptability on trauma symptoms and psychological well-being. *Journal of College Student Psychotherapy*, 22: 51 – 63.

van der Kolk, B., 1987. *Psychological Trauma*. Washington: American Psychiatric Press.

van der Kolk, B. A., 1996. The complexity of adaptation to trauma” In van der Kolk, B.A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.)(1996) *Traumatic stress*. New York: The Guilford Press.

van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., & Mandel, F., 1993. *Complex PTSD: Results of the PTSD field trials for DSMIV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., MacFarlane, A., Herman, J.L.(1996). “Dissociation, affect regulation and somatization: The complex nature of adaptation t trauma.” *American Journal of Psychiatry*, 153 (Supplement), 8393.

van der Kolk, B., 2003. The neurobiology of childhood trauma and abuse, *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 12, pp. 293-317.



Vökl-Kernstock S, Huemer J, Jandl-Jager E, Abensberg-Traun M, Marecek S, et al., 2016. Experiences of Domestic and School Violence Among Child and Adolescent Psychiatric Outpatients. *Child Psychiatry Hum Dev* 1-5.

Widom CS, DuMont K, Czaja SJ., 2007. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 64: 49-56.

WHO, 1986. Young people's health – a challenge for society Report of a Study Group on Young People and Health for All by the Year 2000, Technical Report Series, No 731. Geneva: World Health Organization.

Zavaschi MLS, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DWS, Homem de Carvalho R et al., 2006 *Rev Bras Psiquiatr*, 28:184–190.

### ***Ελληνική***

Αγγελίδης, Π., & Αβρααμίδου, Λ., 2011. Ανάπτυξη συμπεριληπτικής εκπαίδευσης μέσα από άτυπα περιβάλλοντα μάθησης. Στο: Π. Αγγελίδης, (Επιμ.). *Παιδαγωγικές της συμπερίληψης*. Αθήνα: Διάδραση.

Αγγελόπουλος, Ν., 1984. Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol. 21, p. 118-123.

Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν., 1987. Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol. 24, p. 16-20.

Αλεξόπουλος, Δ., 2011. *Ψυχομετρία*. Αθήνα: Πεδίο.

Ανδριώτης Ν.Ρ., 2001. *Ετυμολογικό λεξικό της κοινής νεοελληνικής*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών, Ίδρυμα Μανόλη Τριανταφυλλίδη, 3<sup>η</sup> Έκδοση, 440 σελ.

Αντωνοπούλου Ζ., 2015. Παιδικό Τραύμα και επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή κατά την ενήλικη ζωή: Μελέτη σε δείγμα φοιτητικού πληθυσμού. Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα, 201 σελ.

Αρτινοπούλου, Β., Μαγγανάς, Α., 1996. Θυματολογία και Όψεις Θυματοποίησης. Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.

Βελίκης, Ι., Αναγνωστοπούλου, Τ., Μαστοράκου, Α., Τριλίβα, Σ., Γκούβα Μ., 2009. Σχέση Παιδικής Κακοποίησης και Παραμέλησης με Αλεξιθυμία και Προβλήματα Υγείας σε Φοιτητές Πανεπιστημίου. *Νοσηλευτική*, 48(3), 325– 331.

Βιτωράτου, Σ., 2004. Τυποποίηση και Ανάλυση Ψυχομετρικών Χαρακτηριστικών Εφέδρων Οπλιτών. Διπλωματική Εργασία, Διατμηματικό ΠΜΣ, Βιοιατρική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών- Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων- Τμήμα Μαθηματικό, 188 σελ.

Γεωργίου, Ν., 2009. Ενήλικες, Θύματα Παιδικής Κακοποίησης. *Περιοδικό Prevention*, Τεύχος 68, σ. 39.

Γιαγλής Γ., 2014. Στοιχεία ψυχομετρίας, Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, σελ. 13, [http://promesi.med.auth.gr/mathimata/girlis\\_psychometria\\_08\\_04\\_2014.pdf](http://promesi.med.auth.gr/mathimata/girlis_psychometria_08_04_2014.pdf).

