

**Ασθένεια στην Οικογένεια: Από το Ψυχικό Τραύμα στη Μετατραυματική  
Ανάπτυξη**

ΑΠΟ ΤΟΝ

Πάυλο Κλάδη-Μόρφη

(U214N0233)

Μεταπτυχιακή Εργασία στο Πρόγραμμα

“Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση”

Για την απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος (Master)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ

Σεπτέμβριος 2023

Κωδικός: 0kEqA\_Jxf8JBnmEU1mCqag



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Υπεύθυνη Δήλωση  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)



Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986).

Προς <sup>(1)</sup> :	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΛΕΥΚΟΣΙΑΣ						
Όνομα:	ΠΑΥΛΟΣ		Επώνυμο:	ΚΛΑΔΗΣ ΜΟΡΦΗΣ			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ						
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:	ΟΛΓΑ						
Ημερομηνία γέννησης:	30/07/1969						
Τόπος Γέννησης:	ΑΘΗΝΑ						
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:	N455076		Τηλ:	+306972388372			
Τόπος Κατοικίας:	ΒΟΥΛΑ	Οδός:	A. ΚΑΛΒΟΥ	Αριθ:	14	ΤΚ:	16673
ΑΦΜ:	057805452	Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):	paklamo@otenet.gr				

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(2)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

είμαι σε γνώση των διατάξεων περί λογοκλοπής και ότι το παρών πόνημα με τίτλο "Ασθένεια στην Οικογένεια: Από το Ψυχικό Τραύμα στη Μετατραυματική Ανάπτυξη", είναι αποτέλεσμα αποκλειστικά δικής μου εργασίας. Επίσης δηλώνω ότι οποτεδήποτε χρησιμοποιήσα πνευματική ιδιοκτησία άλλου συγγραφέως, το έκανα σαφές μέσα στο κείμενο, με ευδιάκριτη παραπομπή και ταυτόχρονα, το δήλωσα με τον προσήκοντα τρόπο, στις "Βιβλιογραφικές Αναφορές".

20/09/2023

Ο - Η Δηλ.

ΠΑΥΛΟΣ ΚΛΑΔΗΣ ΜΟΡΦΗΣ

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή αρχή ή η υπηρεσία του δημόσιου τομέα όπου απευθύνεται η αίτηση.

(2) Γνωρίζω ότι: Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	5
Περίληψη .....	6
Abstract .....	7
1. Εισαγωγή.....	9
1.1 Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες .....	11
1.2. Σύνθετο μετατραυματικό στρες .....	18
1.3. Μετατραυματική Ανάπτυξη.....	21
1.4. Ψυχική Ανθεκτικότητα .....	28
1.5. Κατάθλιψη .....	32
1.6. Θεωρητικό πλαίσιο .....	36
1.7. Σκοπός της έρευνας.....	38
1.8. Ερευνητικά ερωτήματα.....	38
1.9. Αναγκαιότητα της έρευνας .....	38
2. Μεθοδολογία.....	39
2.1 Εργαλεία συλλογής δεδομένων .....	39
2.1.1 International Trauma Questionnaire-2018 (Διεθνές ερωτηματολόγιο για το τραύμα) .....	39
2.1.2 Posttraumatic Growth Inventory-1996 (Κλίμακα μέτρησης της μετατραυματικής ανάπτυξης) .....	41
2.1.3 Brief Resilience Scale-2008 (Σύντομη Κλίμακα Ανθεκτικότητας).....	42
2.1.4 Symptom Checklist-90-R-1991 (Λίστα Ελέγχου Συμπτωμάτων-90-R).....	43

2.1.5 Maltreatment and Abuse Chronology-2014 (Χρονολόγιο Έκθεσης σε Κακομεταχείριση και Κακοποίηση) .....	44
2.2 Λειτουργικοί ορισμοί.....	45
2.3 Περιγραφή έρευνας.....	49
2.4 Στατιστική ανάλυση.....	51
3. Αποτελέσματα.....	53
3.1 1 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Η σχέση της ασθένειας με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες.....	53
3.1.1 Χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή .....	53
3.1.2 Σύζυγος που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή. ....	55
3.1.3 Τέκνο που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή. ....	57
3.1.4 Πατέρας που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή. ....	59
3.1.5 Μητέρα που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή. ....	61
3.1.5 Αδελφός που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή. ....	64
3.1.6 Συγγενής που έχει διαγνωσθεί με κληρονομική ασθένεια.....	66
2 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Ο ρόλος της χρόνιας ασθένειας τέκνου στη μετατραυματική ανάπτυξη του γονέα .....	70

3 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Η σχέση της κατάθλιψης ενήλικου τέκνου με την χρόνια ασθένεια του γονέα .....	75
4. Συζήτηση.....	87
1 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Η σχέση της ασθένειας με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες .....	87
2 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Ο ρόλος της χρόνιας ασθένειας τέκνου στη μετατραυματική ανάπτυξη του γονέα .....	94
3 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Η σχέση της κατάθλιψης ενήλικου τέκνου με την χρόνια ασθένεια του γονέα .....	97
5. Συμπεράσματα .....	101
Βιβλιογραφικές Αναφορές .....	103
Παράρτημα.....	121
Αποσπάσματα ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα .....	121
1. Δημογραφικά .....	121
2. International Trauma Questionnaire (ITQ-2018).....	122
3. Posttraumatic Growth Inventory (PTGI-1996) .....	123
4. Brief Resilience Scale (BRS-2008) .....	131
5. Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R-1991) .....	131
6. Maltreatment and Abuse Chronology (MACE-2014) .....	133

## Ευχαριστίες

Η διεξαγωγή μιας ερευνητικής εργασίας σε ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα δηλώνει την συνειδητή επιλογή της εμβάθυνσης σε κάποιο συγκεκριμένο επιστημονικό αντικείμενο. Πίσω όμως από μια τέτοια επιλογή κρύβεται πάντα ένας άνθρωπος που με τα λόγια του, με τη μορφή του, με τη γλώσσα του σώματος, με τη ζωή του, προσφέρει την απαραίτητη σπίθα για ανάψει η φωτιά. Ξεκινώντας λοιπόν από αυτόν τον άνθρωπο, θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου την επιβλέπουσα Καθηγήτρια Δρ. Ξένια Αναστασίου-Χατζηχαλαράμους, πρωτίστως για την έμπνευση αλλά εξίσου για την στήριξη και τη καθοδήγησή της. Πιο πολύ όμως θα ήθελα να την ευχαριστήσω για το πνεύμα ελευθερίας και δημιουργικότητας που χαρακτήρισε τη συνεργασία μας.

Στη συνέχεια θα ήθελα ειλικρινά να ευχαριστήσω όλους τους νυν αλλά και παλαιούς συνοδοιπόρους της επιστημονικής ομάδας αναπτυξιακού τραύματος 1.5, που με μύησαν στην ομαδικότητα και με στήριξαν σε διάφορες φάσεις εκτέλεσης του παρόντος έργου.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω τους συναδέλφους στο σχολείο, που βοήθησαν με τον τρόπο τους, αφήνοντάς μου ελεύθερο χρόνο για να ασχοληθώ με τη διπλωματική εργασία.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τη σύζυγό μου Γεωργία γιατί ήταν η πρώτη που πίστεψε ότι εν μέσω αυξημένων οικογενειακών και επαγγελματικών υποχρεώσεων, θα ήταν εφικτή η πραγματοποίηση του μεταπτυχιακού στην ειδική αγωγή.

## Περίληψη

Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να διερευνήσει τη σχέση της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, του ίδιου του ατόμου ή του συγγενικού του περιβάλλοντος, με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες, με τη μετατραυματική ανάπτυξη και με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Για το σκοπό αυτό έγινε σύγκριση μεταξύ δύο κατηγοριών ατόμων, εκείνων που είχαν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο κάποια χρόνια ασθένεια στην οικογένειά τους και εκείνων που δεν είχαν. Οι εν λόγω κατηγορίες συγκρίθηκαν ως προς τα επίπεδα μετατραυματικού, σύνθετου μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης, αλλά και ως προς τη μετατραυματική ανάπτυξη. Οι συγκρίσεις πραγματοποιήθηκαν στο γενικό πληθυσμό αλλά και ξεχωριστά σε άνδρες και γυναίκες, ώστε να μελετηθεί και η σχέση του φύλου. Επιπλέον, έγιναν συγκρίσεις και σε περιορισμένα δείγματα του πληθυσμού που διέφεραν ως προς τα επίπεδα γονικής συναισθηματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, ώστε να διερευνηθεί ο ρόλος της συναισθηματικής κακοποίησης. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα που έπασχαν από κάποια χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, τα ίδια ή κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο, εμφάνιζαν εν γένει υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων τόσο μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες όσο και κατάθλιψης. Επιπλέον, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια ενός παιδιού σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης της μητέρας του, όχι όμως του πατέρα του. Τέλος, στα ευρήματα εντοπίστηκαν ενδείξεις για τον ρόλο που διαδραματίζει η συναισθηματική κακοποίηση από γονέα στην παιδική ηλικία, στην ανάπτυξη των εν λόγω εκφάνσεων ψυχοπαθολογίας.

**Λέξεις κλειδιά:** *χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, κληρονομική ασθένεια, μετατραυματικό στρες, σύνθετο μετατραυματικό στρες, μετατραυματική ανάπτυξη, γονική συναισθηματική κακοποίηση, κατάθλιψη.*

## Abstract

The present study seeks to investigate the relationship between chronic or life-threatening illness, of the individual or their relatives, and the development of post-traumatic and complex post-traumatic stress symptoms, post-traumatic growth and the development of depression symptoms. For this purpose, a comparison was made between two categories of individuals, those who had in one way or another a chronic illness in their family and those who did not. The categories above, were compared in terms of levels of post-traumatic stress, complex post-traumatic stress and depression, and also in terms of post-traumatic growth. These comparisons were made in the general population but also separately in men and women, to study the gender relationship. In addition, comparisons were also made in population samples that differed in levels of parental emotional abuse in childhood to explore the role of emotional abuse. The findings of the study revealed that people suffering from a chronic or life-threatening illness, themselves or a relative, generally had higher levels of symptoms of both post-traumatic and complex post-traumatic stress and depression. Furthermore, according to the findings of the present study, a child's chronic or life-threatening illness was associated with higher levels of mothers' posttraumatic growth but not fathers'. Finally, the findings identified evidence for the role of parental emotional abuse in childhood in the development of these expressions of psychopathology.



**Key words:** *Chronic or life-threatening illness, inherited illness, posttraumatic stress, complex posttraumatic stress, posttraumatic growth, parental emotional abuse, depression.*



## 1. Εισαγωγή

Ο τραγικός συγγραφέας Αισχύλος, στη τριλογία του «Ορέστεια», διατυπώνει την άποψη ότι «είναι καλό ο άνθρωπος να γίνεται σώφρων εν τη θλίψει», ενώ λίγους αιώνες αργότερα, ο Απόστολος Παύλος, στην προς Ρωμαίους επιστολή, αναφέρει ότι «η θλίψις υπομονήν κατεργάζεται». Αρκετοί άλλοι διανοητές στην πορεία της ανθρώπινης ιστορίας έχουν διατυπώσει παρόμοιες απόψεις, με αποτέλεσμα μια κατασταλαγμένη λαϊκή γνώση ότι μέσα από τον πόνο και τις θλίψεις, κανείς αποκτά μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα αλλά και περισσότερες δυνατότητες για την αντιμετώπιση μελλοντικών τραυματικών γεγονότων.

Σήμερα, η σύγχρονη βιβλιογραφία ερευνά τις έννοιες της μετατραυματικής ανάπτυξης και της ψυχικής ανθεκτικότητας καθώς και τη σχέση τους, όχι μόνο με το τραύμα αλλά ιδιαίτερα με την συμπτωματολογία του μετατραυματικού στρες. Έτσι, οι Joseph & Linley (2005), αναφέρονται σε ένα μεγάλο εύρος γεγονότων που μπορεί να αποτελέσουν εναύσματα για μετατραυματική ανάπτυξη, όπως το πένθος, ο καρκίνος, η μαστεκτομή, η μεταμόσχευση μυελού των οστών, μια καρδιακή προσβολή, μια φυσική καταστροφή, ένα αεροπορικό δυστύχημα, ένας βιασμός, κ.α., καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι στρεσογόνες καταστάσεις και τραυματικές εμπειρίες οι οποίες γίνονται αντιληπτές ως απειλή κατά της ζωής, είναι πιθανό να επιταχύνουν τη μετατραυματική ανάπτυξη. Από την άλλη μεριά οι Shakespeare-Finch & Lurie-Beck (2014), σε μια μετα-ανάλυση καταλήγουν ότι η σχέση της μετατραυματικής ανάπτυξης και των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες δεν είναι πάντα ίδια αλλά εξαρτάται από τη φύση του τραύματος και την ηλικία του παθόντα. Έτσι αναφέρουν ότι, ενώ υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και των συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες στους επιζώντες φυσικών

καταστροφών ή συγκρούσεων, η σχέση γίνεται πιο αδύναμη όταν πρόκειται για ασθένεια και ανύπαρκτη στην περίπτωση της σεξουαλικής επίθεσης.

Ιδιαίτερως, όσον αφορά την ασθένεια, οι Krijger, Dulfer, van Oers, Teela, de Jong-van Kempen, van Els, Haverman, & Joosten (2022), κατέληξαν μετά από έρευνα, ότι οι γονείς παιδιών με χρόνιες σωματικές παθήσεις, αλλά και τα ίδια τα παιδιά τους, παρουσίασαν λιγότερο στρες κατά τη διάρκεια των περιορισμών λόγω της πανδημίας COVID-19, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Υπάρχει λοιπόν το ενδεχόμενο, μέσα από τη χρόνια ασθένεια, τα άτομα να έμαθαν πως να χειρίζονται στρεσογόνες καταστάσεις και έτσι η επίδραση της πανδημίας στον ψυχισμό τους ήταν μικρότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Με άλλα λόγια, μέσα από την εμπειρία της χρόνιας ασθένειας, μπορεί να ευνοείται η ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας. Άλλωστε, σύμφωνα με τους Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda (2014), ένα άτομο χαρακτηρίζεται ως ψυχικά ανθεκτικό όταν μπορεί να προσαρμόζεται σε δύσκολες καταστάσεις που του προκαλούν άγχος.

Όσον αφορά το τραύμα στην παιδική ηλικία λόγω κακομεταχείρισης ή κακοποίησης, έρευνα σε νεαρούς ενήλικες με χαμηλά κοινωνικοοικονομικά δεδομένα, διαπίστωσε ότι οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία έχουν ως αποτέλεσμα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και χρήσης αλκοόλ στην πρώιμη ενηλικίωση (Schilling, Aseltine, & Gore, 2007). Παρόμοια ευρήματα παρουσιάζονται και σε άλλες δημοσιεύσεις (Beutel, Tibubos, Klein, Schmutzer, Reiner, Kocalevent, & Brähler, 2017), ενώ έρευνα που έγινε σε φοιτητές πανεπιστημίου έδειξε ότι η κακοποίηση οποιασδήποτε μορφής στην παιδική ηλικία συσχετίζεται με την υιοθέτηση από μέρους των νεαρών ενηλίκων, αρνητικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Azaf, Vizabaskaran, Karisnan, & Jamaludin, 2022). Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και μια μελέτη σχετικά με ενήλικες χρήστες ουσιών που είχαν υποστεί συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία

(Watts, O'Sullivan, Panlilio, & Daniels, 2020) καθώς επίσης και μελέτη σε εφήβους που έχουν υποστεί ψυχολογική βία στην παιδική ηλικία (Gagné & Melançon, 2013).

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις φαίνεται πως υπάρχει πιθανότητα διαφοροποίησης με την ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί βασικό παράγοντα που διευκολύνει την ψυχολογική προσαρμογή των ενηλίκων θυμάτων παιδικής κακοποίησης (Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007). Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη, φαίνεται να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για το κατά πόσον γονείς, που έχουν βιώσει την απώλεια του παιδιού τους από καρκίνο, θα καταφέρουν να επεξεργαστούν με υγιή τρόπο το πένθος τους (Vegsund, Reinfjell, Moksnes, Wallin, Hjemdal, & Eilertsen, 2019). Αλλά και μια έρευνα σε άτομα που είχαν εκτεθεί σε τρομοκρατικό χτύπημα και στη συνέχεια βίωσαν καταστροφικά φυσικά φαινόμενα, έδειξε ότι η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη αυξάνει τα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (Caramanica, Brackbill, Stellman, & Farfel, 2015). Παρόλα αυτά, σε εφήβους που υπόκεινται σε συναισθηματική κακοποίηση από τους γονείς, η κοινωνική υποστήριξη δεν φαίνεται να παρουσιάζει κάποιο προστατευτικό ρόλο (Gagné & Melançon, 2013).

### 1.1 Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες

Η χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια αποτελεί μια στρεσογόνο κατάσταση που μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της ψυχικής υγείας ενός ατόμου. Μια διάσταση της ψυχικής υγείας, είναι και η ανάπτυξη ή μη συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες συνήθως προκαλείται όταν ένα άτομο βιώσει τραυματικά γεγονότα, όπως για παράδειγμα ακραία καιρικά φαινόμενα, πόλεμοι, προσφυγοποίηση, κακοποίηση κ.α. τα οποία είναι τόσο ακραία και βίαια που δύνανται να αλλάξουν τη ζωή του ατόμου. Από την άλλη μεριά, έχει βρεθεί ότι και γεγονότα που δεν τα θεωρούμε ως τραυματικά, είναι όμως

στρεσογόνα, σχετίζονται ασθενώς με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, με την προϋπόθεση ότι το άτομο τα βιώνει ως απειλητικά (Karatzias, Shevlin, Hyland, Fyvie, Grandison, & Ben-Ezra, 2021). Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-5 η διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορεί να προκληθεί από ένα σοβαρό, βίαιο, απειλητικό για τη ζωή γεγονός που είτε βιώθηκε απευθείας από το άτομο, είτε το άτομο ήταν μάρτυρας του γεγονότος, ή πληροφορήθηκε για ένα τραυματικό γεγονός που αφορά πολύ κοντινό οικογενειακό ή φιλικό πρόσωπο ή τέλος εκτίθεται έντονα και επαναλαμβανόμενα σε αποκρουστικές λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος (APA, 2013). Σύμφωνα πάλι με το ίδιο εγχειρίδιο, για να διαγνωσθεί κάποιος με διαταραχή μετατραυματικού στρες πρέπει ή να ταλαιπωρείται από οδυνηρά όνειρα και αναμνήσεις σχετικές με το τραυματικό γεγονός ή να έχει κάποιες φορές την αίσθηση ότι ξαναζεί το γεγονός-με αποκορύφωμα την απώλεια σύνδεσης με το παρόν-ή να του προκαλούνται έντονες αντιδράσεις και δυσφορία κάθε φορά που κάποιο ερέθισμα θα του θυμίσει το τραυματικό γεγονός. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο προσπαθεί να αποφύγει ερεθίσματα που φέρνουν στη μνήμη του τα τραυματικά γεγονότα.

Παρόλα αυτά δεν οδηγούν όλα τα τραυματικά γεγονότα σε διαταραχή μετατραυματικού στρες. Άλλωστε η ένταση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες επηρεάζεται από το είδος του τραύματος (Thomas, Owens & Keller, 2021). Εκτός όμως από το είδος του τραύματος φαίνεται να παίζει ρόλο και το πλήθος των τραυματικών γεγονότων. Σε μια έρευνα σε νεαρούς Αφγανούς βρέθηκε ότι όσοι ανέφεραν τέσσερα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα στη διάρκεια της ζωής τους ήταν αυτοί που διέτρεχαν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για μια μόνιμη μετατραυματική διαταραχή και αυτό ανεξάρτητα από παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση ή ακόμη και τα τοπικά χαρακτηριστικά (Panter-brick, Grimon, Kalin, & Eggerman, 2015). Οι Barlow, Goldsmith Turow, Gerhart (2017),

υποστηρίζουν ότι μεγαλύτερη σημασία για την εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες, έχει ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο ερμηνεύει τα τραυματικά γεγονότα και συνακόλουθα οι τρόποι με τους οποίους διαχειρίζεται τα συναισθήματα που προκαλούνται από αυτά, και όχι το ίδιο το τραύμα. Σε μια έρευνα σε καρκινοπαθείς βρέθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες με στρατηγικές αντιμετώπισης αγχωτικών συμβάντων, όπως η αποφυγή ή η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων (Laskowska, 2021).

Η χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί ως ένας παράγοντας που ευνοεί την ανάπτυξη συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες αλλά και άλλων ψυχιατρικών νοσημάτων. Μια μελέτη σε άτυπους φροντιστές καρκινοπαθών σε προχωρημένο στάδιο, έδειξε ότι το 18% από αυτούς παρουσίαζαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Rumpold, Schur, Amering, Kirchheiner, Masel, Watzke, & Schrank, 2016). Επιπλέον, η έρευνα έδειξε ότι η στενή σχέση του φροντιστή με τον καρκινοπαθή έπαιζε ρόλο στην εμφάνιση αλλά και την ένταση των συμπτωμάτων. Έτσι οι στενοί συγγενείς όπως παιδιά, γονείς, αδέρφια ή σύζυγοι εμφάνιζαν πιο έντονα συμπτώματα σε σχέση με φίλους ή συντρόφους (Rumpold et al., 2016).

Ειδικότερα, οι γονείς αποτελούν μια ομάδα κινδύνου για ανάπτυξη μετατραυματικού στρες καθώς είναι πιθανό να βιώνουν γεγονότα απειλητικά για την υγεία και τη ζωή των παιδιών τους. Σε μια δημοσίευση των Xiong, McGrath, Stewart, Bagnell, & Kaltenbach (2022), αναφέρεται ότι οι γονείς παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα, σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό, να εμφανίσουν διαταραχή μετατραυματικού στρες, καθώς βιώνουν τραυματικά γεγονότα που σχετίζονται με την υγεία των παιδιών τους, π.χ. επιληπτικές κρίσεις ή προκλητική και επιθετική συμπεριφορά των ίδιων των παιδιών. Παρόμοια, σε έρευνα των Stewart, Schnabel, Hallford, McGillivray, Forbes, Foster, Shandley, Gardam, &

Austin (2020), διαπιστώθηκε ότι γονείς με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού ή παιδιά με σπάνιες ασθένειες, εμφανίζουν πολύ πιο έντονη συμπτωματολογία διαταραχής μετατραυματικού στρες, σε σχέση με γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Στο ίδιο μήκος κύματος μια μετα-ανάλυση για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες σε γονείς παιδιών και εφήβων με χρόνιες σωματικές ασθένειες, διαπίστωσε ότι το 19% περίπου αυτών των γονέων παρουσίασαν συμπτωματολογία μετατραυματικού στρες (Pinquart, 2019), ενώ οι Ljungman, Cernvall, Grönqvist, Ljótsson, Ljungman & Von Essen (2014), σε μια συστηματική ανασκόπηση, αναφέρουν πως οι γονείς των παιδιών που έχουν επιβιώσει μετά από καρκίνο, εμφανίζουν έντονα συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Από την άλλη μεριά, το μετατραυματικό στρες εμφανίζεται μεταξύ άλλων ψυχικών προβλημάτων, σε γονείς παιδιών που βρίσκονται σε θεραπεία καρκίνου (Carlsson, Kukkola, Ljungman, Hovén & von Essen, 2019). Σε μια έρευνα για τη συμβίωση με παιδιά που πάσχουν από απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες, διαπιστώθηκε ότι οι γονείς ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στρες σε σχέση με τον τυπικό πληθυσμό (Jaaniste, Cuganesan, Chin, Tan, Coombs, Heaton, Cowan, Aouad, Potter, Smith & Trethewie, 2022). Αλλά και μια συστηματική ανασκόπηση μελετών σε μητέρες παιδιών με διαβήτη τύπου 1, έδειξε υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ή ακόμη και διαταραχής μετατραυματικού στρες στις μητέρες αυτές, σημειώνοντας ότι αυτό έχει άμεση συνέπεια και στην ψυχική υγεία των παιδιών τους (Rechenberg, Grey, & Sadler, 2017). Αλλά και τα αδέλφια φαίνεται να επηρεάζονται από τη χρόνια και βαριά ασθένεια των αδελφών τους. Σε έρευνα που αφορούσε αδελφούς παιδιών που έχουν κάνει μεταμόσχευση μυελού των οστών, παρατηρήθηκαν αρκετά υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες και σίγουρα υψηλότερα από τα επίπεδα του στρες που βιώνουν τα αδέλφια παιδιών που έχουν υποστεί ένα τροχαίο, ή έχουν βιώσει πυρκαγιά ή σεισμό (Gizli, Sürer, & Özatalay,

2017). Η ίδια έρευνα υποστηρίζει ότι και οι γονείς παιδιών που έχουν υποστεί μεταμόσχευση μυελού των οστών, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες, επιβεβαιώνοντας ευρήματα άλλων ερευνών σχετικά με το στρες γονέων παιδιών με χρόνιες και βαριές ασθένειες. Αλλά, και οι χρόνιες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες του ίδιου του ατόμου μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Μια έρευνα σε νέους που είχαν διαγνωσθεί θετικοί στον ιό HIV, έδειξε ότι πάνω από το 33% παρουσίαζε τέτοια συμπτώματα (Luo, Hu, Cao, Zhang, Wang, & Xu, 2021).

Επιπλέον, μια έρευνα σε οικογένειες που κάποιο μέλος τους έπασχε από αιμορροφιλία με ταυτόχρονη αντίσταση στη θεραπεία, έδειξε την ψυχολογική επιβάρυνση των αδελφών των παιδιών που έπασχαν, με αναφορές ακόμη και για διαταραχή μετατραυματικού στρες (Robinson, Jones, & McPhee, 2020). Παρόλα αυτά, σε μια έρευνα για συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε αδέλφια παιδιών με καρκίνο, διαπιστώθηκε ότι με την πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα αμβλύνονται (Alderfer, Logan, DiDonato, Jackson, Hayes, & Sigmon, 2020). Έτσι, ενώ ένα έτος μετά τη διάγνωση το ένα τρίτο των παιδιών εμφανίζονται να έχουν μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα, έξι μήνες αργότερα, δηλαδή 18 μήνες μετά τη διάγνωση, το ποσοστό αυτό έχει μειωθεί στο ένα πέμπτο (Alderfer et al., 2020).

Επίσης, οι σύντροφοι ατόμων με χρόνιες ή απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Έτσι, μια έρευνα σε ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην εντατική, λόγω οξέος στεφανιαίου επεισοδίου και οι οποίοι βρίσκονταν σε σημαντική στενή σχέση, έδειξε ότι οι σύντροφοί τους εμφάνισαν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες (Eisenberg, Fait, Dekel, Levi, Hod, Matezki, & Vilchinsky, 2022).



Μια σημαντική αιτία τραύματος και συνακόλουθα μετατραυματικού στρες, είναι η κακοποίηση (Cobb, Tedeschi, Calhoun & Cann, 2006) και ειδικά η κακοποίηση σε παιδική ηλικία (Wang, Yu, Chen, Zhang, & Bettencourt, 2022). Σε μια έρευνα των Sesar, Šimić & Barišić (2010), διατυπώνεται η άποψη ότι η συναισθηματική και φυσική κακομεταχείριση είναι οι πιο συχνές μεταξύ των διαφόρων τύπων κακοποίησης. Ειδικότερα, ο Arslan (2016), οριοθετεί την συναισθηματική-ψυχολογική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, ως επαναλαμβανόμενη παράλειψη, απόρριψη ή τρομοκράτηση, που έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να αισθάνεται ανεπιθύμητο και ανάξιο να αγαπηθεί και ότι μπορεί να πάρει αξία μόνο αν είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες κάποιου άλλου. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι η συναισθηματική-ψυχολογική κακοποίηση παιδιών παγκοσμίως ανέρχεται στο 36%. Τη συναισθηματική κακοποίηση ως πηγή μετατραυματικού στρες αναφέρει και ο Salami (2010), ενώ ο Arslan (2017), αναφέρει ότι η συναισθηματική-ψυχολογική κακοποίηση αποτελεί έναν μοναδικό προγνωστικό παράγοντα για προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με άλλες μορφές κακοποίησης. Άλλωστε η συναισθηματική κακοποίηση είναι μια από τις κύριες αιτίες που οδηγούν σε μετατραυματική συμπτωματολογία (Sesar et al., 2010). Ειδικότερα, αν το τραύμα προέρχεται από γονείς, τότε προκαλείται συναισθηματική διστακτικότητα ως απόρροια της έλλειψης ασφάλειας και υποστήριξης που θα βοηθήσουν το παιδί να εξερευνήσει το περιβάλλον του με αυτοπεποίθηση (Downey & Crummy, 2022). Τελικά, η γονική συναισθηματική κακοποίηση αυξάνει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής, σε παιδιά που έχουν βιώσει τραύμα, καθώς επηρεάζει αρνητικά όλους εκείνους τους πόρους που είναι απαραίτητοι έτσι ώστε το παιδί να μπορεί να διαχειριστεί τα τραυματικά γεγονότα (Hoeboer, de Roos, van Son, Spinhoven, & Elzinga, 2021). Σύμφωνα δε με τους Wright, Crawford & Del Castillo (2009), οι συνέπειες της συναισθηματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία μπορεί να

είναι πολύ σημαντικές ειδικά στους νεαρούς ενήλικες. Σε μια έρευνά τους, σε φοιτητές κολλεγίου που είχαν υποστεί συναισθηματική κακοποίηση ως παιδιά, φάνηκε ότι οι φοιτητές αυτοί έχουν αναπτύξει δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης δυσχερειών. Σε παρόμοια συμπεράσματα για την επίπτωση της παιδικής συναισθηματικής κακοποίησης στην πρώιμη ενήλικη ζωή, καταλήγει και έρευνα του Watts (2022), σύμφωνα με την οποία τα άτομα που έχουν βιώσει συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, χαρακτηρίζονται από μειωμένο βαθμό κατανόησης των δυσχερειών, καθώς επίσης και από μειωμένο βαθμό αναγνώρισης των παραγόντων που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων. Επιπλέον, σε μια μετα-ανάλυση για την κακοποίηση στην παιδική ηλικία σε σχέση με την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, τα ευρήματα υποστηρίζουν την άποψη ότι το παιδικό τραύμα και κυρίως η κακοποίηση από τους γονείς ή τους κύριους φροντιστές, παίζει ρόλο στην αιτιολόγηση ψυχοπαθολογίας (de Ruiter, Burghart, De Silva, Griesbeck Garcia, Mian, Walshe & Zouharova, 2022). Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι σε έρευνα για τον αντίκτυπο των δυσμενών παιδικών εμπειριών στην ενήλικη ζωή, βρέθηκε ότι η συναισθηματική κακοποίηση είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο μεταξύ των άλλων τύπων κακοποίησης. Σημειώτέον ότι το ποσοστό αυτών που δήλωσαν ότι η συναισθηματική κακοποίηση δεν είχε αντίκτυπο στη ζωή τους, ήταν το χαμηλότερο από όλους τους άλλους τύπους κακοποίησης, αγγίζοντας μόλις το 19% (LaNoue, Cunningham, Kenny, Abatemarco & Helitzer, 2020).

Από την άλλη μεριά, η κοινωνική υποστήριξη εμφανίζεται να είναι προστατευτικός παράγοντας έναντι των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, αφού συσχετίζεται αρνητικά με την ως άνω διαταραχή (Salami, 2010). Μια αιτία γι' αυτό φαίνεται να είναι το γεγονός ότι η κοινωνική υποστήριξη αυξάνει την αυτοεκτίμηση, μειώνει τη μοναξιά και ενθαρρύνει την ενεργητική αντιμετώπιση. Παρόλα αυτά σε μια έρευνα για το

γονικό μετατραυματικό στρες σε γονείς παιδιών με χρόνιες ασθένειες, διαπιστώθηκε ότι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης δεν προέβλεψε αυξημένα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Gudmundsdottir, H., Elklit, & Gudmundsdottir, D., 2006).

## 1.2. Σύνθετο μετατραυματικό στρες

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν για το μετατραυματικό στρες, μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας και των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής. Καθώς η ύπαρξη συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες είναι αναγκαία, αλλά όχι ικανή συνθήκη για την εξέλιξη της διαταραχής σε σύνθετο μετατραυματικό στρες, αξίζει να μελετηθεί η σχέση της χρόνιας ασθένειας με την ανάπτυξη συμπτωμάτων σύνθετου μετατραυματικού στρες. Σύμφωνα με το ICD-11 η διαταραχή σύνθετου μετατραυματικού στρες είναι δυνατόν να προκληθεί όταν το άτομο εκτεθεί είτε σε ένα είτε σε σειρά γεγονότων που μοιάζουν να είναι απειλητικά ή φρικτά και που είναι συνήθως μεγάλης διάρκειας ή επαναλαμβανόμενα, δίνοντας την εντύπωση ότι η διαφυγή από αυτά είναι αδύνατη. Σύμφωνα με το ίδιο εγχειρίδιο, για να διαγνωστεί κάποιος με σύνθετο μετατραυματικό στρες πρέπει οπωσδήποτε να πληροί τα κριτήρια για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και επιπλέον να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στη διαχείριση των συναισθημάτων, να καταλαμβάνεται από συναισθήματα ντροπής, να νιώθει ανίκανος και άχρηστος και τέλος να δυσκολεύεται πολύ να διατηρήσει σχέσεις με άλλους (WHO, 2019/2021). Παρόλα αυτά, θα μπορούσαμε να διαχωρίσουμε τη σύνθετη μετατραυματική διαταραχή από τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, τόσο από τη διάρκεια της έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα, που είναι μεγαλύτερη στη σύνθετη, όσο και από την επίδραση στη λειτουργικότητα που επίσης είναι πολύ πιο σοβαρή στη σύνθετη μετατραυματική διαταραχή (Giourou, Skokou, Andrew, Alexopoulou, Gourzis, & Jelastopulu, 2018). Μελέτες υποστηρίζουν ότι η διαταραχή σύνθετου

μετατραυματικού στρες προκαλείται από αρνητικές εμπειρίες και πολλαπλά τραύματα, κυρίως στην παιδική ηλικία. Ωστόσο είναι λίγες αυτές που αναφέρονται σε παιδιά και εφήβους, ενώ μέχρι τώρα, δεν έχει μελετηθεί ο τρόπος που η διαταραχή αυτή αρχίζει στην παιδική ηλικία (Alpay & Çelik, 2022).

Σε μια μελέτη σε αστυνομικούς που αναλάμβαναν ριψοκίνδυνες αποστολές, το 3% από αυτούς εμφάνισαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες, ενώ το 2% εμφάνισαν συμπτώματα σύνθετου μετατραυματικού στρες (Steel, Tehrani, Lewis, & Billings, 2021). Ωστόσο, ο κίνδυνος για κατάθλιψη φάνηκε να είναι αυξημένος για το σύνθετο μετατραυματικό στρες. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι για κάθε μια μονάδα αύξησης στη βαθμολογία της κατάθλιψης, οι πιθανότητες για εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες αυξανόταν κατά 1,29 φορές ενώ οι πιθανότητες για σύνθετη διαταραχή μετατραυματικού στρες αυξανόταν κατά 2,08 φορές (Steel et al., 2021). Στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται περισσότερο στη σύνθετη διαταραχή κατέληξε και μια έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο σε πληθυσμό ατόμων που είχαν βιώσει τραύμα. Στην έρευνα αυτή καταδείχθηκε επίσης πως ο μισός περίπου πληθυσμός (45,6%) των ατόμων που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες ή σύνθετο μετατραυματικό στρες, ανέφερε την ύπαρξη μια χρόνιας ασθένειας (Karatzias, Hyland, Bradley, Cloitre, Roberts, Bisson, & Shevlin, 2019).

Όσον αφορά τον ρόλο της ασθένειας, μια ακόμη μελέτη σε ενήλικα άτομα από τη Λιθουανία, τα οποία είχαν δηλώσει ότι έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός στη ζωή τους, έδειξε ότι το ένα τρίτο περίπου των συμμετεχόντων που είχαν εμπειρία από μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τραυματισμό, εμφάνιζαν συμπτώματα σύνθετου μετατραυματικού στρες (Kairyte, Kvedaraite, Kazlauskas, & Gelezelyte, 2022). Στο ίδιο μήκος κύματος και μια μελέτη σε Κινέζικο πληθυσμό, αναφέρει την απειλητική για τη ζωή ασθένεια ως έναν από τους παράγοντες που μπορεί

να οδηγήσουν σε συμπτώματα σύνθετου μετατραυματικού στρες (Li, Wang, Hu, Yuan, Zhou, Zhang, & Qu, 2021). Παρομοίως, σε μια έρευνα σε κλινικό δείγμα ασθενών που απευθύνθηκαν μόνοι τους σε ένα κέντρο για το τραύμα στη Σκωτία, βρέθηκε ότι στρεσογόνα γεγονότα, όπως απειλητική για τη ζωή ασθένεια-είτε του ίδιου του ατόμου είτε κάποιου αγαπημένου προσώπου-αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση σύνθετου μετατραυματικού στρες (Karatzias et al., 2021). Σχετικά με τη σχέση της ασθένειας αγαπημένου προσώπου και της διαταραχής σύνθετου μετατραυματικού στρες, έχει ενδιαφέρον μια έρευνα σε Δανούς γονείς παιδιών 0-18 ετών που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο λόγω παιδικής επιληψίας. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι τα ποσοστά των γονέων με σύνθετη μετατραυματική διαταραχή ήταν ελαφρώς μεγαλύτερα από τα ποσοστά σε μη κλινικά δείγματα. Επιπλέον στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι παρόλο που οι μητέρες ήταν αυτές που κατά πλειοψηφία φρόντιζαν τα ασθενή παιδιά τους, τελικά δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλλα, όσον αφορά την ψυχοπαθολογία (Jakobsen, Møller, Nikanorova, & Elklit, 2020).

Τέλος, μια μελέτη σε άτομα με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές μεταξύ των οποίων και η σύνθετη μετατραυματική διαταραχή, έδειξε ότι η συναισθηματική κακοποίηση μπορεί να είναι προγνωστικός παράγοντας τόσο για τα συναισθήματα ντροπής και ενοχής, όσο και για το άγχος που αφορά τη σύναψη σχέσεων αλλά και τον φόβο για τη δημιουργία σχέσεων με άλλους. Συγκεκριμένα η συναισθηματική κακοποίηση μειώνει σταδιακά την αυτοπεποίθηση με αποτέλεσμα να δημιουργείται στο άτομο μια εξωτερικευμένη άποψη ότι είναι κατώτερο, ανεπαρκές και αδύναμο. Αυτή η συναισθηματική εξαθλίωση έχει ως αποτέλεσμα οι σχέσεις με τους άλλους να προκαλούν άγχος και κατάθλιψη (Dorahy, Middleton, Seager, Williams, & Chambers, 2016).