Δέδε, Μ., 2008. Το ψυχικό τραύμα μας ακολουθεί από τη βρεφική ηλικία. *Εφημερίδα Ελευθεροτυπία*, Τεύχος 9.420, σ. 36.

Heike, Β., 2003. Η Γιαγιά Πήγε στον Ουρανό. Αθήνα, Θυμάρι

Herbert, Μ., (μτφ. Μοραΐτη, Γ.), 1998. Χωρισμός και Διαζύγιο. Βοηθώντας τα Παιδιά να το Αντιμετωπίσουν. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Ηλιοπούλου Κ., Κατσιαδάκη Π., Τσαμασίρου Μ., 2012. Τραυματικές εμπειρίες ζωής: Παρεμβάσεις και Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Πτυχιακή Διατριβή, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Αθήνας, 288 σελίδες.

Hofmann J.B., 1950. Ετυμολογικό Λεξικό της Αρχαίας Ελληνικής. Εξελληνισθέν υπό Α.Δ. Παπανικολάου. Εν Αθήναις 1974, σελ.543.

Huther G., 2005. Biologie der Angst. (μεταφρ. Κολοτσα Μ). Αθήνα. Πολύτροπον (2007), pp.27-31.

Κάκουρος Ε., ΜανιαδάκηΚ., 2006. Τραυλισμός. Η φύση και η αντιμετώπισή του στα παιδιά και τους εφήβους, Εκδόσεις Τυπωθήτω, 414 σελ.

Καλλινικάκη, Θ., 1998. Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη Θεωρία και την Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας. Σελ. 50, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Καλοσπύρος Ν., 2005. Το άγχος των εξετάσεων και η αντιμετώπισή του. Συμβουλευτική Πανελληνίων Εξετάσεων. "Εθνικόν Εκπαιδευτήριον Αναβρύτων", σελ. 20.

Κοτρώτσιου Σ., 2014. Διασύνδεση ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των τσιγγάνων με την ποιότητα ζωής τους και η Επίδραση αυτών στην φροντίδα της υγείας του. Διδακτορική Διατριβή. Σχολή Επιστημών Υγείας-Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα, σελ. 183.

Κώτση Κ., 2009. Επιδημιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης και διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, 234 σελ.

Μάτσα, Κ.,, 1997. Ο Τοξικομανής και η Οικογένειά του , Χαρακτηριστικά, σχέσεις και δυναμικά του συστήματος , Διδακτορική Διατριβή , Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων , Ιατρική σχολή , Ιωάννινα .

Miller Alice , 2003. Οι φυλακές της παιδικής μας ηλικίας ή Το δράμα του

προικισμένου παιδιού. Μετάφραση Αλεξοπούλου Ε., Λαζαρίδης Ν. Επιμέλεια Παπαθανασοπούλου Έλ., Στασινόπουλος Ν., Εκδότης Ροές, 214 σελ.

Μπούρας Γ., Λαζαράτου Ε., 2012. Η ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 23, ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι, 36- 48.

ΝΟΜΟΣ 3699 (ΦΕΚ, 199/ 2-10-2008). Μέρος Α΄ «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ)»: 279-320.

ΝΟΜΟΣ 4486/2017- (ΦΕΚ 115, Τεύχος Πρώτο, 7 Αυγούστου 2017. Μέρος Α΄ «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»: 2031- 2058).

Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν., 1991. Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, vol. 2, p. 42-48.

Οικονομίδου, Ι., 2007. Ψυχικό Τραύμα και Σωματική Αποδιοργάνωση. Αθήνα, Πάντειος Βιβλιοθήκη.

Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ., 2001. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):239-253.

Παναγιωτάκη Μ. Παχάκη Χ., 2016. Συμβουλευτική πρακτική και παρεμβάσεις σε τάξεις για τη διαχείριση του άγχους των υποψηφίων Πανελλαδικών εξετάσεων: μια εμπειρική μελέτη. 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συμβουλευτικής Ψυχολογίας, Αθήνα 4-6 Νοεμβρίου 2016, Μαράσλειο Διδασκαλείο/ Πολεμικό Μουσείο Αθηνών.