### 1.3. Μετατραυματική Ανάπτυξη

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, θεωρείται πιθανή η σχέση της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Ένα ερώτημα που θα μπορούσε κανείς να θέσει είναι αν το τραυματικό γεγονός της ασθένειας, θα ήταν δυνατόν να αποφέρει και κάποιο όφελος γι' αυτόν που το βιώνει αλλά και για τους γύρω του. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα έντονα τραυματικά γεγονότα προκαλούν τόσο φυσικές όσο και ψυχολογικές συνέπειες στα άτομα που τα βιώνουν. Παρόλα αυτά έχει γίνει πολύς λόγος και για αντιληπτά οφέλη σε όσους έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα. Τα οφέλη αυτά αφορούν αλλαγές στην αυτοαντίληψη, στις διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και στη γενικότερη στάση απέναντι στη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, η ανάπτυξη εμφανίζεται στους ακόλουθους πέντε τομείς: καλύτερες σχέσεις με τους άλλους, νέες δυνατότητες στη ζωή, μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικής δύναμης, μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικής ανάπτυξης και μεγαλύτερη εκτίμηση για τη ζωή (Tedeschi & Calhoun, 1996). Αυτό σημαίνει ότι μετά από σημαντικά τραυματικά γεγονότα, κάποιος μπορεί να αισθάνεται αυτοδύναμος και ικανός να αντιμετωπίσει μελλοντικές δυσκολίες, ενώ βιώνει αύξηση της κατανόησης για τα προβλήματα των άλλων και αισθάνεται συναισθηματικά εγγύτερα σε κάποια άτομα. Επιπλέον, ορισμένοι μεταβάλλουν τις προτεραιότητες της ζωής τους και δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για πνευματικές και θρησκευτικές δραστηριότητες. Αυτή η κατάσταση αναφέρεται ως μετατραυματική ανάπτυξη και όπως είδαμε προκαλείται από τα ίδια γεγονότα που προκαλούν και την ψυχολογική δυσφορία (Calhoun & Tedeschi, 1998). Ωστόσο, έρευνα των Chan, Deng, Li, Y., Li, T., Shen, Wang, & Yi, (2020), σε φροντιστές παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος, έδειξε ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της ψυχολογικής δυσφορίας, παρά μόνο έμμεση συσχέτιση μέσω της αυτοσυμπόνιας. Τη

μη συσχέτιση των αρνητικών συναισθημάτων με τη μετατραυματική ανάπτυξη υποστηρίζει και μια μελέτη σε οικογενειακούς φροντιστές ατόμων με χρόνιες ασθένειες (Hamama & Sharon, 2013). Σε μια δε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Elderton, Berry, & Chan (2017), για επιζώντες διαπροσωπικής βίας στην ενήλικη ζωή, αναφέρεται ότι δεν ανιχνεύουν όλες οι μελέτες την ίδια σχέση μεταξύ άγχους και μετατραυματικής ανάπτυξης και υποστηρίζουν ότι ο βαθμός της ανάπτυξης που βιώνουν οι επιζώντες καθορίζεται από ένα συνδυασμό παραγόντων πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το τραυματικό γεγονός. Παρόμοια, από μια μετα-αναλυτική ανασκόπηση προκύπτει το συμπέρασμα ότι η μετατραυματική ανάπτυξη δεν σχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη (Long, Phillips, Glover, Richardson, D'Souza, Cunningham-Erdogdu, & Gallagher, 2021). Αντίθετα αποτελέσματα βλέπουμε σε μελέτη που αφορά γονείς παιδιών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων, όπου βρέθηκε ότι οι γονείς που παρουσίαζαν τα υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης ήταν αυτοί που παρουσίαζαν και τα υψηλότερα επίπεδα άγχους αλλά και τα περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Riva, Forinder, Arvidson, Mellgren, Toporski, Winiarski, & Norberg, 2014). Από την άλλη μεριά, σε μελέτη με γυναίκες που είχαν καρκίνο του στήθους, δεν βρέθηκε κάποια σχέση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Gundogmus, Katar, Orsel, Ozturk, & Yilmaz, 2022). Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι όσο αυξάνονται τα τραυματικά συμβάντα που βιώνει κάποιος, τόσο μεγαλύτερη είναι η μετατραυματική ανάπτυξη (Peterson, Park, Pole, D'Andrea, & Seligman, 2008). Σε αυτό συνηγορεί και η διαπίστωση ότι κατά μέσο όρο, το 70,6% των θυμάτων διαπροσωπικής βίας θα βιώσει μετατραυματική ανάπτυξη (Elderton et al., 2017). Άλλωστε σε έρευνα σε γονείς παιδιών με διανοητικές και αναπτυξιακές διαταραχές επιβεβαιώνεται πως το γονικό τραύμα, ενώ συμβάλλει στην ανάπτυξη

μετατραυματικού στρες, ταυτόχρονα ευνοεί τη μετατραυματική ανάπτυξη (Xiong et al., 2022), ενώ μελέτη των Yazıcı, Ozdemir, & Koca. (2021), συμπεραίνει ότι τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες προβλέπουν τη μετατραυματική ανάπτυξη. Αλλά και μια έρευνα σε μητέρες που απροσδόκητα γέννησαν παιδί με σύνδρομο Down, καταδεικνύει μετατραυματική ανάπτυξη και στους πέντε τομείς (Counselman-Carpenter, 2017). Μια ακόμη έρευνα σε οικογενειακούς φροντιστές ατόμων με χρόνιες ασθένειες ανίχνευσε σε αυτούς μέτρια επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης, εναρμονιζόμενη έτσι με άλλες μελέτες, ενώ δεν βρήκε κάποια διαφορά ανάμεσα στις ομάδες των φροντιστών (σύζυγοι, ενήλικα παιδιά, γονείς) (Hamama & Sharon, 2013). Άλλωστε, θετική ψυχολογική αλλαγή και μετατραυματική ανάπτυξη βρέθηκε και σε γονείς παιδιών που νοσηλεύτηκαν στη μονάδα εντατικής θεραπείας, μετά από τροχαίο ατύχημα (Ni, Lv, Wu, & Wang, 2023). Επιπλέον, έρευνα σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, όπως αρθρίτιδα και φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, έδειξε ότι τελικά οι ασθενείς αυτοί βιώνουν μετατραυματική ανάπτυξη σε παραπλήσια επίπεδα με άτομα που έχουν βιώσει ένα έντονα τραυματικό γεγονός ή με άτομα που είχαν την εμπειρία μια απειλητικής για τη ζωή ασθένειας (Purc-Stephenson, 2014). Μια άλλη έρευνα σε ασθενείς με διαβήτη τύπου δύο (2), έδειξε ότι οι ασθενείς αυτοί βιώνουν μετατραυματική ανάπτυξη και σημειώνει ότι η διαδικασία αυτή διευκολύνεται από την κοινωνική υποστήριξη (Dirik & Göcek-Yorulmaz, 2018). Ακόμα, μια έρευνα σε προπτυχιακούς φοιτητές έδειξε πως τα άτομα με χρόνια ασθένεια βιώνουν τόσο εντονότερα συμπτώματα τραύματος, όσο και μετατραυματική ανάπτυξη, ενισχύοντας την άποψη ότι η μετατραυματική ανάπτυξη και το τραύμα μπορούν να συνυπάρχουν (Tolleson & Zeligman, 2019). Αλλά και το στρες που προέρχεται από τη διάγνωση καρκίνου σχετίζεται θετικά με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Laskowska, 2021).



Μια πιθανή αιτία για την εμφάνιση της μετατραυματικής ανάπτυξης είναι η αποσυναρμολόγηση των παλαιών εννοιολογικών κατασκευών, που έχει ως αποτέλεσμα το άτομο που βίωσε το τραύμα να αναστοχάζεται, να επανεκτιμά και εν τέλη να αποζητά επαναπροσδιορισμό του νοήματος (Cadell, Regehr & Hemsworth, 2003). Βασική προϋπόθεση είναι, ο βαθμός του τραύματος να είναι τέτοιος ώστε να διαταράξει μεν το σύστημα πεποιθήσεων, χωρίς όμως να δημιουργήσει πολύ μεγάλο άγχος που θα αποκλείσει την προσωπική ανάπτυξη (Long et al., 2021). Σε παρόμοια διαπίστωση καταλήγει και έρευνα των Ramos, Leal, Costa, Tapadinhas, & Tedeschi, (2018), εκτιμώντας μάλιστα ότι η αμφισβήτηση των υπαρχουσών πεποιθήσεων έχει πολύ μεγαλύτερη επίδραση στην μετατραυματική ανάπτυξη απ' ότι στο ίδιο το μετατραυματικό στρες. Μια ακόμη έρευνα δε, σε γονείς παιδιών που βιώνουν χρόνιο πόνο, έδειξε μια καμπυλόγραμμη σχέση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες καθώς, σύμφωνα με τη μελέτη, τη μεγαλύτερη ανάπτυξη ανέφεραν οι γονείς με μέτρια συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Khu, Soltani, Neville, Schulte, & Noel, 2019). Αυτό το είδος της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και της ανάπτυξης, υποστηρίζει και μια συστηματική ανασκόπηση μελετών σε παιδιά και γονείς με σοβαρές παιδιατρικές ασθένειες. Στην ανασκόπηση αυτή, υποστηρίζεται επίσης ότι οι γονείς παιδιών με σοβαρές ασθένειες, εμφανίζουν ανάπτυξη στους τομείς της εκτίμησης της ζωής αλλά και της πνευματικότητας (Kritikos, Stiles-Shields, Winning, Starnes, Ohanian, Clark, del Castillo, Chavez, & Holmbeck, 2021). Εξίσου σημαντικά είναι τα ευρήματα μελέτης που σύγκρινε τη μετατραυματική ανάπτυξη μεταξύ δύο ομάδων, αυτών που είχαν αδελφό ή αδελφή με ψυχική διαταραχή και αυτών που δεν είχαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι είχαν αδελφό ή αδελφή με ψυχική διαταραχή, εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης, αντίθετα από την ομάδα

σύγκρισης. Το αξιοσημείωτο σε αυτή τη μελέτη είναι ότι τα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης μειώθηκαν όταν τα άτομα αυτά ήταν φροντιστές των ασθενών αδελφών τους, πράγμα που δείχνει ότι το υπέρμετρο βάρος των ευθυνών και της φροντίδας μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην ανάπτυξη (Sanders & Szymanski, 2013). Αντιθέτως, μια μελέτη για το ρόλο του τραύματος στην πρόγνωση της μετατραυματικής ανάπτυξης, διαπίστωσε ότι η σχέση του μετατραυματικού στρες με την ανάπτυξη εξηγείται καλύτερα από ένα γραμμικό μοντέλο (Gleeson, Curran, Simms, Dyer, Fletcher, & Hanna, 2022). Τη σημασία του τραύματος στην εμφάνιση ανάπτυξης υποστηρίζει και έρευνα μεταξύ πενθούντων φροντιστών ασθενών με AIDS, όπου διαφαίνεται ότι η δυσφορία που ακολουθεί το τραυματικό γεγονός, συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη ως απότοκο του τραύματος (Cadell et al., 2003). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και έρευνα σε γονείς παιδιών με βαριά αιμορροφιλία, οι οποίοι οδηγήθηκαν σε προσωπική ανάπτυξη μέσα από τις εμπειρίες που βίωσαν κοντά στα παιδιά τους (Beeton, Neal, Watson & Lee, 2007). Σε μια έρευνα σε παιδιά που επιβίωσαν από σεισμό και τσουνάμι το 2010 στη Χιλή, 12 και 24 μήνες μετά από το σεισμό, αναφέρεται ότι η σκόπιμη αναδρομή στα τραυματικά γεγονότα ευνοεί την μετατραυματική ανάπτυξη σε αντίθεση με τις διεισδυτικές σκέψεις οι οποίες ευνοούν την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες (Andrades, García, & Kilmer, 2021).

Από την άλλη μεριά η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη (Cadell et al., 2003; Ebrahim & Alothman, 2021). Σε αυτό το συμπέρασμα συμφωνούν και οι Nenova, Duhamel, Zemon, Rini, & Redd (2013), προσθέτοντας ότι οι υποστηρικτικές συμπεριφορές που ευνοούν τη γνωστική επεξεργασία του τραύματος, αποτελούν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για μετατραυματική ανάπτυξη. Τη μεγάλη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στην επιτάχυνση της μετατραυματικής ανάπτυξης υποστηρίζει και μελέτη των Gurowiec,

Ogińska-Bulik, Michalska, & Kędra, (2022), αφού τονίζει την αποτελεσματικότητα της συζήτησης του τραύματος με υποστηρικτικούς συνομηλίκους. Χωρίς ιδιαίτερη διαφοροποίηση, μια μελέτη σε επιζώντες καταστροφών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αντίληψη ισχυρής κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται θετικά με ελαφρά συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες και υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ θεωρεί την κοινωνική υποστήριξη ως σημαντικό ψυχολογικό πόρο για τη μετατραυματική ανάπτυξη που ακολουθεί μεγάλες καταστροφές (Han, Park, Park, An, Lee, Yoon, & Ko, 2019). Άλλη μια μελέτη μετά την μεγάλη πλημμύρα στη Λουϊζιάνα το 2016, εντόπισε θετική συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με την μετατραυματική ανάπτυξη, υποστηρίζοντας ότι η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης είναι υψίστης σημασίας για την ανάπτυξη (Boullion, Pavlacic, Schulenberg, Buchanan, & Steger, 2020). Στο ίδιο μήκος κύματος και οι Xiong et al. (2022), που αναφέρουν ότι η κοινωνική υποστήριξη παίζει έναν προστατευτικό ρόλο καθώς σχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες και θετικά με την ανάπτυξη μετά το τραύμα, ενώ οι Yazici et al. (2021), θεωρούν ότι η κοινωνική υποστήριξη διαμεσολαβεί στον προγνωστικό ρόλο των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες στη μετατραυματική ανάπτυξη, καθώς το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να βοηθήσει στην επανεκτίμηση του τραυματικού γεγονότος. Παρόλο που φαίνεται να υπερισχύει η άποψη ότι η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης, σε μια μελέτη για τη μετατραυματική ανάπτυξη ατόμων με χρόνιες ασθένειες, τονίζεται ότι η παραγωγή νοήματος μέσα από την ασθένεια αποτελεί ακόμη ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα. Με άλλα λόγια η παραγωγή νοήματος μέσα από την ασθένεια, μετριάξει τη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με τη μετατραυματική ανάπτυξη (Zeligman, Varney, Grad, & Huffstead, 2018).

Άλλοι κρίσιμοι παράγοντες για τη μετατραυματική ανάπτυξη είναι αυτοί που συνδέονται με κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές, με σημαντικότερο από αυτούς το οικογενειακό εισόδημα (Wang, She, Wang, Zhang, Lin, & Zhu, 2021). Τη σημασία των δημογραφικών μεταβλητών τονίζει και μελέτη σε επιζώντες του μεγαλύτερου σεισμού που έχει γίνει ποτέ στην Κορέα, αφού επισημαίνει ότι οι γηραιότεροι και οι παντρεμένοι εμφάνισαν μεγαλύτερα σκορ μετατραυματικής ανάπτυξης. Η ίδια έρευνα όμως προσθέτει και έναν ακόμη παράγοντα που οδηγεί σε υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη και αυτός είναι η θρησκεία (Seo & Lee, 2020). Σε αυτό συμφωνούν και οι Yazıcı et al. (2021), συμπληρώνοντας όμως ότι η αρνητική θρησκευτική αντιμετώπιση δεν έχει κάποια στατιστικά σημαντική επίδραση στην εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης. Θετική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και της μετατραυματικής ανάπτυξης και στους πέντε παράγοντες, βρέθηκε και σε μια μελέτη σε ενήλικες φοιτητές πανεπιστημίου οι οποίοι βίωσαν κάποιο τραυματικό γεγονός μετά την ηλικία των 16 ετών (Eames & O'Connor, 2022). Αλλά και το φύλλο εμφανίζεται σε κάποιες μελέτες να παίζει ρόλο στη μετατραυματική ανάπτυξη. Έτσι, σε μελέτη πληθυσμού γονέων παιδιών που έχουν κάνει μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων, βρέθηκε πως η ομάδα των γονέων που παρουσίασε υψηλές τιμές ανάπτυξης αποτελείτο σε πολύ μεγάλο ποσοστό από μητέρες. Στην έρευνα αυτή προτείνεται, μελλοντικά να διερευνηθεί η μετατραυματική ανάπτυξη υπό την προοπτική του φύλου (Riva et al., 2014). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν να σχετίζονται με αυτά μιας διαχρονικής μελέτης στη διάρκεια της πρώτης πανδημίας του COVID-19, όπου βρέθηκε πως οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης από του άντρες (Collazo-Castiñeira, Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz, & Collado, 2022).

Τελειώνοντας, είναι σημαντικό να αναφερθούμε στο σημαντικό ρόλο της μετατραυματικής ανάπτυξης στην αποτελεσματικότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τα μελλοντικά τραυματικά γεγονότα της ζωής του. Σε έρευνα που έγινε σε φροντιστές καρκινοπαθών με κακή πρόγνωση βρέθηκε ότι όσοι από τους φροντιστές δεν είχαν κάποια πνευματική ανάπτυξη, είχαν χαμηλότερη επίδοση στη φροντίδα των ασθενών (Dionne-Odom, Demark-Wahnefried, Taylor, Rocque, Azuero, Acemgil, Martin, Astin, Ejem, Kvale, Heaton, Pisu, Partridge, & Bakitas, 2017).

#### 1.4. Ψυχική Ανθεκτικότητα

Σημαντικό παράγοντα της ψυχικής υγείας, αποτελεί και η ψυχική ανθεκτικότητα. Ως τέτοιος, η ψυχική ανθεκτικότητα ενδέχεται να σχετίζεται με την ύπαρξη χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Ο όρος ανθεκτικότητα γίνεται αντιληπτός ως η δυνατότητα διατήρησης της ψυχικής και σωματικής λειτουργικότητας σε σταθερά, υγιή επίπεδα μετά από ένα τραυματικό γεγονός, όπως ο θάνατος ενός κοντινού προσώπου ή μια απειλητική για τη ζωή κατάσταση (Bonanno, 2004). Διατυπώνοντας με έναν διαφορετικό τρόπο θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα κανείς να αντέχει τα τραυματικά γεγονότα, χωρίς να αναφέρει συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz, & Solomon, 2009). Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση, η ανθεκτικότητα προάγεται από τα υψηλά επίπεδα θετικών προσδοκιών, όπως η ελπίδα και η αισιοδοξία, τα οποία διευκολύνουν την ενεργή αντιμετώπιση των τραυματικών γεγονότων (Gallagher, Long, & Phillips, 2020). Ένας παράγοντας που αξίζει να ερευνηθεί για τη σχέση του με την ανθεκτικότητα, είναι η ασθένεια. Έρευνα που έγινε σε ασθενείς με θαλασσαιμία έδειξε ότι αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν στοιχεία ανθεκτικότητας (Kaewkong, Boonchooduang, Charoenkwan, & Louthrenoo, 2021). Μια άλλη έρευνα σε γονείς παιδιών με βαριά αιμορροφιλία, διαπίστωσε πως οι γονείς αυτοί αντιλαμβάνονταν ότι οι εμπειρίες τους, τους έκαναν

πιο ανθεκτικούς στην αντιμετώπιση νέων σοβαρών προβλημάτων (Beeton, Neal, Watson, & Lee, 2007), ενώ έρευνα σε γονείς με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού δείχνει ότι τα υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας συσχετίζονται θετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη (Qin, Feng, Qu, Luo, Chen, Chen, Zou, & Zhang, 2021). Ακόμα μια έρευνα σε μητέρες παιδιών με αυτισμό στη Σαουδική Αραβία αναδεικνύει την ανθεκτικότητα ως προγνωστικό παράγοντα για τη μετατραυματική ανάπτυξη (Ebrahim & Alothman, 2021). Αλλά και μια μελέτη σε γονείς παιδιών με χρόνιο πόνο ανακάλυψε ότι η ανθεκτικότητα του γονέα μπορεί να αμβλύνει την σχέση μεταξύ της έντασης του πόνου του παιδιού και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του γονέα (Khu et al., 2019). Η θετική αυτή συσχέτιση υποστηρίζεται και σε μελέτη σε άτομα που έχουν χάσει κάποιο κοντινό πρόσωπο, ωστόσο από τη μελέτη φαίνεται ότι δεν έχουν όλες οι διαστάσεις της ανθεκτικότητας την ίδια επίδραση (Ogińska-Bulik, 2015). Μικρή διαφοροποίηση βρίσκουμε σε έρευνα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, όπου η θετική συσχέτιση της ανθεκτικότητας με τη μετατραυματική ανάπτυξη εμφανίζεται μόνο σε εκείνες τις γυναίκες που βιώνουν την ασθένεια ως τραυματικό γεγονός (Gundogmus et al., 2022).

Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίζονται και σε έρευνα που αφορούσε επιζώντες από τη μεγάλη πλημμύρα της Λουϊζιάνα το 2016, που βρήκε θετική συσχέτιση της ανθεκτικότητας με την μετατραυματική ανάπτυξη. Η έρευνα αυτή, κάνοντας ένα βήμα παραπέρα, έκανε λόγο για ευδιάκριτη διαφορά ανάμεσα στις δύο έννοιες, ανθεκτικότητα και μετατραυματική ανάπτυξη, αφού η ανθεκτικότητα συσχετίστηκε αρνητικά με τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε αντίθεση με την μετατραυματική ανάπτυξη, της οποίας η συσχέτιση με τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες είναι θετική (Boullion et al., 2020). Στον αντίποδα, οι Levine et al. (2009), καταλήγουν ότι μεγάλη ανθεκτικότητα έχει ως αποτέλεσμα μικρότερη

μετατραυματική ανάπτυξη αφού, όπως υποστηρίζουν, τα ανθεκτικά άτομα δεν έχουν τόσο ανάγκη από μετατραυματική ανάπτυξη επειδή βιώνουν πιο ανώδυνα το τραύμα. Παρόμοια αποτελέσματα συναντούμε και στην έρευνα του Salami (2010), σχετικά με τις αντιδράσεις εφήβων στη βία, όπου η ανθεκτικότητα φαίνεται να μετριάζει τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα και της εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες και ως εκ τούτου οι ανθεκτικοί έφηβοι αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, αντιμετωπίζοντας τις αντιξοότητες ως προσωρινές και υιοθετώντας μια θετικότερη στάση ζωής. Στο ίδιο μήκος κύματος μια διαχρονική έρευνα στην πρώτη περίοδο της πανδημίας του COVID-19, κατέληξε σε αρνητική συσχέτιση της ανθεκτικότητας τόσο με την μετατραυματική ανάπτυξη όσο και με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά η μελέτη υποστήριξε τη διαμεσολάβηση της σχέσης της ανθεκτικότητας με την μετατραυματική ανάπτυξη, από την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, καταλήγοντας ότι η ανθεκτικότητα αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι αυτών των συμπτωμάτων (Collazo-Castiñeira et al., 2022). Δεν λείπουν βέβαια και οι περιπτώσεις όπου η ανθεκτικότητα δεν σχετίζεται με την μετατραυματική ανάπτυξη. Έτσι, μια μελέτη σε ασθενείς με επίκτητη εγκεφαλική βλάβη δεν βρίσκει κάποια συσχέτιση μεταξύ της ανθεκτικότητας και της μετατραυματικής ανάπτυξης, σε κανέναν από τους πέντε παράγοντες της τελευταίας (Baseotto et al., 2022).

Η ανθεκτικότητα ενός ενήλικου ατόμου μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά από την ψυχολογική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα η συναισθηματική και άλλες μορφές κακοποίησης στην παιδική ηλικία, σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική ανθεκτικότητα στην ενήλικη ζωή (Naghavi & Nakhaee, 2021; Yu, Huang, Mao, DNA, & Luo, 2022). Σε έρευνα που έγινε στην Ατλάντα των Η.Π.Α., σε χώρους

αναμονής ιατρικών κλινικών, βρέθηκε ότι οι ενήλικες που είχαν βιώσει οποιοδήποτε τύπου βία στο σπίτι ως παιδιά, παρουσίαζαν μειωμένη ανθεκτικότητα σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν βιώσει ενδοοικογενειακή βία. Εν ολίγοις, η συναισθηματική κακοποίηση βρέθηκε να έχει τον μεγαλύτερο βαθμό επιρροής στην ανθεκτικότητα, ενώ ήταν ο δεύτερος κατά σειρά τύπος κακοποίησης που σχετιζόταν με την ψυχολογική δυσφορία. Κάτι τέτοιο μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός ότι η συναισθηματική κακοποίηση είναι συνήθως χρόνια, σε αντίθεση με άλλους τύπους κακοποίησης (Nishimi, Choi, Davis, Powers, Bradley & Dunn, 2020). Την υπεροχή της συναισθηματικής κακοποίησης έναντι των άλλων δυσμενών εμπειριών της παιδικής ηλικίας, όσον αφορά την αρνητική συσχέτιση με την ανθεκτικότητα, υποστηρίζει και μια έρευνα μεταξύ φοιτητών κολλεγίων στην Κίνα (Chen, Huang, Yang, & Wang, 2022). Υψηλό, όχι όμως τον υψηλότερο, βαθμό επιρροής της συναισθηματικής κακοποίησης στην ανθεκτικότητα βρίσκουμε και σε μια έρευνα στην Ισλανδία με αντικείμενο τις επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην ψυχική υγεία ενήλικων γυναικών (Dánielsdóttir, Aspelund, Thordardottir, Fall, Fang, Tómasson, Rúnarsdóttir, Yang, Choi, Kennedy, Halldorsdottir, Lu, Song, Jakobsdóttir, Hauksdóttir, & Valdimarsdóttir, 2022). Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και η έρευνα των Dong, Xu, & Xu (2021), σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής, προσθέτοντας επιπλέον ότι όσοι έχουν βιώσει παιδικό τραύμα χρειάζονται μεγαλύτερη υποστήριξη από την οικογένεια έτσι ώστε να ενισχύσουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα. Οι δε Keane & Evans (2022), σημειώνουν την μεγάλη σημασία των σχέσεων των μαθητών με τους καθηγητές τους σε ένα συμπεριληπτικό σχολείο, για την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας. Μια ακόμη έρευνα σε εφήβους από έξι διαφορετικά Γυμνάσια στην Τουρκία, εντόπισε αρνητική συσχέτιση της ψυχολογικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία τόσο με την ανθεκτικότητα όσο και την αυτοεκτίμηση (Arslan, 2016). Στην ίδια



έρευνα διαπιστώνεται ότι τα υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας μπορούν να αποτελέσουν προστατευτικό παράγοντα και να βοηθήσουν ένα άτομο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την ψυχολογική κακοποίηση. Τον προγνωστικό ρόλο της ψυχολογικής κακοποίησης για τα επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας, αναγνωρίζει και μελέτη των Campbell-Sills, Forde, & Stein (2009), σημειώνοντας παρόλα αυτά ότι μόνο το 2% της διακύμανσης της ανθεκτικότητας μπορεί να εξηγηθεί από ιστορικό παιδικής κακοποίησης, το οποίο αποτελεί μια μόνο παράμετρο ανάμεσα σε πολλές, οι οποίες πρέπει επίσης να διερευνηθούν.

Μια έρευνα για τις στρατηγικές αντιμετώπισης δυσμενών καταστάσεων σε εφήβους ανέδειξε τη σημασία της ανθεκτικότητας αφού σύμφωνα με τα ευρήματα, οι ανθεκτικοί έφηβοι χρησιμοποιούν τόσο στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα όσο και άλλες εστιασμένες στο συναίσθημα, σε αντίθεση με τους μη ανθεκτικούς εφήβους οι οποίοι δεν χρησιμοποιούν κανενός είδους στρατηγική ( Lee, J. H., Seo, Lee, M., Park, Lee, J. H., & Lee, S. M, 2017).

### 1.5. Κατάθλιψη

Η χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια αποτελεί μια δυσμενή εμπειρία τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τους φροντιστές του. Τέτοιου είδους εμπειρίες είναι δυνατόν να γίνουν αιτία εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Άλλωστε, σύμφωνα με το DSM-5 προγνωστικοί παράγοντες για την κατάθλιψη μπορούν να θεωρηθούν μεταξύ άλλων, οι δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, καθώς και η ύπαρξη μιας χρόνιας ασθένειας ή μιας αναπηρίας (APA, 2013). Με αυτό το σκεπτικό θα ήταν χρήσιμο να ελεγχθεί η σχέση της ασθένειας με την κατάθλιψη.

Σύμφωνα με το ICD-11 η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες στο μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας και για κάθε μέρα σε ένα

διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων (WHO, 2019/2021). Η κατάσταση αυτή μπορεί να συνοδεύεται από δυσκολία συγκέντρωσης, αίσθημα αναξιοσύνης ή ενοχής, απελπισία, σκέψεις θανάτου, αλλαγές στη όρεξη και στον ύπνο καθώς και κόπωση και έλλειψη ενέργειας (WHO, 2019/2021). Η επίδραση της ασθένειας στην κατάθλιψη έχει μελετηθεί από διάφορους ερευνητές. Μελέτη σε επιζώντες που ασθένησαν μέτρια ή σοβαρά με COVID-19 έδειξε ότι στον πληθυσμό αυτό υπάρχουν υψηλά ποσοστά άγχους, κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες (Imran, Nasa, Alexander, Upadhyay, & Alanduru, 2021). Αλλά και οι φροντιστές ασθενών επηρεάζονται σημαντικά. Μια ποιοτική μελέτη αναφέρει ότι οι φροντιστές ηλικιωμένων με χρόνιες ασθένειες συνήθως δεν καταφέρνουν να ισορροπήσουν ανάμεσα στις ανάγκες τους και τις ανάγκες του προσώπου που φροντίζουν με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν ποικιλία προκλήσεων, μια από τις οποίες είναι η κατάθλιψη (Mthembu, Brown, Cupido, Razack, & Wassung, 2016). Ακόμη μια μελέτη σε φροντιστές ασθενών με καρκίνο έδειξε ότι η μακροχρόνια φροντίδα ασθενών με καρκίνο σχετίζεται τόσο με σωματική νοσηρότητα όσο και με χρόνια ή όχι καταθλιπτικά συμπτώματα, 5 χρόνια μετά την πρώτη διάγνωση του καρκίνου. Η μελέτη υποστηρίζει ότι η ομάδα των φροντιστών παρουσιάζει περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με την ομάδα των μη φροντιστών και μάλιστα αναφέρει ότι τα συμπτώματα αυτά που παρατηρούνται κατά τη διάγνωση παραμένουν για αρκετά χρόνια παρά την θεραπεία (Shaffer, Kim, Carver, & Cannady, 2017). Πιο συγκεκριμένα, σε μια μελέτη σε φροντιστές καρκινοπαθών με κακή πρόγνωση, βρέθηκε ότι το ένα τέταρτο αυτών εμφανίζει κλινικά, υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και υποβαθμισμένη ψυχική υγεία (Dionne-Odom et al., 2017). Ακόμη μια μελέτη σε φροντιστές ατόμων με άνοια έδειξε υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αλλά και άγχους. Φαίνεται μάλιστα τα ποσοστά του άγχους να είναι μεγαλύτερα (Barrera-Caballero, Romero-Moreno, Pedroso-Chaparro, M., Pedroso-

Chaparro, Olmos, Vara-García, Gallego-Alberto, Cabrera, Márquez-González, Olazarán, & Losada-Baltar, 2021).

Αλλά και η φροντίδα γονέων με χρόνια νόσο, μπορεί να έχει ως συνέπεια την εμφάνιση κατάθλιψης στους φροντιστές. Σύμφωνα με σχετική μελέτη, βασική αιτία είναι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες των φροντιστών (Nicholls, Patterson, McDonald, & Hulbert-Williams, 2017). Γενικότερα η ύπαρξη ασθένειας μέσα σε μια οικογένεια ευνοεί την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μια ποιοτική μελέτη ανάμεσα σε φοιτητές έδειξε ότι η εμπειρία να ζεις σε μια οικογένεια που κάποιο μέλος της πάσχει από χρόνια ασθένεια, μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των φοιτητών. Το σημαντικότερο ζήτημα είναι το αίσθημα ευθύνης και η αντιστροφή των ρόλων, στην περίπτωση που ο ασθενής είναι ο γονέας. (Van der Werf, Paans, Emmens, Francke, Roodbol, & Luttik, 2020). Μια άλλη μελέτη σε άτομα με αιμορροφιλία και τους φροντιστές τους, καθώς και τα αδέρφια τους και γενικότερα το οικογενειακό τους περιβάλλον, έδειξε ότι τόσο τα ίδια τα άτομα που πάσχουν όσο και οι φροντιστές τους εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές όπως άγχος και κατάθλιψη. Επιπλέον, τα αδέρφια παιδιών που πάσχουν από αιμορροφιλία με αναστολείς επηρεάζονται άμεσα και σοβαρά από την ασθένεια του αδελφού τους, καθώς βιώνουν τραύμα, άγχος και κατάθλιψη, ενώ αισθάνονται παραμελημένα μέσα στην οικογένεια, εξαιτίας της ιδιαίτερης προσοχής που χρήζουν τα ασθενούντα αδέρφια τους (Robinson et al., 2020).

Εκτός από την ασθένεια, η συναισθηματική κακοποίηση από γονέα είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης. Ένας συγκερασμός έξι μελετών σε μεικτό δείγμα εφήβων και ενηλίκων έδειξε ότι η συναισθηματική κακοποίηση από γονέα σχετίζεται τόσο με ιστορικό κατάθλιψης όσο και με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα. Η συσχέτιση αυτή είναι παρόμοια με αυτή της σεξουαλικής κακοποίησης από μη συγγενικά πρόσωπα, ενώ η σωματική κακοποίηση δεν σχετίζεται με την

κατάθλιψη. Επιπλέον, βρέθηκε ότι αν η συναισθηματική κακοποίηση διαπράττεται από τη μητέρα, τότε σχετίζεται σημαντικά με περισσότερα και σοβαρότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ αν διαπράττεται από τον πατέρα όχι. Από την άλλη μεριά η συναισθηματική κακοποίηση από τον πατέρα σχετίζεται σημαντικά με διάγνωση διαταραχής μετατραυματικού στρες (Vallati, Cunningham, Mazurka, Stewart, Larocque, Milev, Bagby, Kennedy, & Harkness, 2020). Αλλά και μια μελέτη για την ευημερία μεταξύ νεαρών κινέζων ενηλίκων, έδειξε πως η έκθεση σε δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία συνδέεται με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία, ένα από τα οποία είναι η κατάθλιψη (Wang, L. et al., 2022). Εδώ αξίζει να αναφερθεί μελέτη σε άτομα που αυτοαναφέρονται ως καταθλιπτικά, στην οποία βρέθηκε ότι η παρουσία συμπτωμάτων σύνθετου μετατραυματικού στρες, είχε ως αποτέλεσμα περισσότερα συνυπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σχέση με αυτούς που είχαν μεν κατάθλιψη αλλά όχι μετατραυματικό στρες (Fung, Chien, Lam, & Ross, 2022).

Συνδυάζοντας την ασθένεια γονέα με τη συναισθηματική κακοποίηση του τέκνου στην παιδική ηλικία, βρίσκουμε πως αν το παιδί που καλείται να φροντίσει τον ασθενή πατέρα, είχε κακοποιηθεί από αυτόν όταν ήταν στην παιδική ηλικία, τα επίπεδα κατάθλιψης γίνονται ακόμη υψηλότερα (Kong, 2018). Στο ίδιο μήκος κύματος και μια μελέτη σύμφωνα με την οποία η παροχή φροντίδας σε κακοποιητικό γονέα σχετίζεται με υψηλότερα καταθλιπτικά επίπεδα. (Kong & Moorman, 2015). Στη μελέτη αυτή αναφέρεται, πως μια αιτία γι' αυτό θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι ο γονέας αυτός είναι ένας δύσκολος ασθενής που ίσως να είναι ακόμη κακοποιητικός, δυσκολεύοντας έτσι το ρόλο του φροντιστή του. Μια άλλη εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι η παιδική κακοποίηση δημιούργησε ελλείμματα στην αυτορρύθμιση και τον συναισθηματικό έλεγχο, με αποτέλεσμα ο φροντιστής να μην είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Skowron & Woehrle, 2012). Την

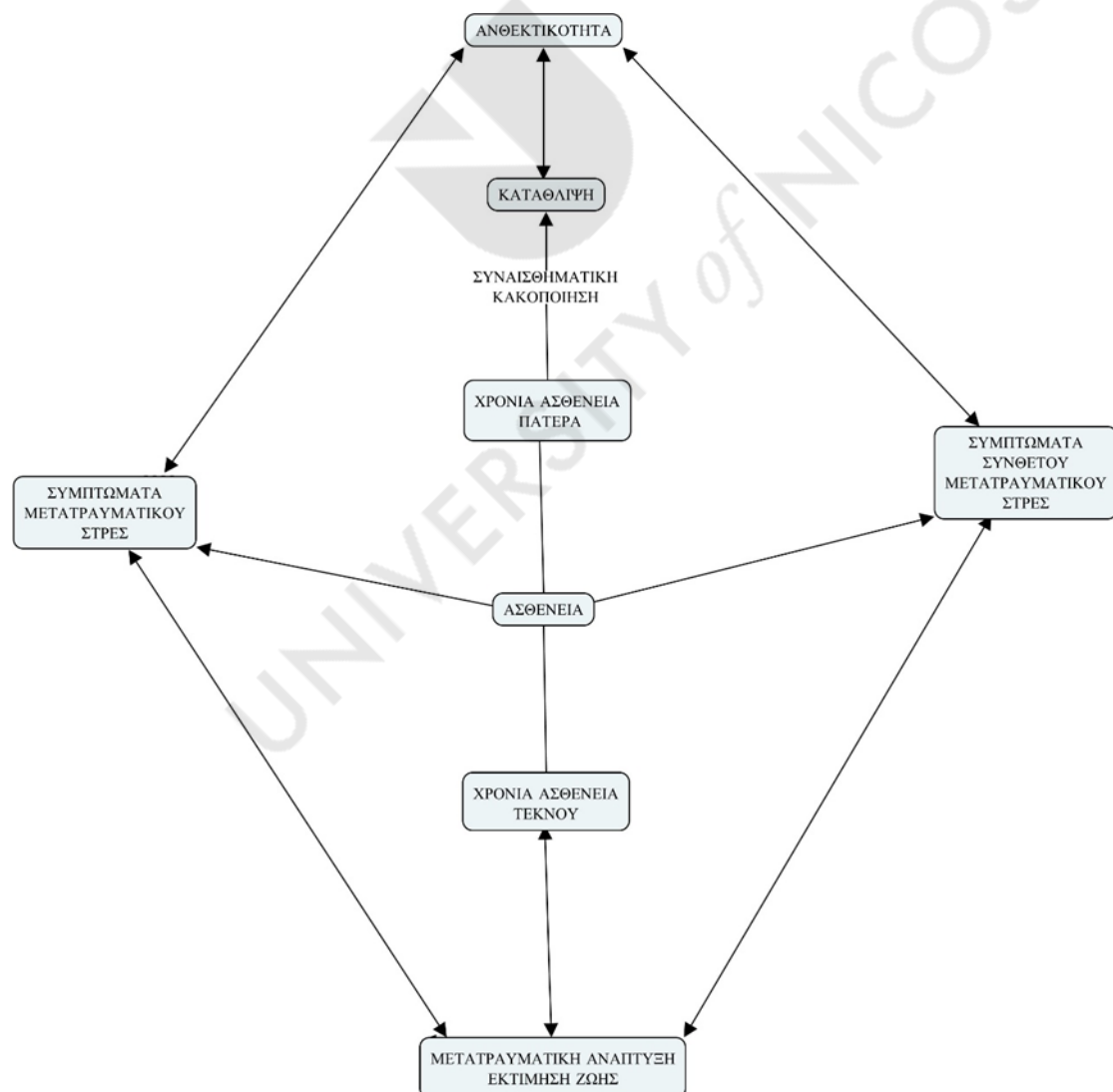
αρνητική στάση ενός κακοποιημένου ενήλικου τέκνου, όσον αφορά τις υποχρεώσεις του στην οικογένεια, καταγράφει και μια μελέτη σε μεσήλικες, όπου φαίνεται ότι η σοβαρότητα της συναισθηματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία είναι καθοριστική για τη στάση του μετέπειτα ενήλικα απέναντι στις υποχρεώσεις του στην οικογένεια (Parker, Maier, & Wojciak, 2018). Τέλος, σε μια μελέτη ενήλικων τέκνων σχετικά με τη σχέση που είχαν με την ηλικιωμένη μητέρα τους, βρέθηκε ότι εκείνοι που είχαν κακοποιηθεί στην παιδική ηλικία από μητέρα που εξέφραζε και τη στοργή της στο παιδί της, εμφάνισαν αρνητική ψυχολογική λειτουργικότητα. Σε αυτό συμβάλλει η αμφιθυμία που βιώνουν τα τέκνα αυτά απέναντι στη μητέρα, η οποία προέρχεται από τις ανάμικτες παιδικές εμπειρίες τους από το πρόσωπο φροντίδας (Kong, Martire, Tate, Bray, & Almeida, 2021).