Παπαληγούρα, Ζ., 2007. Η Ψυχολογία του Θανάτου και του Πένθους. Θεσσαλονίκη, Ξηρογραφία.

Πετρίδης Δ., 2015. Ανάλυση Πολυμεταβλητών Τεχνικών, Εφαρμογές Περιπτώσεων. Εκδόσεις Κάλιππος, σελ. 455.

Πλακιά, Η.Α., Τσιτόνα, Φ.Ν., 2008. Σεξουαλική Κακοποίηση Παιδιών και Εφήβων. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Skypper P., 1987. Πλαίσια θεώρησης της οικογένειας σαν σύστημα. Επιμέλεια: Γ. Τσιάντης και Σ. Μανωλόπουλος. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Τρίγκα Νότα, 2007. Το σχολείο αρρωσταίνει τα παιδιά μας. Εφ. Το Βήμα, 27/5/2007.

Τσίτουρα, Σ. 2006.«Εκφοβισμός (bullying). Το θύμα, ο θύτης και οι παρατηρητές». "Παιδί, Υγεία και Πολιτισμός": 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας. Ηράκλειο Κρήτης: Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης (28 - 30 Σεπτεμβρίου).

Υπουργείο Εσωτερικών, Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων. Τηλεφωνική γραμμή SOS 15900, <http://womensos.gr/15900-24ori-tilefoniki-grammi>

Χατζηφωτίου, Σ. (2005). Ενδοοικογενειακή Βία κατά των Γυναικών και Παιδιών: Διαπιστώσεις και Προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Τζιόλα.

Χριστοδούλου Γ.Ν., Ραμπαβίλας Α.Δ., Σολδάτος Κ.Ρ., Αλεβίζος Β.Η., Κονταξάκης Β.Π., 2004. Ψυχιατρική, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Σελ. 525-542.

<http://www.kakopoihsh.wordpress.com/>. Ενδοοικογενειακή Βία.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**Ψυχομετρικές Κλίμακες Ψυχοπαθολογίας,  
Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας  
και  
Οικογενειακού Περιβάλλοντος**

### Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90

Αφού διαβάσετε προσεκτικά κάθε ερώτηση βάλτε στη συνέχεια σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΚΑΘΟ ΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4

9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4



21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4

33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για	0	1	2	3	4

σας;					
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4

55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Γρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να	0	1	2	3	4

μετράτε, να πλένετε κάτι);					
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμφωνούν;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συννευλισμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν	0	1	2	3	4

μένετε μόνος;					
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεστε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαισθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάστε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4

86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

Η βαθμολογία των παραπάνω υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας προκύπτει από τις απαντήσεις στις 90 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SCL-90I, ως κατωτέρω.

**Σωματοποίηση :** Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.

**Ιδεοψυχαναγκασμός :** Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.

**Διαπροσωπική Ευαισθησία:** Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.

**Κατάθλιψη:** Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.

**Άγχος:** Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.

**Επιθετικότητα:** Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74

και 81.

**Φοβικό Άγχος:** Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.

**Παρανοειδής Ιδεασμός:** Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.

**Ψυχωτισμός:** Από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.

**Διάφορες αιτιάσεις (αϋπνία, πρωινή αφύπνιση, ανήσυχος ύπνος, ανορεξία, βουλιμία, σκέψεις θανάτου, ενοχή):** Από το άθροισμα των απαντήσεων 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.

**Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων:** Από το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90, που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του.

**Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων:** Ορίζεται ως η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.

**Σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων:** Ορίζεται ως το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο



## Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας HDHQ

Ερωτήσεις	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.		
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.		
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.		
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψου		
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.		
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες.		
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.		
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου		
9. Ξέρω ποιος άλλος, εκτός από μένα, είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου		
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.		
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που με ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ.		
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα		

13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.		
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		
18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		
20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε		
22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
23. Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
25. Μερικές φορές θυμώνω.		