Όσον αφορά συσχετίσεις της κατάθλιψης με στρατηγικές αντιμετώπισης και με την ανάπτυξη, αξίζει να αναφερθεί μια έρευνα που αφορούσε φροντιστές παιδιών με χρόνιες ασθένειες, η οποία έδειξε ότι η επιλογή της αποφυγής ως στρατηγικής αντιμετώπισης των αγχωτικών συμβάντων, σχετίζεται με υψηλότερη κατάθλιψη (Waugh, Leslie-Miller, Shing, Furr, Nightingale, & McLean, 2021). Από την άλλη μεριά σε μια συστηματική ανασκόπηση μελετών για γονείς και παιδιά με σοβαρές ασθένειες, έδειξε ότι η σχέση της κατάθλιψης με την μετατραυματική ανάπτυξη δεν είναι σταθερή αλλά εξαρτάται από το είδος της ασθένειας (Kritikos et al., 2021). Αλλά και μια συστηματική ανασκόπηση μελετών που δεν αφορούσαν αποκλειστικά ασθένειες, έδειξε ότι η κατάθλιψη και η μετατραυματική ανάπτυξη δεν σχετίζονται ουσιαστικά, όταν κάποιος θεωρήσει τη βιβλιογραφία συνολικά (Long, et al., 2021).

## 1.6. Θεωρητικό πλαίσιο

Σύμφωνα με όσα έχουν προαναφερθεί η ασθένεια είναι ένας παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει την ψυχική υγεία είτε του ίδιου του ασθενούς είτε των φροντιστών του

αλλά και των συγγενών του. Στη συγκεκριμένη μελέτη θα εξεταστεί η σχέση που μπορεί να έχει η ασθένεια με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ή σύνθετου μετατραυματικού στρες. Εκτός των άλλων θα εξεταστεί η σχέση της χρόνιας ασθένειας του γονέα, με την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης στα παιδιά και επιπλέον, ο ρόλος που μπορεί να έχει σε αυτή τη σχέση η συναισθηματική κακοποίηση των παιδιών σε μικρή ηλικία, από το γονέα. Ακόμη θα γίνει μια προσπάθεια να αναδειχθεί η σχέση της χρόνιας ασθένειας τέκνου με τη μετατραυματική ανάπτυξη του γονέα του. Στην προσπάθεια αυτή θα συμβάλλουν τόσο η εκτίμηση των επιπέδων ψυχικής ανθεκτικότητας όσο και οι σχέσεις της με το μετατραυματικό στρες αλλά και την μετατραυματική ανάπτυξη.



### 1.7. Σκοπός της έρευνας

Η εκπόνηση της παρούσας έρευνας έγινε με σκοπό τη διερεύνηση της ενδεχόμενης επίδρασης της ασθένειας στην ψυχική υγεία. Αυτό θα γίνει με την εξέταση ύπαρξης συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ή σύνθετου μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης καθώς και την εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης και ψυχικής ανθεκτικότητας σε άτομα που είτε έχουν ασθενήσει τα ίδια είτε είναι συγγενείς ή φροντιστές ατόμων με χρόνιες ασθένειες ή ασθένειες που απειλούν τη ζωή. Επιπλέον, θα διερευνηθεί το ενδεχόμενο η συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία να καθορίζει την επίδραση της ασθένειας στην ψυχική υγεία.

### 1.8. Ερευνητικά ερωτήματα

Η διερεύνηση όσων αναφέρθηκαν παραπάνω θα στηριχθεί στα επόμενα τρία ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια είναι η σχέση της ασθένειας με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ή σύνθετου μετατραυματικού στρες και ποιος είναι ο ρόλος, σε αυτή τη σχέση, της συναισθηματικής κακοποίησης από γονέα στην παιδική ηλικία;
2. Ποια είναι η σχέση της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας τέκνου με τη μετατραυματική ανάπτυξη των γονέων;
3. Ποια είναι η σχέση της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας του γονέα, στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων του ενήλικου τέκνου και πώς επηρεάζει αυτή τη σχέση η συναισθηματική κακοποίηση από γονέα στην παιδική ηλικία;

### 1.9. Αναγκαιότητα της έρευνας

Έως τώρα έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες πάνω στη σχέση της ασθένειας με το μετατραυματικό στρες ή με την μετατραυματική ανάπτυξη και την ψυχική

ανθεκτικότητα. Παρόλα αυτά, οι έρευνες αυτές αφορούν πληθυσμούς από άλλες χώρες εκτός της Ελλάδος και επιπλέον οι περισσότερες αφορούν τη χρονική περίοδο πριν από την πανδημία του covid-19. Η διαφοροποίηση της παρούσας έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι πραγματοποιήθηκε στον ελληνικό πληθυσμό και κατά τη διάρκεια της πανδημίας και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα αναμένεται να δώσουν χρήσιμα κομμάτια του πάζλ για την σύνθεση της εικόνας όπως αυτή είναι σήμερα.

## 2. Μεθοδολογία

### 2.1 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για την εξυπηρέτηση των σκοπών της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία συλλογής δεδομένων: Διεθνές Ερωτηματολόγιο για το Τραύμα (ITQ), Κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικής Ανάπτυξης (PTGI), Σύντομη Κλίμακα Ανθεκτικότητας (BRS), Λίστα Ελέγχου Συμπτωμάτων-90-R (SCL-90-R) και Χρονολόγιο Έκθεσης σε Κακομεταχείριση (MACE). Επιπλέον, τέθηκαν κάποια δημογραφικά ερωτήματα, σχετικά με το φύλλο και την ύπαρξη χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας στον ίδιο τον ερωτώμενο ή στο άμεσο περιβάλλον του. Όλα τα ερωτήματα που τέθηκαν στους συμμετέχοντες στην έρευνα, παρατίθενται στο Παράρτημα.

#### **2.1.1 International Trauma Questionnaire-2018 (Διεθνές ερωτηματολόγιο για το τραύμα)**

Για την μέτρηση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και σύνθετου μετατραυματικού στρες, χρησιμοποιήθηκε το Διεθνές Ερωτηματολόγιο για το Τραύμα (International Trauma Questionnaire-ITQ) (ITQ; Cloitre et al., 2018). Όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες χρησιμοποιήθηκαν επτά ερωτήματα, ένα που



αφορά δήλωση της τραυματικής εμπειρίας και έξι που αφορούν τρία συμπλέγματα συμπτωμάτων: α) αναβίωση εδώ και τώρα (ερωτήματα 3,4), β) αποφυγή (ερωτήματα 5,6) και γ) αίσθηση τρέχουσας απειλής (ερωτήματα 7,8). Για το σύνθετο μετατραυματικό στρες, εκτός από τα προηγούμενα που είναι προαπαιτούμενα, χρησιμοποιήθηκαν και έξι ακόμη ερωτήματα, πάλι σε τρία συμπλέγματα, που αφορούν δυσλειτουργίες στην αυτοοργάνωση. Τα συμπλέγματα αυτά είναι: α) συναισθηματική δυσλειτουργία (ερωτήματα 12,13), β) αρνητική αυτοεικόνα (ερωτήματα 14,15) και γ) δυσλειτουργία στις σχέσεις (ερωτήματα 16,17). Όλα τα ερωτήματα βαθμολογούνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert που εκτείνεται από το 0 (Καθόλου) μέχρι το 4 (Υπερβολικά).

Όσον αφορά την αξιοπιστία με την έννοια της εσωτερικής συνοχής, ελέγχθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή alpha του Cronbach, τόσο για τα στοιχεία που αφορούν τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, όσο και για τα στοιχεία που αφορούν τα συμπτώματα του σύνθετου μετατραυματικού στρες. Τα αποτελέσματα τόσο για το μετατραυματικό  $\alpha=.852$  (95% CI .840-.863) όσο και για το σύνθετο μετατραυματικό στρες  $\alpha=.901$  (95% CI .893-.909) είναι πολύ ικανοποιητικά και εμφανίζονται στους παρακάτω πίνακες:

	Intraclass Correlation	95% Confidence Interval		sig
		Lower Bound	Upper Bound	
Average Measures	.852	.840	.863	.000

*Έλεγχος αξιοπιστίας: Συμπτώματα μετατραυματικού στρες*

	Intraclass Correlation	95% Confidence Interval		sig
		Lower Bound	Upper Bound	
Average Measures	.901	.893	.909	.000

*Έλεγχος αξιοπιστίας: Συμπτώματα Σύνθετου μετατραυματικού στρες*

Μέχρι τώρα δεν έχει εντοπιστεί κάποια μελέτη για την εγκυρότητα του συγκεκριμένου εργαλείου στον Ελληνικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, σε μια συστηματική

βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφέρονται ικανοποιητικά αποτελέσματα όσον αφορά την εγκυρότητα του εργαλείου (Redican, Nolan, Hyland, Cloitre, McBride, Karatzias, Murphy, & Shevlin, 2021).

### **2.1.2 Posttraumatic Growth Inventory-1996 (Κλίμακα μέτρησης της μετατραυματικής ανάπτυξης)**

Για τη μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Μέτρησης της Μετατραυματικής Ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory) (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996). Αυτή αποτελείται από εικοσιμία δηλώσεις, που αφορούν το βαθμό στον οποίο ο ερωτώμενος βίωσε κάποιες αλλαγές στη ζωή του, οι οποίες είναι βαθμολογημένες σε εξαβάθμια κλίμακα Likert, από το 0 (Καθόλου) έως το 5 (Σε πολύ μεγάλο βαθμό). Τα ερωτήματα της κλίμακας ομαδοποιούνται σε πέντε παράγοντες. Οι δηλώσεις 6, 8, 9, 15, 16 και 20 αφορούν τον παράγοντα I “σχέσεις με τους άλλους”, οι δηλώσεις 3, 7, 11, 14 και 17 αφορούν τον παράγοντα II “νέες δυνατότητες”, οι δηλώσεις 4, 10, 12 και 19 αφορούν τον παράγοντα III “προσωπική δύναμη”, οι δηλώσεις 5 και 18 αφορούν τον παράγοντα IV “πνευματική αλλαγή” και τέλος οι δηλώσεις 1, 2 και 13 αφορούν τον παράγοντα V “εκτίμηση της ζωής”.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης ελέγχθηκε για την αξιοπιστία του με την έννοια της εσωτερικής συνοχής. Για το σκοπό αυτό υπολογίστηκε ο συντελεστής alpha του Cronbach ο οποίος βρέθηκε πολύ υψηλός,  $\alpha=.956$  (95% CI .953-.960), όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί:

	Intraclass Correlation	95% Confidence Interval		sig
		Lower Bound	Upper Bound	
Average Measures	.956	.953	.960	.000

*Έλεγχος αξιοπιστίας: μετατραυματική ανάπτυξη*

Όσον αφορά την εγκυρότητα δεν κατέστη δυνατόν να βρεθεί κάποια μελέτη για τον έλεγχο της εγκυρότητας στον Ελληνικό πληθυσμό. Ωστόσο, ο έλεγχος της εγκυρότητας της Ευρωπαϊκής Γαλλικής έκδοσης, οδήγησε σε ικανοποιητικά αποτελέσματα, παρόλο που βρέθηκαν κάποιες αντιφάσεις σε σχέση με άλλες εκδόσεις (Henson, Truchot, Canevello, & Andela, 2022).

### 2.1.3 Brief Resilience Scale-2008 (Σύντομη Κλίμακα Ανθεκτικότητας)

Όσον αφορά την ψυχική ανθεκτικότητα, για την μέτρησή της χρησιμοποιήθηκε η Σύντομη Κλίμακα Ανθεκτικότητας (Brief Resilience Scale) (BRS; Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher, & Bernard, 2008). Αυτή αποτελείται από έξι δηλώσεις σχετικά την επανάκαμψη μετά από αγχωτικά γεγονότα και την αντιμετώπισή τους. Οι δηλώσεις αυτές βαθμολογούνται σε πενταβάμθια κλίμακα Likert από το 1(διαφωνώ πολύ) μέχρι το 5(συμφωνώ πολύ). Επιπλέον, σε τρεις από τις δηλώσεις, τις 2, 4, και 6 έγινε αλλαγή φοράς της κλίμακας.

Η αξιοπιστία, με την έννοια της εσωτερικής συνοχής, ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή alpha του Cronbach και τα αποτελέσματα ήταν πολύ ικανοποιητικά,  $\alpha=.873$  (95% CI .862-.883)

	Intraclass Correlation	95% Confidence Interval		
		Lower Bound	Upper Bound	sig
Average Measures	.873	.862	.883	.000

*Έλεγχος αξιοπιστίας: Ανθεκτικότητα*

Από την άλλη μεριά, η προσπάθεια να βρεθεί βιβλιογραφία με την εκτίμηση της εγκυρότητας του εργαλείου στον Ελληνικό πληθυσμό, δεν ευοδώθηκε. Παρόλα αυτά η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου έχει ελεγχθεί σε άλλους πληθυσμούς. Έτσι, σε μια έρευνα για τον Τσέχικο και τον Σλοβάκικο πληθυσμό βρέθηκαν πολύ ικανοποιητικά

αποτελέσματα για την εγκυρότητα του εν λόγω εργαλείου (Furstova, Kascakova, Polackova Solcova, Hasto, & Tavel, 2022).

#### 2.1.4 Symptom Checklist-90-R-1991 (Λίστα Ελέγχου Συμπτωμάτων-90-R)

Για να εκτιμηθεί η κατάθλιψη, χρησιμοποιήθηκε η Λίστα Ελέγχου Συμπτωμάτων-90 (Symptom Checklist-90-R-) (SCL-90-R; Prinz, Nutzinger, Schulz, Petermann, Braukhaus, & Andreas, 2013). Πρόκειται για ενενήντα ερωτήματα σχετικά με συμπτώματα, για διάφορες δυσλειτουργίες, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, το φοβικό άγχος και άλλες. Όλες οι ερωτήσεις βαθμολογούνται σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert, από το 0 (Καθόλου) μέχρι το 4 (Υπερβολικά). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν μόνο οι ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79 που αφορούσαν τα συμπτώματα κατάθλιψης.

Όσον αφορά τις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου, αρχικά έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας. Στον έλεγχο χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα ερωτήματα που ανιχνεύουν τα συμπτώματα κατάθλιψης. Ο συντελεστής alpha του Cronbach που υπολογίστηκε ανέδειξε υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου, με την έννοια της εσωτερικής συνοχής,  $\alpha=.889$  (95% CI .881-.898).

	Intraclass Correlation	95% Confidence Interval		
		Lower Bound	Upper Bound	sig
Average Measures	.889	.881	.898	.000

*Έλεγχος αξιοπιστίας: Κατάθλιψη*

Παρόλο που δεν κατέστη δυνατό να βρεθεί έρευνα για την εγκυρότητα του εργαλείου στον Ελληνικό πληθυσμό, εντούτοις σύμφωνα με έρευνα στο Ιταλικό πληθυσμό το ερωτηματολόγιο δίνει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα όσον αφορά την εγκυρότητα

(Imperatori, Bianciardi, Niolu, Fabbriatore, Gentileschi, Di Lorenzo, Siracusano, & Innamorati, 2020).

### **2.1.5 Maltreatment and Abuse Chronology-2014 (Χρονολόγιο Έκθεσης σε Κακομεταχείριση και Κακοποίηση)**

Για την εκτίμηση της συναισθηματικής κακοποίησης από γονέα στην παιδική ηλικία, χρησιμοποιήθηκε το Χρονολόγιο Έκθεσης σε Κακομεταχείριση και Κακοποίηση (Maltreatment and Abuse Chronology) (MACE; Seitz, Gerhardt, von Schroeder, Panizza, Thekkumthala, Bertsch, Herpertz, Schmahl, & Schalinski, 2022; Teicher & Parigger, 2015). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που καλεί τον ερωτώμενο να απαντήσει καταφατικά ή αρνητικά αν έχει βιώσει συγκεκριμένες εμπειρίες που παραπέμπουν σε σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική κακοποίηση είτε από γονέα, είτε από αδελφούς είτε από άλλους ενήλικες, καθώς και εμπειρίες που φανερώνουν συναισθηματική ή σωματική παραμέληση. Κάθε θετική απάντηση βαθμολογείται με ένα (1), ενώ κάθε αρνητική με μηδέν (0). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα πέντε πρώτα ερωτήματα του συμπλέγματος ερωτημάτων σχετικά με τη συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση από γονέα σε παιδική ηλικία, τα οποία αφορούσαν τη συναισθηματική κακοποίηση από γονέα στην παιδική ηλικία.

Το εν λόγω εργαλείο ελέγχθηκε ως προς την αξιοπιστία με την έννοια της εσωτερικής συνοχής μέσω του υπολογισμού του συντελεστή alpha του Cronbach. Τα αποτελέσματα δεν ήταν ικανοποιητικά και θα μπορούσαν να θεωρηθούν οριακά αποδεκτά με τιμή  $\alpha=.658$  (95% CI .628-686). Κάτι τέτοιο μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα ερωτήματα ήταν μόνο 5, καθώς η αύξηση των ερωτημάτων συνήθως αυξάνει και τον συντελεστή Cronbach's  $\alpha$  (Heo, Kim, & Faith, 2015).

	Intraclass Correlation	95% Confidence Interval		
		Lower Bound	Upper Bound	sig
Average Measures	.658	.628	.686	.000

*Ελεγχος αξιοπιστίας: Συναισθηματική κακοποίηση*

Από την άλλη μεριά, το εργαλείο δίνει πολύ καλά αποτελέσματα όσον αφορά την εγκυρότητα (Seitz et al., 2022).

## 2.2 Λειτουργικοί ορισμοί

Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων καθορίστηκαν και υπολογίστηκαν οι απαραίτητες μεταβλητές. Αρχικά ορίστηκαν οι μεταβλητές που αφορούν την ύπαρξη ή όχι κάποιας ασθένειας. Οι μεταβλητές αυτές είναι κατηγοριακές με δύο κατηγορίες ΝΑΙ και ΟΧΙ. Ο ερωτώμενος εδώ καλείται να απαντήσει αν υπάρχει ή δεν υπάρχει η ασθένεια για την οποία ερωτάται. Σε όλες τις περιπτώσεις ασθενειών, εκτός από την κληρονομική, γίνεται αναφορά σε “χρόνια ασθένεια που προκαλεί βλάβη ή απειλεί τη ζωή”. Στη συνέχεια ορίστηκαν οι μεταβλητές που αφορούν την ψυχική υγεία του ερωτώμενου. Η μεταβλητή “ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ” είναι μια αναλογική μεταβλητή της οποίας ο ρόλος είναι να εκτιμήσει το βαθμό στο οποίο εμφανίζονται στον ερωτώμενο συμπτώματα κατάθλιψης. Η τιμή της βρίσκεται υπολογίζοντας τη μέση τιμή των τιμών που έχει δώσει ο ερωτώμενος στα ερωτήματα 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79 της Λίστας Ελέγχου Συμπτωμάτων-90 (SCL-90). Όσον αφορά τη μεταβλητή “ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ”, αυτή επιδιώκει να μετρήσει τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας του ερωτώμενου και η τιμή της βρίσκεται υπολογίζοντας τη μέση τιμή των τιμών που έχει δώσει ο ερωτώμενος στα ερωτήματα της Σύντομης Κλίμακας Ανθεκτικότητας. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι στη κλίμακα αυτή έχει γίνει αλλαγή της φοράς σε τρεις από τις έξι ερωτήσεις και συγκεκριμένα στις 2, 4 και 6. Η συναισθηματική κακοποίηση από γονέα στην παιδική ηλικία εκτιμάται με τη βοήθεια της μεταβλητής “ΣΥΝΑΙΣΘ\_ΚΑΚΟΠ\_ΓΟΝ”. Η τιμή της μεταβλητής αυτής προκύπτει

υπολογίζοντας το άθροισμα των τιμών που έχει δώσει ο ερωτώμενος στις σχετικές με το αντικείμενο ερωτήσεις του Χρονολόγιου Έκθεσης σε Κακομεταχείριση και Κακοποίηση (MACE). Κάθε θετική απάντηση για την ύπαρξη κάποιας δυσμενούς εμπειρίας βαθμολογείται με ένα (1), ενώ κάθε αρνητική με μηδέν (0). Η μεταβλητές που αφορούν τη μετατραυματική ανάπτυξη είναι η “METATPAYMATIKH\_I” που εκτιμά τα επίπεδα μετατραυματικής ανάπτυξης στον παράγοντα I, δηλαδή την ανάπτυξη που έχει να κάνει με τις σχέσεις του ερωτώμενου με τους άλλους, η “METATPAYMATIKH\_II” που αφορά τις νέες δυνατότητες που βλέπει ο ερωτώμενος στη ζωή του μετά το τραυματικό γεγονός, η “METATPAYMATIKH\_III” που ανιχνεύει τη αντίληψη του ερωτώμενου για το πόσο δυνατός αισθάνεται μετά το τραυματικό γεγονός, η “METATPAYMATIKH\_IV” που εκτιμά την πνευματική αλλαγή που βίωσε ή όχι ο ερωτώμενος μετά το τραύμα και η “METATPAYMATIKH\_V” που καταγράφει την άποψη του ερωτώμενου για το πόσο έχει αλλάξει την εκτίμησή του για τη ζωή, η βίωση του τραυματικού γεγονότος. Συνολικά την μετατραυματική ανάπτυξη του ερωτώμενου εκτιμά η μεταβλητή “METATPAYMATIKH”. Όλες οι μεταβλητές που αφορούν τη μετατραυματική ανάπτυξη σε ένα παράγοντα, υπολογίζονται με άθροισμα των τιμών που δίνει ο ερωτώμενος στις επιμέρους ερωτήσεις, ενώ για συνολική ανάπτυξη αθροίζονται οι τιμές όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Όσον αφορά το μετατραυματικό στρες, είναι δύο οι σχετικές μεταβλητές. Η μια ανιχνεύει την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στον ερωτώμενο, υπολογίζεται αθροίζοντας τις τιμές που δίνει ο ερωτώμενος στα ερωτήματα 3 έως 8 του Διεθνούς Ερωτηματολογίου για το Τραύμα (ITQ) και συμβολίζεται με “PTSD\_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ”. Η δεύτερη μεταβλητή που αφορά το τραύμα είναι η “CPTSD\_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ”, ανιχνεύει συμπτώματα σύνθετου μετατραυματικού στρες στον ερωτώμενο και υπολογίζεται με το άθροισμα

των ερωτημάτων 3 έως 8 και 12 έως 17 του Διεθνούς Ερωτηματολογίου για το Τραύμα (ITQ). Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά οι μεταβλητές της παρούσας έρευνας.

Όνομα	Μεταβλητή	Τύπος	Περιεχόμενο
ΧΡΟΝΙΑ_ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας στον ερωτώμενο	Κατηγοριακή	ΝΑΙ/ΟΧΙ
ΧΡΟΝ_ΑΣΘ_ΠΑΤΕΡΑ	Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας στον πατέρα του ερωτώμενου	Κατηγοριακή	ΝΑΙ/ΟΧΙ
ΧΡΟΝ_ΑΣΘ_ΜΗΤΕΡΑΣ	Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας στην μητέρα του ερωτώμενου	Κατηγοριακή	ΝΑΙ/ΟΧΙ
ΧΡΟΝ_ΑΣΘ_ΤΕΚΝΟΥ	Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας σε τέκνο του ερωτώμενου	Κατηγοριακή	ΝΑΙ/ΟΧΙ
ΧΡΟΝ_ΑΣΘ_ΑΔΕΛΦΟΥ	Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας σε αδελφό του ερωτώμενου	Κατηγοριακή	ΝΑΙ/ΟΧΙ
ΧΡΟΝ_ΑΣΘ_ΣΥΖΥΓΟΥ	Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας σε σύζυγο του ερωτώμενου	Κατηγοριακή	ΝΑΙ/ΟΧΙ
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ	Ύπαρξη κληρονομικής ασθένειας σε συγγενή του ερωτώμενου	Κατηγοριακή	ΝΑΙ/ΟΧΙ



ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	Επίπεδο συμπτωμάτων κατάθλιψης	Αναλογική	Μέση τιμή των απαντήσεων στις αντίστοιχες ερωτήσεις του SCL-90
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	Επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας	Αναλογική	Μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις του BRS
ΣΥΝΑΙΣΘ_ΚΑΚΟΠ_ΓΟΝ	Μέτρηση της συναισθηματικής κακοποίησης από γονέα στην παιδική ηλικία	Αναλογική	Άθροισμα των απαντήσεων στις αντίστοιχες ερωτήσεις του MACE
METATPAYMATIKH_I	Μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης στον παράγοντα “σχέσεις με τους άλλους”	Αναλογική	Άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 8, 9, 15, 16 και 20 του PTGI
METATPAYMATIKH_II	Μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης στον παράγοντα “νέες δυνατότητες”	Αναλογική	Άθροισμα των απαντήσεων 3, 7, 11, 14 και 17 του PTGI
METATPAYMATIKH_III	Μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης στον παράγοντα “προσωπική δύναμη”	Αναλογική	Άθροισμα των απαντήσεων 4, 10, 12 και 19 του PTGI
METATPAYMATIKH_IV	Μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης στον παράγοντα “πνευματική αλλαγή”	Αναλογική	Άθροισμα των απαντήσεων 5 και 18 του PTGI

METATPAYMATIKH_V	Μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης στον παράγοντα “εκτίμηση της ζωής”	Αναλογική	Άθροισμα των απαντήσεων 1, 2 και 13 του PTGI
METATPAYMATIKH	Συνολική εκτίμηση της μετατραυματικής ανάπτυξης	Αναλογική	Άθροισμα όλων των απαντήσεων στο PTGI
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Εκτίμηση ύπαρξης συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες	Αναλογική	Άθροισμα των ερωτημάτων 3-8 του ITQ
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Εκτίμηση ύπαρξης συμπτωμάτων σύνθετου μετατραυματικού στρες	Αναλογική	Άθροισμα των ερωτημάτων 3-8 και 12-17 του ITQ

### 2.3 Περιγραφή έρευνας

Η εν λόγω επιστημονική μελέτη αποτελεί μέρος του ευρύτερου ερευνητικού πρωτοκόλλου εξέτασης των ψυχομετρικών παραμέτρων Global Psychotrauma Screen, του Αναπτυξιακού τραύματος και του Αποτυπώματός του εν μέσω καραντίνας λόγω κορωνοϊού.

Οι εν δυνάμει συμμετέχοντες κλήθηκαν μέσα από κοινωνικές πλατφόρμες (π.χ. Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο), διαδικτυακά φόρουμ συζητήσεων, επαγγελματικές οργανώσεις, πανεπιστήμια κ.λπ. Οι συμμετέχοντες ήταν 18 ετών και άνω και ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην

έρευνα. Οι συμμετέχοντες προσκλήθηκαν να λάβουν μέρος στη μελέτη μέσω ενός συνδέσμου ιστότοπου. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και δεν καταβλήθηκε καμία αμοιβή στους ερωτώμενους. Επιπλέον, ζητήθηκε γραπτή συγκατάθεση από όλους τους συμμετέχοντες που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Τέλος, ελήφθησαν υπόψη οι κανόνες δεοντολογίας, σύμφωνα με τις οδηγίες δεοντολογίας της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας και της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Συλλόγων Ψυχολόγων.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 2124 συμμετέχοντες. Στους παρακάτω πίνακες περιγράφονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά του δείγματος, όσον αφορά το φύλο και τις υπό μελέτη ασθένειες.

*Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (N=2124)*  
**ΦΥΛΟ**

	N	%
ΑΡΕΝ	425	20,0%
ΘΗΛΥ	1226	57,7%
Missing	473	22,3%

**ΧΡΟΝΙΑ\_ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

	N	%
ΟΧΙ	1379	64,9%
ΝΑΙ	273	12,9%
Missing	472	22,2%

**ΧΡΟΝ\_ΑΣΘ\_ΠΑΤΕΡΑ**

	N	%
ΟΧΙ	1133	53,3%
ΝΑΙ	519	24,4%
Missing	472	22,2%

**ΧΡΟΝ\_ΑΣΘ\_ΜΗΤΕΡΑΣ**

	N	%
ΟΧΙ	1245	58,6%
ΝΑΙ	407	19,2%
Missing	472	22,2%

**ΧΡΟΝ\_ΑΣΘ\_ΤΕΚΝΟΥ**

	N	%
OXI	1435	67,6%
NAI	52	2,4%
Missing	637	30,0%

<i>XPON_AΣΘ_ΑΔΕΛΦ</i>		
	N	%
OXI	1454	68,5%
NAI	158	7,4%
Missing	512	24,1%

<i>XPON_AΣΘ_ΣΥΖΥΓ</i>		
	N	%
OXI	1436	67,6%
NAI	107	5,0%
Missing	581	27,4%

<i>ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ</i>		
	N	%
OXI	1032	48,6%
NAI	387	18,2%
Missing	705	33,2%

## 2.4 Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η έκδοση 28.0.0.0 (190) του λογισμικού SPSS της IBM. Όσον αφορά το 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα για τη μελέτη της σχέσης της ασθένειας με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ή σύνθετου μετατραυματικού στρες, χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ (Mann-Whitney U test) για δυο ανεξάρτητα δείγματα. Αφού πρώτα έγινε έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων με το Kolmogorov-Smirnov τεστ, στη συνέχεια, για κάθε τύπο ασθένειας ξεχωριστά, συγκρίθηκαν, σχετικά με τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες και σύνθετου μετατραυματικού στρες, όσοι ήταν θετικοί σε κάποια ασθένεια με εκείνους που ήταν αρνητικοί. Η διαδικασία αυτή έγινε ακόμη μια φορά, όχι όμως στο γενικό πληθυσμό αλλά μόνο σε όσους εμφάνιζαν βαθμολογία

μηδέν στην κλίμακα για την συναισθηματική κακοποίηση από γονείς στην παιδική ηλικία. Στόχος ήταν η ανίχνευση του ρόλου της συναισθηματικής κακοποίησης από γονέα στην παιδική ηλικία, στη σχέση μεταξύ ασθένειας και μετατραυματικού στρες.

Για τον έλεγχο του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, που αφορούσε τη μετατραυματική ανάπτυξη γονέων παιδιών με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή, συγκρίθηκαν, και ως προς τους πέντε παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης, δύο κατηγορίες, όσοι είχαν παιδί με ασθένεια και εκείνοι που δεν είχαν παιδί με ασθένεια. Για την καλύτερη κατανόηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της σχέσης του φύλλου με τη μετατραυματική ανάπτυξη, την ψυχική ανθεκτικότητα αλλά και με τα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες. Σε κάθε περίπτωση, η στατιστική τεχνική που εφαρμόστηκε ήταν πάλι μη παραμετρικά τεστ (Mann-Whitney U test) για δυο ανεξάρτητα δείγματα και εκτελέστηκε αφού πρώτα έγινε έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων με το Kolmogorov-Smirnov τεστ.

Τέλος για το τρίτο ερώτημα, που αφορούσε την επίδραση της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας του γονέα, στα καταθλιπτικά συμπτώματα του παιδιού, έγινε σύγκριση ως προς τα συμπτώματα κατάθλιψης, μεταξύ των ατόμων που είχαν γονέα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια και των ατόμων που ο γονέας τους δεν είχε τέτοια ασθένεια. Αφού εκτελέστηκε έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων με το Kolmogorov-Smirnov τεστ, στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε η τεχνική των μη παραμετρικών τεστ (Mann-Whitney U test) για δυο ανεξάρτητα δείγματα. Για το ερώτημα αυτό η διαδικασία έγινε τόσο σε ολόκληρο τον πληθυσμό όσο και σε δείγματα με μηδενική αλλά και σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση από γονέα στην παιδική ηλικία, ώστε να εξεταστεί ο ρόλος της παιδικής συναισθηματικής κακοποίησης στα καταθλιπτικά συμπτώματα του παιδιού του ασθενούς γονέα. Επιπλέον, έγινε έλεγχος

για τη σχέση του φύλλου με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ατόμων με ασθενή γονέα.

### 3. Αποτελέσματα

#### 3.1 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Η σχέση της ασθένειας με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες

Κατά τη διάρκεια της έρευνας οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν αν οι ίδιοι πάσχουν από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, αν έχουν πατέρα ή μητέρα ή τέκνο ή αδελφό που πάσχει από τέτοιου είδους ασθένεια και εάν έχουν κάποιο συγγενή που πάσχει από κληρονομική ασθένεια. Με βάση τις απαντήσεις τους έγινε σύγκριση ως προς την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ή σύνθετου μετατραυματικού στρες, μεταξύ εκείνων που έχουν απαντήσει καταφατικά στις παραπάνω ερωτήσεις και όσων έχουν απαντήσει αρνητικά.

##### 3.1.1 Χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή

Στο σημείο αυτό έγινε σύγκριση μεταξύ εκείνων που πάσχουν από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, και όσων δεν πάσχουν από τέτοια ασθένεια.

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς χρόνια ασθένεια*

	ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.130	1164	<.001
	NAI	.130	228	<.001
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.098	1164	<.001
	NAI	.130	228	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς χρόνια ασθένεια*

	PTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	120355.000	121053.500
Z	-2.232	-2.099
Asymp. Sig. (2-tailed)	.026	.036

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες στα επίπεδα συμπτωμάτων τόσο του μετατραυματικού στρες ( $U=120355.000$ ,  $p=.026$ ) όσο και του σύνθετου μετατραυματικού στρες ( $U=121053.500$ ,  $p=.036$ ). Από τον υπολογισμό των διαμέσων για το μετατραυματικό στρες, προκύπτει ότι όσοι πάσχουν από κάποια χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια (Median=5, Interquartile Range=7) παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων σε σύγκριση με όσους δεν πάσχουν από μια τέτοια ασθένεια (Median=4, Interquartile Range=6). Παρόμοια, ο υπολογισμός των διαμέσων για το σύνθετο μετατραυματικό στρες έδειξε ότι όσοι πάσχουν από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια (Median=11, Interquartile Range=14), παρουσιάζουν πιο έντονα συμπτώματα από αυτούς που δεν έχουν διαγνωσθεί με ασθένεια τέτοιου τύπου (Median=10, Interquartile Range=13).

*Διάμεσοι μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες για τις ομάδες με και χωρίς χρόνια ασθένεια*

ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ			
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	1164
		Missing	215
		Median	4.00
		Interquartile Range	6
	NAI	Valid	228
		Missing	45
		Median	5.00
		Interquartile Range	7
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	1164
		Missing	215
		Median	10.00
		Interquartile Range	13
	NAI	Valid	228
		Missing	45
		Median	11.00
		Interquartile Range	14

Στη συνέχεια ακολούθησε ο ίδιος έλεγχος με τη διαφορά ότι δεν έγινε σε ολόκληρο τον πληθυσμό αλλά μόνο σε όσους είχαν δηλώσει μηδέν τραυματικά γεγονότα στην κλίμακα MACE για τη γονική συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία.

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς χρόνια ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.131	416	<.001
	NAI	.131	69	.005
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.097	416	<.001
	NAI	.150	69	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς χρόνια ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	12777.000	13006.500
Z	-1.467	-1.249
Asymp. Sig. (2-tailed)	.142	.212

Εδώ, σε αντίθεση με τον γενικό πληθυσμό, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους πάσχουν από κάποια χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικού (U=12777.000, p=.142) και σύνθετου μετατραυματικού στρες (U=13006.500, p=.212).

### **3.1.2 Σύζυγος που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή.**

Η επόμενη κατηγοριοποίηση σχετικά με το μετατραυματικό στρες, έγινε με βάση την ύπαρξη ή όχι συζύγου με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Οι δύο ομάδες έδειξαν ότι διαφοροποιούνται σημαντικά στατιστικά και ως προς το μετατραυματικό (U=46141.500, p=.018) αλλά και ως προς το σύνθετο μετατραυματικό στρες (U=46319.000, p=.021).



*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς σύζυγο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON ΑΣΘ ΣΥΖΥΓ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.125	1205	<.001
	NAI	.128	90	<.001
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.099	1205	<.001
	NAI	.126	90	.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς σύζυγο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	46141.500	46319.000
Z	-2.371	-2.312
Asymp. Sig. (2-tailed)	.018	.021

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τους υπολογισμούς των διαμέσων, όσοι έχουν σύζυγο με χρόνια ασθένεια (Median=5.5, Interquartile Range=8) υπερέχουν σε συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν (Median=4, Interquartile Range=6). Ο υπολογισμός των διαμέσων για το σύνθετο μετατραυματικό στρες έδειξε μια υπεροχή αυτών που έχουν σύζυγο με χρόνια ασθένεια (Median=12.5, Interquartile Range=17) έναντι αυτών που δεν αναφέρουν σύζυγο με παρόμοια ασθένεια (Median=10, Interquartile Range=13).

*Διάμεσοι μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς σύζυγο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON ΑΣΘ ΣΥΖΥΓ	
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid 1205
		Missing 231
		Median 4.00
		Interquartile Range 6
	NAI	Valid 90
		Missing 17
		Median 5.50
		Interquartile Range 8
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid 1205
		Missing 231
		Median 10.00
		Interquartile Range 13
	NAI	Valid 90
		Missing 17
		Median 12.5
		Interquartile Range 17

Ο ίδιος έλεγχος επαναλήφθηκε και σε πληθυσμό με μηδενική βαθμολογία στην κλίμακα για τη συναισθηματική κακοποίηση από γονέα στην παιδική ηλικία. Αυτή τη φορά τα αποτελέσματα δεν έδειξαν κάποια στατικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους έχουν σύζυγο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια και σε εκείνους που δεν έχουν ασθενή σύζυγο, τόσο για τα συμπτώματα του μετατραυματικού (U=5894.000, p=.326) όσο και για εκείνα του σύνθετου μετατραυματικού στρες (U=6257.000, p=.641).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς σύζυγο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON ΑΣΘ ΣΥΖΥΓ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.131	425	<.001
	NAI	.181	31	.011
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.103	425	<.001
	NAI	.180	31	.012

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς σύζυγο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	5894.000	6257.000
Z	-.983	-.467
Asymp. Sig. (2-tailed)	.326	.641

### 3.1.3 Τέκνο που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή.

Δύο ομάδες ερωτώμενων, όσοι έχουν κάποιο παιδί με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια και όσοι δεν έχουν, βρέθηκαν με στατιστικά σημαντικές διαφορές, όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικού (U=18935.500, p=.012) και σύνθετου μετατραυματικού στρες (U=20034.500, p=.044).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON ΑΣΘ ΤΕΚΝΟΥ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.127	1198	<.001
	NAI	.086	41	.200
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.106	1198	<.001
	NAI	.125	41	.107

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	18935.500	20034.500
Z	-2.506	-2.010
Asymp. Sig. (2-tailed)	.012	.044

Όπως και στις προηγούμενες περιπτώσεις οι διάμεσοι έδειξαν υπεροχή της πρώτης ομάδας (Median=6, Interquartile Range=5) έναντι της δεύτερης (Median=4, Interquartile Range=6) για το μετατραυματικό στρες. Όσον αφορά το σύνθετο μετατραυματικό στρες η διαφορά της πρώτης ομάδας (Median=15, Interquartile Range=15) από τη δεύτερη (Median=10, Interquartile Range=13) ήταν ακόμη μεγαλύτερη.

*Διάμεσοι μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

XPON ΑΣΘ ΤΕΚΝΟΥ			
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	1198
		Missing	237
		Median	4.00
		Interquartile Range	6
	NAI	Valid	41
		Missing	11
		Median	6.00
		Interquartile Range	5
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	1198
		Missing	237
		Median	10.00
		Interquartile Range	13
	NAI	Valid	41
		Missing	11
		Median	15.00
		Interquartile Range	15

Ακολούθησε ο ίδιος έλεγχος, αυτή τη φορά για ένα μέρος του πληθυσμού που δήλωνε μηδενικά τραυματικά γεγονότα όσον αφορά την γονική συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία.