26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.		
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα έλεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
30. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
31. Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες		
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.		
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήταν πολύ μικρές γι' αυτό.		
35. : Κάποιος με έχει στο μάτι.		
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.		
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει		
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν		

39. Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.		
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση		
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν		
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους		
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.		
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.		
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.		
46. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρχίσω να τα σπάω.		
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.		
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.		
49. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.		
50. : Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.		
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		

Η βαθμολογία των παραπάνω υποκλιμάκων Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας προκύπτει από τις απαντήσεις στις 51 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου HDHQ, ως ακολούθως.

**Παρορμητική επιθετικότητα:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 40, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή

απάντηση ήταν "Σωστό" στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46, 49 και "Λάθος" στην ερώτηση 40.

**Επίκριση των άλλων:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν "Σωστό" στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και "Λάθος" στην ερώτηση 13.

**Παρανοειδής επιθετικότητα:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν "Σωστό" στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και "Λάθος" στην ερώτηση 4.

**Αυτό- επίκριση:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 8, 14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 3, 23 και 26.

**Παραληρηματική ενοχή:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" σε όλες τις ερωτήσεις..

**Σύνολο Εξωστρέφειας (extrapunitive):** Από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της παρανοειδούς επιθετικότητας και της επίκρισης των άλλων.

**Σύνολο Ενδοστρέφειας (intropunitive):** Από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτό- επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής.

**Ολική Εχθρότητα (total hostility):** Από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας.

### Κλίμακα οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES- FORM R)

Επισημαίνεται, πως οι απαντήσεις σας αφορούν τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένειά σας και όχι τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.

Ερωτήσεις	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.		
2. Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.		
3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες.		
4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.		
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς.		
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα.		
7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.		
8. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.		
9. Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεχτικά.		
10. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.		
11. Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.		
12. Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.		

13. Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ.		
14. Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.		
15. Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή.		
16. Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.		
17. Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.		
18. Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές.		
19. Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.		
20. Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε.		
21. Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι.		
22. Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον.		
23. Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.		
24. Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.		
25. Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις.		
26. Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις		

καινούργια και διαφορετικά πράγματα.		
27. Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λ.π.		
28. Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων γιορτών.		
29. Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε.		
30. Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.		
31. Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.		
32. Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.		
33. Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.		
34. Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.		
35. Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει».		
36. Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.		
37. Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π.		
38. Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.		
39. Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του.		



40. Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.		
41. Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς.		
42. Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.		
43. Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.		
44. Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος.		
45. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.		
46. Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.		
47. Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.		
48. Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
49. Αλλάζουμε συχνά γνώμη.		
50. Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες.		
51. Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.		
52. Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός.		
53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο		

άλλο.		
54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.		
55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.		
56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.		
57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο.		
58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη.		
59. Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.		
60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.		
61. Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας.		
62. Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.		
63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι.		
64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να		

διεκδικήσει τα δικαιώματά του.		
65. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.		
66. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.		
67. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).		
68. Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
69. Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.		
70. Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.		
71. Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.		
72. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.		
73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.		
74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.		
75. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι «πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι».		
76. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο.		

77. Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.		
78. Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.		
79. Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.		
80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.		
81. Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.		
82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.		
83. Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.		
84. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.		
85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο.		
86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.		
87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.		
88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς.		

89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.		
90. Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.		

Με βάση τις απαντήσεις στις 90 ερωτήσεις της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος, η βαθμολογία των διάφορων υποκλιμάκων της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος, προκύπτει ως κατωτέρω.

**Συνοχή:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό» για τις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και "Λάθος» για τις ερωτήσεις 11, 41, 61.

**Εκφραστικότητα:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό» για τις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και "Λάθος» για τις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.

**Σύγκρουση:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό» για τις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και "Λάθος» για τις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.

**Ανεξαρτησία:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό» για τις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και "Λάθος» για τις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.

**Προσανατολισμός για Επιτεύγματα:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 5, 15, 35, 45, 75, 85 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 25, 55, 65.

**Πνευματικός – πολιτιστικός Προσανατολισμός:** Από το άθροισμα των επιθυμητών

απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.

**Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.

**Ηθική και θρησκευτική έμφαση:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 18, 38, 68.

**Οργάνωση:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 29, 49, 79.

**Έλεγχος:** Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.

**Γενικό Σύνολο:** Από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.