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON ΑΣΘ ΤΕΚΝΟΥ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.133	426	<.001
	NAI	.116	14	.200
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.111	426	<.001
	NAI	.167	14	.200

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	PTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	2273.500	2486.500
Z	-1.520	-1.059
Asymp. Sig. (2-tailed)	.129	.289

Σε αυτόν τον πληθυσμό δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα συμπτώματα μετατραυματικού (U=2273.500, p=.129) και σύνθετου μετατραυματικού στρες (U=2486.500, p=.289) ανάμεσα σε όσους έχουν τέκνο που πάσχει από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια και όσους δεν έχουν.

### **3.1.4 Πατέρας που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή.**

Οι ερωτώμενοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με κριτήριο την ύπαρξη πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (U=193485.500, p=.034) αλλά και σύνθετου μετατραυματικού στρες (U=191716.500, p=.018). Όπως είναι φανερό από τις διαμέσους, η ομάδα που

έχει πατέρα με χρόνια ασθένεια (Median=5, Interquartile Range=7) παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε σχέση με όσους δεν πληρούν το κριτήριο αυτό (Median=4, Interquartile Range=6).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON_ΑΣΘ_ΠΑΤΕΡΑ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.126	957	<.001
	NAI	.123	435	<.001
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.099	957	<.001
	NAI	.115	435	<.001

Παρόμοια αποτελέσματα έδωσαν οι διάμεσοι και για το σύνθετο μετατραυματικό στρες, όπου φάνηκε πως όσοι έχουν πατέρα με χρόνια ασθένεια (Median=11, Interquartile Range=14) υπερέχουν στα επίπεδα συμπτωμάτων έναντι εκείνων που δεν πληρούν το κριτήριο (Median=10, Interquartile Range=12).

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	193485.500	191716.500
Z	-2.117	-2.365
Asymp. Sig. (2-tailed)	.034	.018

*Διάμεσοι μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

XPON_ΑΣΘ_ΠΑΤΕΡΑ			
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	957
		Missing	176
		Median	4.00
		Interquartile Range	6
	NAI	Valid	957
		Missing	84
		Median	5.00
		Interquartile Range	7
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	435
		Missing	156
		Median	10.00
		Interquartile Range	12
	NAI	Valid	435
		Missing	84
		Median	11.00
		Interquartile Range	14

Στην προσπάθεια για καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων, έγινε ο παραπάνω έλεγχος και σε μέρος του δείγματος που δηλώνει πως δεν είχε κανένα τραυματικό συμβάν στην παιδική ηλικία σχετικό με γονική συναισθηματική κακοποίηση.

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON ΑΣΘ ΠΑΤΕΡΑ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.123	324	<.001
	NAI	.146	161	<.001
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.105	324	<.001
	NAI	.113	161	<.001

Σε αντίθεση με τα προηγούμενα αποτελέσματα, σε αυτόν τον πληθυσμό δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικού (U=24865.000, p=.401) και σύνθετου μετατραυματικού στρες (U=24283.000, p=.215), μεταξύ των δύο ομάδων, με και χωρίς ασθενή πατέρα.

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	PTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	24865.000	24283.000
Z	-.841	-1.239
Asymp. Sig. (2-tailed)	.401	.215

### 3.1.5 Μητέρα που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή.

Με βάση το κριτήριο της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας της μητέρας, οι ερωτώμενοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Οι ομάδες συγκρίθηκαν μεταξύ τους και βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με τα συμπτώματα μετατραυματικού (U=168449.500, p=.007) και σύνθετου μετατραυματικού στρες (U=164882.500, p=.001). Τα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες βρέθηκαν

υψηλότερα για την ομάδα που έχει μητέρα με χρόνια ασθένεια (Median=5, Interquartile Range=7), σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν (Median=4, Interquartile Range=6). Αλλά και στα επίπεδα σύνθετου μετατραυματικού στρες η ομάδα όσων έχουν μητέρα με χρόνια ασθένεια (Median=12, Interquartile Range=14) βρέθηκαν να υπερέχουν έναντι των υπολοίπων (Median=10, Interquartile Range=13).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON_ΑΣΘ_ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.127	1031	<.001
	NAI	.118	361	<.001
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.103	1031	<.001
	NAI	.110	361	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	168449.500	164882.500
Z	-2.694	-3.230
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007	.001

*Διάμεσοι μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

XPON_ΑΣΘ_ΜΗΤΕΡΑΣ			
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	1031
		Missing	214
		Median	4.00
		Interquartile Range	6
	NAI	Valid	361
		Missing	46
		Median	5.00
		Interquartile Range	7
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	1031
		Missing	214
		Median	10.00
		Interquartile Range	13
	NAI	Valid	361
		Missing	46
		Median	12.00
		Interquartile Range	14

Όπως και στην περίπτωση του ασθενούς πατέρα, έτσι και εδώ ο έλεγχος επαναλήφθηκε σε εκείνο το μέρος του δείγματος που δεν είχε κανένα τραυματικό συμβάν που να στοιχειοθετεί γονική συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Τα αποτελέσματα εδώ όμως ήταν διαφορετικά. Όσον αφορά το μετατραυματικό στρες δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $U=19544.500$ ,  $p=.063$ ) στα συμπτώματα, ανάμεσα σε όσους έχουν ασθενή μητέρα και σε όσους δεν έχουν. Αντιθέτως, στα συμπτώματα του σύνθετου μετατραυματικού στρες βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $U=19021.500$ ,  $p=.025$ ) ανάμεσα στις δύο ομάδες και συγκεκριμένα εκείνοι που έχουν μητέρα που πάσχει από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων (Median=12, Interquartile Range=14) σε σχέση με όσους δεν έχουν ασθενή μητέρα (Median=10, Interquartile Range=13).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON_ΑΣΘ_ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.130	364	<.001
	NAI	.133	121	<.001
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.112	364	<.001
	NAI	.099	121	.005

Παρόλα αυτά, οι διάμεσοι δεν έδειξαν ότι η διαφορά αυτή είναι μεγαλύτερη από αυτή που είχε προκύψει στο γενικό πληθυσμό.

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	19544.500	19021.500
Z	-1.862	-2.248
Asymp. Sig. (2-tailed)	.063	.025



*Διάμεσοι σύνθετου μετατραυματικού στρες για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON ΑΣΘ ΜΗΤΕΡΑΣ		
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	364
		Missing	79
		Median	10.00
		Interquartile Range	13
	NAI	Valid	121
		Missing	15
		Median	12.00
		Interquartile Range	14

### 3.1.5 Αδελφός που έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια ή ασθένεια που απειλεί τη ζωή.

Η έρευνα σχετικά με την επίδραση της ασθένειας στα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, συνεχίστηκε με την σύγκριση όσων που έχουν αδελφό/ή με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, με εκείνους που δεν έχουν. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο για το μετατραυματικό ( $U=62130.000$ ,  $p<.001$ ) όσο και για το σύνθετο μετατραυματικό στρες ( $U=61941.500$ ,  $p<.001$ ).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς αδελφό/ή με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON ΑΣΘ ΑΔΕΛΦ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.130	1228	<.001
	NAI	.103	127	.002
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.101	1228	<.001
	NAI	.102	127	.002

Εν συνεχεία υπολογίστηκαν οι διάμεσοι και έδειξαν ότι όσοι έχουν αδελφό/ή με χρόνια ασθένεια (Median=7, Interquartile Range=7) παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (Median=4, Interquartile Range=6).

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς αδελφό/ή με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	PTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	62130.000	61941.500
Z	-3.789	-3.823
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001	<.001

Παρόμοια εικόνα και στο σύνθετο μετατραυματικό στρες όπου εκείνοι που έχουν ασθενή αδελφό/ή (Median=14, Interquartile Range=16) υπερέχουν σε επίπεδα συμπτωμάτων με όσους δεν έχουν (Median=10, Interquartile Range=12).

*Διάμεσοι μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες για τις ομάδες με και χωρίς αδελφό/ή με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

		ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΑΔΕΛΦΟ/Η
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	1228
		Missing	226
		Median	4.00
		Interquartile Range	6
	NAI	Valid	127
		Missing	31
		Median	7.00
		Interquartile Range	7
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	1228
		Missing	226
		Median	10.00
		Interquartile Range	12
	NAI	Valid	127
		Missing	31
		Median	14.00
		Interquartile Range	16

Στον έλεγχο που ακολούθησε σε όσους δήλωσαν ότι δεν είχαν βιώσει κανένα τραυματικό συμβάν στην παιδική τους ηλικία, που να υποδηλώνει συναισθηματική κακοποίηση από κάποιον γονέα, βρέθηκε ότι ενώ για τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $U=7775.500$ ,  $p=.028$ ) μεταξύ όσων έχουν ασθενή αδελφό/ή και όσων δεν έχουν, δεν συμβαίνει το ίδιο για τα συμπτώματα του σύνθετου μετατραυματικού στρες ( $U=8252.500$ ,  $p=.100$ ). Ο υπολογισμός των διαμέσων έδειξε ότι όσοι έχουν αδελφό/ή που έπασχε από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού

στρες (Median=6, Interquartile Range=17), σε σχέση με όσους δεν έχουν ασθενή αδελφό (Median=4, Interquartile Range=8). Παρόλα αυτά η διαφορά είναι μικρότερη από αυτή που είχε βρεθεί σε ολόκληρο το δείγμα.

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς αδελφό/ή με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON	ΑΣΘ	ΑΔΕΛΦ	Kolmogorov-Smirnov		
				Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI			.137	431	<.001
	NAI			.129	45	.060
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI			.107	431	<.001
	NAI			.133	45	.045

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς αδελφό/ή με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	7775.500	8252.500
Z	-2.198	-1.647
Asymp. Sig. (2-tailed)	.028	.100

*Διάμεσοι μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες για τις ομάδες με και χωρίς αδελφό/ή με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON	ΑΣΘ	ΑΔΕΛΦ
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	431
		Missing	80
		Median	4.00
		Interquartile Range	8
	NAI	Valid	45
		Missing	13
		Median	6.00
		Interquartile Range	17

### 3.1.6 Συγγενής που έχει διαγνωσθεί με κληρονομική ασθένεια

Εδώ συγκρίνονται δύο ομάδες, εκείνοι που έχουν κάποιο συγγενή που διαγνώστηκε με κληρονομική ασθένεια και όσοι δεν ανήκουν σε αυτή την ομάδα.

Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς συγγενή με κληρονομική ασθένεια

	ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.130	864	<.001
	NAI	.129	331	<.001
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.099	864	<.001
	NAI	.112	331	<.001

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες ( $U=129974.000$ ,  $p=.014$ ) αλλά και του σύνθετου μετατραυματικού στρες ( $U=124943.500$ ,  $p<.001$ ).

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς συγγενή με κληρονομική ασθένεια*

PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
129974.000	124943.500
-2.448	-3.383
.014	<.001

Για το μετατραυματικό στρες, ο υπολογισμός των διαμέσων έδειξε ότι όσοι έχουν κάποιον συγγενή που έχει διαγνωσθεί με κληρονομική ασθένεια (Median=5, Interquartile Range=7) παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων σε σύγκριση με όσους δεν έχουν κάποιον συγγενή που να πάσχει από τέτοιου είδους ασθένεια (Median=4, Interquartile Range=7). Πάλι από τον υπολογισμό των διαμέσων για το σύνθετο μετατραυματικό στρες, προκύπτουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων για όσους έχουν συγγενή με κληρονομική ασθένεια (Median=11, Interquartile Range=14) σε σύγκριση με όσους δεν ανήκουν στην ίδια ομάδα (Median=10, Interquartile Range=12).

*Διάμεσοι μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες για τις ομάδες με και χωρίς συγγενή με κληρονομική ασθένεια*

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ			
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	864
		Missing	168
		Median	4.00
		Interquartile Range	7
	NAI	Valid	331
		Missing	56
		Median	5.00
		Interquartile Range	7
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	864
		Missing	168
		Median	10.00
		Interquartile Range	12
	NAI	Valid	331
		Missing	56
		Median	11.00
		Interquartile Range	14

Ο έλεγχος συνεχίστηκε με περιορισμό του δείγματος σε όσους δεν είχαν τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία που να αιτιολογούν συναισθηματική κακοποίηση από γονέα. Τα αποτελέσματα είναι σχεδόν τα ίδια με αυτά του γενικού πληθυσμού, με στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στα συμπτώματα μετατραυματικού (U=15477.500, p=.020) όσο και σε αυτά του σύνθετου μετατραυματικού στρες (U=14413.500, p=.001).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες με και χωρίς συγγενή με κληρονομική ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

		Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.138	304	<.001
	NAI	.125	119	<.001
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	.100	304	<.001
	NAI	.105	119	.003

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες στις ομάδες με και χωρίς συγγενή με κληρονομική ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	15477.500	14413.500
Z	-2.318	-3.253
Asymp. Sig. (2-tailed)	.020	.001

*Διάμεσοι μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες για τις ομάδες με και χωρίς συγγενή με κληρονομική ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ			
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	306
		Missing	60
		Median	4.00
		Interquartile Range	7
	NAI	Valid	119
		Missing	23
		Median	5.00
		Interquartile Range	5
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	OXI	Valid	304
		Missing	60
		Median	10.00
		Interquartile Range	12
	NAI	Valid	119
		Missing	23
		Median	13.00
		Interquartile Range	13

Ο υπολογισμός των διαμέσων έδειξε ότι όσοι έχουν κάποιον συγγενή που πάσχει από κληρονομική ασθένεια παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες (Median=5, Interquartile Range=7), σε σχέση με όσους δεν έχουν τέτοιο συγγενή (Median=4, Interquartile Range=7). Για δε το σύνθετο μετατραυματικό στρες εκείνοι που έχουν ασθενή συγγενή παρουσιάζουν επίσης υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων (Median=13, Interquartile Range=13) σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν (Median=10, Interquartile Range=12). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν μικρή

διαφοροποίηση του γενικού πληθυσμού από το περιορισμένο δείγμα με μηδενική βαθμολογία συναισθηματικής κακοποίησης.

2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Ο ρόλος της χρόνιας ασθένειας τέκνου στη μετατραυματική ανάπτυξη του γονέα

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα στόχευε στην σύγκριση ως προς τη μετατραυματική ανάπτυξη, δύο ομάδων που συγκροτήθηκαν με κριτήριο την ύπαρξη ή όχι τέκνου που είχε διαγνωστεί με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια.

Η σύγκριση έγινε και για τους πέντε παράγοντες της μετατραυματικής ανάπτυξης, όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν μόνο για τον παράγοντα V (εκτίμηση ζωής) ( $U=17541.500$ ,  $p<.001$ ).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματική ανάπτυξη (εκτίμηση ζωής) για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON ΑΣΘ ΤΕΚΝΟΥ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
METATPAYMATIKH_V	OXI	.125	1164	<.001
	NAI	.214	43	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς τη μετατραυματική ανάπτυξη (εκτίμηση ζωής) για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

METATRAYMATIKH_V	
Mann-Whitney U	17541.500
Z	-3.350
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001

Ο υπολογισμός των διαμέσων έδειξε ότι όσοι έχουν κάποιο παιδί με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια (Median=12, Interquartile Range=3) εμφανίζουν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη στον παράγοντα “εκτίμηση της ζωής” σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν κάποιο παιδί με παρόμοια ασθένεια (Median=10, Interquartile Range=4).

*Διάμεσοι μετατραυματικής ανάπτυξης (εκτίμηση ζωής) για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON	ΑΣΘ	TEKNOY
METATRAYMATIKH_V	OXI	Valid	1164
		Missing	271
		Median	10.00
		Interquartile Range	4
	NAI	Valid	43
		Missing	9
		Median	12.00
		Interquartile Range	3

Στη συνέχεια η έρευνα προχώρησε με διαχωρισμό ανδρών και γυναικών. Έτσι αρχικά έγινε σύγκριση ως προς την μετατραυματική ανάπτυξη και δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες που έχουν τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια και άνδρες που δεν έχουν κάποιο τέκνο με παρόμοια ασθένεια ( $U=1454,000$ ,  $p=.225$ ).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματική ανάπτυξη (εκτίμηση ζωής) για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες*

		Kolmogorov-Smirnov		
	XPON	ΑΣΘ	TEKNOY	
		Statistic	df	Sig.
METATRAYMATIKH_V	OXI	.133	305	<.001
ΑΝΔΡΕΣ	NAI	.208	12	.162

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς τη μετατραυματική ανάπτυξη (εκτίμηση ζωής) για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες*

METATRAYMATIKH_V	
ΑΝΔΡΕΣ	
Mann-Whitney U	1454.000
Z	-1.212
Asymp. Sig. (2-tailed)	.225



*Διάμεσοι μετατραυματικής ανάπτυξης (εκτίμηση ζωής) για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες*

	XPON	ΑΣΘ	TEKNOY
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ_V ΑΝΔΡΕΣ	OXI	Valid	859
		Missing	206
		Median	9.00
		Interquartile Range	6
	NAI	Valid	30
		Missing	8
		Median	11.00
		Interquartile Range	4.75

Αντιθέτως όταν ελέγχθηκαν μόνο οι γυναίκες η διαφορά ως προς τη μετατραυματική ανάπτυξη μεταξύ των δύο ομάδων, εκείνων που έχουν παιδί με ασθένεια και όσων δεν έχουν, είναι στατιστικά σημαντική ( $U=8567.500$ ,  $p=.002$ ). Ο υπολογισμός των διαμέσων έδειξε ότι οι γυναίκες που έχουν παιδί με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια (Median=12, Interquartile Range=2.25) εμφανίζουν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη σε σύγκριση με εκείνες που δεν έχουν παιδί με ασθένεια (Median=11, Interquartile Range=4).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματική ανάπτυξη (εκτίμηση ζωής) για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες*

		Kolmogorov-Smirnov		
	XPON	ΑΣΘ	TEKNOY	
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ_V ΓΥΝΑΙΚΕΣ	OXI	.135	859	<.001
	NAI	.209	30	.002

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς τη μετατραυματική ανάπτυξη (εκτίμηση ζωής) για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες*

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ_V ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
Mann-Whitney U	8567.500
Z	-3.140
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

*Διάμεσοι μετατραυματικής ανάπτυξης (εκτίμηση ζωής) για τις ομάδες με και χωρίς τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες*

	XPON	ΑΣΘ	TEKNOY
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ_V ΓΥΝΑΙΚΕΣ	OXI	Valid	305
		Missing	65
		Median	11.00
		Interquartile Range	4
	NAI	Valid	12
		Missing	1
		Median	12.00
		Interquartile Range	2.25

Στη συνέχεια ελέγχθηκε αν υπάρχουν διαφορές στην Ψυχική Ανθεκτικότητα, αναφορικά με το φύλλο. Το αποτέλεσμα έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ( $U=151159.000$ ,  $p<.001$ ). Από τους υπολογισμούς των διαμέσων προέκυψε πως οι άνδρες (Median=3.50, Interquartile Range=1) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας από τις γυναίκες (Median=3.17, Interquartile Range=1).

*Ελεγχος κανονικότητας- Ψυχική Ανθεκτικότητα για τις ομάδες Άνδρες-Γυναίκες*

	ΦΥΛΛΟ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΕΝ	.062	368	.002
	ΘΗΛΥ	.073	1042	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς τη Ψυχική Ανθεκτικότητα Ανδρών και Γυναικών*

	ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ
Mann-Whitney U	151159.000
Z	-6.056
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001

*Διάμεσοι Ψυχικής Ανθεκτικότητας για Άνδρες και Γυναίκες*

ΦΥΛΛΟ			
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΡΕΝ	Valid	368
		Missing	57
		Median	3.50
		Interquartile Range	1
	ΘΗΛΥ	Valid	1042
		Missing	184
		Median	3.17
		Interquartile Range	1

Τέλος, στα πλαίσια διερεύνησης του 2<sup>ου</sup> ερευνητικού ερωτήματος, ελέγχθηκε η επίδραση του φύλου στα συμπτώματα μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες. Έτσι, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων τόσο όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες ( $U=146892.000$ ,  $p<.001$ ) όσο και στα συμπτώματα σύνθετου μετατραυματικού στρες ( $U=147258.000$ ,  $p<.001$ ).

Ο εν συνεχεία υπολογισμός των διαμέσων έδειξε ότι οι άνδρες (Median=3, Interquartile Range=5) παρουσιάζουν μικρότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (Median=5, Interquartile Range=7). Παρομοίως, οι άνδρες (Median=8, Interquartile Range=12) φαίνεται να παρουσιάζουν μικρότερα επίπεδα σύνθετου μετατραυματικού στρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (Median=11, Interquartile Range=13).

*Έλεγχος κανονικότητας- μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες για τις ομάδες Άνδρες-Γυναίκες*

		Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΡΕΝ	.147	365	<.001
	ΘΗΛΥ	.117	1027	<.001
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΡΕΝ	.119	365	<.001
	ΘΗΛΥ	.094	1027	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς μετατραυματικό και σύνθετο μετατραυματικό στρες ανδρών και γυναικών*

	PTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	CPTSD ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Mann-Whitney U	146892.000	147258.000
Z	-6.167	-6.094
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001	<.001

*Διάμεσοι μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες για άνδρες και γυναίκες*

		ΦΥΛΛΟ	
PTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΡΕΝ	Valid	365
		Missing	60
		Median	3.00
		Interquartile Range	5
	ΘΗΛΥ	Valid	1027
		Missing	199
		Median	5.00
		Interquartile Range	7
CPTSD_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΡΕΝ	Valid	1027
		Missing	199
		Median	8.00
		Interquartile Range	12
	ΘΗΛΥ	Valid	331
		Missing	56
		Median	11.00
		Interquartile Range	13

3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Η σχέση της κατάθλιψης ενήλικου τέκνου με την χρόνια ασθένεια του γονέα

Στο 3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα ελέγχθηκε η σχέση της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας του γονέα, με τα επίπεδα κατάθλιψης του ενήλικου τέκνου. Η αρχή έγινε με την περίπτωση του ασθενή πατέρα. Έτσι, συγκροτήθηκαν δύο ομάδες, εκείνοι που δήλωσαν ότι έχουν πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια και όσοι δεν ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. Οι διαφορές ως προς την κατάθλιψη βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές ( $U=197506.000$ ,  $p<.001$ ).

*Ελεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON ΑΣΘ ΠΑΤΕΡΑ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI	.138	989	<.001
	NAI	.113	449	<.001

Από τον υπολογισμό των διαμέσων βρέθηκε ότι όσοι ανήκουν στην πρώτη ομάδα που έχει πατέρα με ασθένεια (Median=.7692, Interquartile Range=.85) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που δεν δήλωσαν ασθενή πατέρα (Median=.5385, Interquartile Range=.85).

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
Mann-Whitney U	197506.000
Z	-3.364
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001

*Διάμεσοι Κατάθλιψης για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON ΑΣΘ ΠΑΤΕΡΑ	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI	Valid 989
		Missing 144
		Median .5385
		Interquartile Range .85
	NAI	Valid 449
		Missing 70
		Median .7692
		Interquartile Range .85

Εν συνεχεία, ελέγχθηκε η περίπτωση της ασθενούς μητέρας. Οι δύο ομάδες που συγκρίθηκαν ήταν εκείνοι που δήλωσαν ότι έχουν μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια και όσοι δεν ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. Οι διαφορές ως προς την κατάθλιψη βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές (U=173283.500, p<.001).

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON ΑΣΘ ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI	.133	1071	<.001
	NAI	.113	367	<.001

Από τον υπολογισμό των διαμέσων βρέθηκε ότι όσοι ανήκουν στην πρώτη ομάδα που έχει μητέρα με ασθένεια (Median=.7692, Interquartile Range=.92) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που δεν δήλωσαν ασθενή μητέρα (Median=.6154, Interquartile Range=.77).

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
Mann-Whitney U	173283.500
Z	-3.389
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001

*Διάμεσοι Κατάθλιψης για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια*

	XPON ΑΣΘ ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI	Valid 1071
		Missing 174
		Median .6154
		Interquartile Range .77
	NAI	Valid 367
		Missing 40
		Median .7692
		Interquartile Range .92

Ενδιαφέρον παρουσίασαν τα αποτελέσματα όταν ο έλεγχος για την κατάθλιψη δεν έγινε στο σύνολο του πληθυσμού αλλά σε εκείνους που είχαν βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο για την συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία από γονέα, μεγαλύτερες ή ίσες με το 3. Σημειώνεται ότι η μέγιστη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο είναι το 5. Σε αυτή την περίπτωση παρατηρείται πάλι διαφορά μεταξύ εκείνων που έχουν ασθενή γονέα και εκείνων που δεν έχουν, όσον αφορά τα επίπεδα της κατάθλιψης. Όμως τώρα η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική μόνο για την

περίπτωση του ασθενή πατέρα ( $U=548.000$ ,  $p=.015$ ), ενώ για την περίπτωση της ασθενούς μητέρας δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ( $U=626.500$ ,  $p=.119$ ).

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON ΑΣΘ ΠΑΤΕΡΑ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ	OXI	.159	72	<.001
ΥΨΗΛΗ	NAI	.148	23	.200*
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ				

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	
Mann-Whitney U	548.000
Z	-2.436
Asymp. Sig. (2-tailed)	.015

Αξίζει να αναφερθεί ότι στο δείγμα με υψηλή βαθμολογία στην συναισθηματική κακοποίηση, ο υπολογισμός των διαμέσων έδειξε ότι η ομάδα με ασθενή πατέρα (Median=1, Interquartile Range=1.23) υπερέχει πολύ περισσότερο, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, στα επίπεδα της κατάθλιψης, έναντι εκείνων που δεν έχουν πατέρα με χρόνια ασθένεια (Median=.5769, Interquartile Range=.83).

*Διάμεσοι Κατάθλιψης για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση*

XPON ΑΣΘ ΠΑΤΕΡΑ			
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	OXI	Valid	72
		Missing	12
		Median	.5769
		Interquartile Range	.83
	NAI	Valid	23
		Missing	5
		Median	1.0000
		Interquartile Range	1.23

Τα αποτελέσματα για την περίπτωση της ασθενούς μητέρας φαίνονται στους ακόλουθους πίνακες.

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON ΑΣΘ ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ	OXI	.163	73	<.001
ΥΨΗΛΗ	NAI	.177	22	.072
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ				
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ				

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	
Mann-Whitney U	626.500
Z	-1.560
Asymp. Sig. (2-tailed)	.119

*Διάμεσοι Κατάθλιψης για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση*

	XPON ΑΣΘ ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ	OXI	Valid 73
		Missing 14
		Median .6154
		Interquartile Range .96
ΥΨΗΛΗ	NAI	Valid 22
		Missing 3
		Median .8077
		Interquartile Range 1.04
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ		
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ		

Στην προσπάθεια να ερμηνευθούν καλύτερα τα παραπάνω αποτελέσματα, έγινε ο ίδιος έλεγχος για την κατάθλιψη σε σχέση με την ασθένεια γονέα, αλλά αυτή τη φορά σε μέρος του δείγματος που δεν είχε κανένα τραυματικό γεγονός που να τεκμηριώνει συναισθηματική κακοποίηση από γονέα στην παιδική ηλικία.

Πρώτα έγινε ο έλεγχος για την περίπτωση ασθενή πατέρα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ( $U=26466.500$ ,  $p=.507$ ) ως προς



τα επίπεδα της κατάθλιψης, μεταξύ εκείνων που έχουν πατέρα που πάσχει από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια και εκείνων που δεν έχουν ασθενή πατέρα.

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	ΧΡΟΝ ΑΣΘ ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ	ΟΧΙ	.126	335	<.001
ΥΨΗΛΗ	ΝΑΙ	.146	164	<.001
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ				
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ				

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ
Mann-Whitney U	26466.500
Z	-.664
Asymp. Sig. (2-tailed)	.507

Στη συνέχεια ο έλεγχος προχώρησε με την περίπτωση της ασθενούς μητέρας. Τα αποτελέσματα και πάλι δεν έδωσαν στατιστικά σημαντική διαφορά ( $U=20336.500$ ,  $p=.054$ ), όσον αφορά τα επίπεδα κατάθλιψης, ανάμεσα σε όσους είχαν ασθενή μητέρα και σε όσους δεν είχαν.

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

	ΧΡΟΝ ΑΣΘ ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ	ΟΧΙ	.136	377	<.001
ΥΨΗΛΗ	ΝΑΙ	.119	122	<.001
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ				
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ				

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Μηδενική συναισθηματική κακοποίηση*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	
Mann-Whitney U	20336.500
Z	-1.924
Asymp. Sig. (2-tailed)	.054

Τέλος, ελέγχθηκαν τα επίπεδα κατάθλιψης λόγω ασθενούς γονέα, ξεχωριστά στους άνδρες και τις γυναίκες. Όσον αφορά την περίπτωση του ασθενούς πατέρα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο στους άνδρες ( $U=12623.000$ ,  $p=.011$ ) όσο και στις γυναίκες ( $U=109389.500$ ,  $p=.012$ ) υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ των δύο ομάδων, εκείνων με ασθενή πατέρα και εκείνων χωρίς.

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες*

	XPON_ΑΣΘ_ΠΑΤΕΡΑ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI	.188	258	<.001
ΑΝΔΡΕΣ	NAI	.142	117	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
Mann-Whitney U	12623.000
Z	-2.546
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011

Για τους άνδρες, ο υπολογισμός των διαμέσων δείχνει ότι όσοι έχουν ασθενή πατέρα ( $\text{Median}=.5385$ ,  $\text{Interquartile Range}=.81$ ), εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν ( $\text{Median}=.3846$ ,  $\text{Interquartile Range}=.62$ ).

*Διάμεσοι Κατάθλιψης για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες*

	XPON	ΑΣΘ	ΠΑΤΕΡΑ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΝΔΡΕΣ	OXI	Valid	258
		Missing	37
		Median	.3846
		Interquartile Range	.62
	NAI	Valid	117
		Missing	13
		Median	.5385
		Interquartile Range	.81

Όσον αφορά τις γυναίκες, βρέθηκε πάλι στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ εκείνων που έχουν ασθενή πατέρα (Median=.7692, Interquartile Range=.85) και εκείνων που δεν έχουν (Median=.6923, Interquartile Range=.92).

*Ελεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες*

	XPON	ΑΣΘ	ΠΑΤΕΡΑ	Kolmogorov-Smirnov		
				Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	OXI			.118	731	<.001
	NAI			.107	331	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
Mann-Whitney U	109389.500
Z	-2.506
Asymp. Sig. (2-tailed)	.012

*Διάμεσοι Κατάθλιψης για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες*

	XPON	ΑΣΘ	ΠΑΤΕΡΑ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	OXI	Valid	731
		Missing	107
		Median	.6923
		Interquartile Range	.92
	NAI	Valid	331
		Missing	57
		Median	.7692
		Interquartile Range	.85

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, φαίνεται ότι στους άνδρες, η ασθένεια του πατέρα αυξάνει περισσότερο τα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες.

Στη συνέχεια, μπήκε ακόμη ένας περιορισμός που αφορούσε την κακοποίηση. Έτσι ελέγχθηκαν ως προς την κατάθλιψη, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες που δήλωναν 3 και πάνω τραυματικά γεγονότα συναισθηματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία. Τα αποτελέσματα έδωσαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο στις γυναίκες ( $U=329,500$ ,  $p=.008$ ).

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες-Σοβαρή κακοποίηση*

	ΧΡΟΝ ΑΣΘ ΠΑΤΕΡΑ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI	.166	55	<.001
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	NAI	.158	20	.200*
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ				

Ο υπολογισμός των διαμέσων έδειξε ότι οι γυναίκες με σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση από γονέα στην παιδική ηλικία, που έχουν ασθενή πατέρα ( $\text{Median}=1.0769$ ,  $\text{Interquartile Range}=1.17$ ) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με όσες δεν έχουν ασθενή πατέρα ( $\text{Median}=.6154$ ,  $\text{Interquartile Range}=.85$ ).

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες-Σοβαρή κακοποίηση*

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
Mann-Whitney U	329,500
Z	-2,645
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008

*Διάμεσοι Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς πατέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες-Σοβαρή κακοποίηση*

	XPON	ΑΣΘ	ΠΑΤΕΡΑ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	OXI	Valid	55
		Missing	11
		Median	,6154
		Interquartile Range	,85
	NAI	Valid	20
		Missing	3
		Median	1,0769
		Interquartile Range	1,17

Αντίστοιχος έλεγχος που έγινε για γυναίκες με μηδενική συναισθηματική κακοποίηση, δεν έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Ότι ελέγχθηκε παραπάνω για τους άνδρες και τις γυναίκες με ασθενή πατέρα, επαναλήφθηκε και για την περίπτωση της ασθενούς μητέρας.

Όσον αφορά τους άνδρες, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ούτε στο γενικό πληθυσμό ( $U=11654.500$ ,  $p=.191$ ) ούτε σε εκείνους με μηδενική συναισθηματική κακοποίηση ( $U=1257.000$ ,  $p=.582$ ). Το δείγμα των ανδρών με ασθενή μητέρα και σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση από γονέα στην παιδική ηλικία, αποτελείται μόνο από 3 άτομα και έτσι δεν μπόρεσε να γίνει ο σχετικός έλεγχος.

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες*

	XPON	ΑΣΘ	ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
				Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΝΔΡΕΣ	OXI			.176	285	<.001
	NAI			.147	90	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
Mann-Whitney U	11654.500
Z	-1.309
Asymp. Sig. (2-tailed)	.191

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες-Μηδενική κακοποίηση*

	XPON ΑΣΘ ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI	.213	100	<.001
ΑΝΔΡΕΣ	NAI	.192	27	.012

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Άνδρες-Μηδενική κακοποίηση*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
Mann-Whitney U	1257.000
Z	-.550
Asymp. Sig. (2-tailed)	.582

Από την άλλη μεριά, στις γυναίκες, στο γενικό πληθυσμό βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $U=94774.500$ ,  $p=.002$ ) ανάμεσα σε αυτές που είχαν ασθενή μητέρα (Median=.8846, Interquartile Range=.92) και εκείνες που δεν είχαν (Median=.6923, Interquartile Range=.85).

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες*

	XPON ΑΣΘ ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI	.118	786	<.001
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	NAI	.101	276	<.001

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
Mann-Whitney U	94774.500
Z	-3.127
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

*Διάμεσοι Κατάθλιψης για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες*

	XPON	ΑΣΘ	ΜΗΤΕΡΑΣ	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	OXI	Valid		786
		Missing		134
		Median		.6923
		Interquartile Range		.85
	NAI	Valid		276
		Missing		30
		Median		.8846
		Interquartile Range		.92

Παρόλα αυτά, όταν μπήκαν περιορισμοί που αφορούσαν την γονική συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, τόσο για σοβαρή κακοποίηση ( $U=380.00$ ,  $p=.098$ ) όσο και για μηδενική ( $U=11557.500$ ,  $p=.077$ ), δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες-Σοβαρή κακοποίηση*

	XPON	ΑΣΘ	ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
				Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI			.180	57	<.001
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	NAI			.132	18	.200*

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες-Σοβαρή κακοποίηση*

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
Mann-Whitney U	380.000
Z	-1.652
Asymp. Sig. (2-tailed)	.098

*Έλεγχος κανονικότητας- Κατάθλιψη για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες-Μηδενική κακοποίηση*

	XPON	ΑΣΘ	ΜΗΤΕΡΑΣ	Kolmogorov-Smirnov		
				Statistic	df	Sig.
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	OXI			.124	277	<.001
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	NAI			.115	95	.004

*Mann-Whitney U test-Σύγκριση ως προς την κατάθλιψη  
για τις ομάδες με και χωρίς μητέρα με χρόνια  
ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια-Γυναίκες-Μηδενική κακοποίηση*

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
Mann-Whitney U	11557.500
Z	-1.771
Asymp. Sig. (2-tailed)	.077

#### 4. Συζήτηση

Το βασικό κίνητρο για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της μετατραυματικής ανάπτυξης γονέων παιδιών που πάσχουν από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Στην προσπάθεια αυτή, η έρευνα προχώρησε στην εξέταση της σχέσης που μπορεί να έχει η ασθένεια με τα επίπεδα της ψυχικής υγείας, όσον αφορά την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ή κατάθλιψης, είτε του ίδιου του ασθενούς είτε των συγγενών ή των φροντιστών του. Όπως έχει αναφερθεί και στη μεθοδολογία, η ασθένεια σε αυτή την έρευνα νοείται είτε ως κληρονομική ασθένεια συγγενούς, είτε ως χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Τέλος, έγινε προσπάθεια να ανιχνευθεί αν υπάρχει συμβολή της συναισθηματικής κακοποίησης από γονέα στην παιδική ηλικία, στη σχέση μεταξύ ασθένειας και ψυχικής υγείας.

##### 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Η σχέση της ασθένειας με την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα έθεσε ως στόχο την ανίχνευση σχέσης μεταξύ της ασθένειας και των επιπέδων μετατραυματικού στρες. Για την επίτευξη αυτού του στόχου ελέγχθηκαν διάφορες εκδοχές. Αρχικά εξετάστηκε η περίπτωση που το ίδιο το άτομο πάσχει από κάποια χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εκείνοι που πάσχουν από κάποια τέτοια ασθένεια εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σε συμφωνία με έρευνα των Luo et al., (2021), όπου ανιχνεύονται υψηλότερα επίπεδα



μετατραυματικού στρες σε νέους που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV. Όμως η χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια φαίνεται να σχετίζεται και με αύξηση των συμπτωμάτων σύνθετου μετατραυματικού στρες, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα, τα οποία εναρμονίζονται με ήδη υπάρχουσες μελέτες (Karatzias et al., 2019; Li et al., 2021; Kairyte et al., 2022). Ο έλεγχος συνεχίστηκε για την περίπτωση που ο σύζυγος του ερωτώμενου πάσχει από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν πάλι ότι η ομάδα των ατόμων που έχουν ασθενή σύζυγο, εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες σε σχέση με όσους δεν ανήκουν στην ομάδα αυτή, συμφωνώντας έτσι με σχετική μελέτη των Eisenberg et al., (2022). Όσον αφορά το σύνθετο μετατραυματικό στρες, επιβεβαιώνεται η προηγούμενη μελέτη των Karatzias et al., (2021), με την ομάδα εκείνων που έχουν ασθενή σύζυγο να παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων σύνθετου μετατραυματικού στρες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση γονέων με τέκνο που πάσχει από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Το ενδιαφέρον εστιάζεται όχι τόσο στη διαπίστωση ότι οι γονείς με ασθενές τέκνο παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και σύνθετου μετατραυματικού στρες σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν τέκνο με χρόνια ασθένεια, αλλά στο γεγονός ότι η διαφορά μεταξύ των δύο κατηγοριών είναι πολύ εντονότερη σε σχέση με τις περιπτώσεις των ιδίων των ασθενών ή των ατόμων με ασθενή σύζυγο. Όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες το συμπέρασμα αυτό έρχεται να συμφωνήσει με ήδη υπάρχουσες μελέτες (Ljungman et al., 2014; Rechenberg, Grey, & Sadler, 2017; Carlsson et al., 2019; Piquart, 2019; Stewart, et al., 2020; Jaaniste et al., 2022; Xiong et al., 2022). Από την άλλη μεριά, η υπεροχή των γονέων με ασθενές τέκνο όσον αφορά τα συμπτώματα του σύνθετου μετατραυματικού στρες, φάνηκε πολύ πιο μεγάλη, παρόλο που μια από τις ελάχιστες μελέτες που υπάρχουν σε αυτό το αντικείμενο,

δείχνει μικρή διαφορά ανάμεσα στην ομάδα των γονέων με ασθενές τέκνο και στο γενικό πληθυσμό (Jakobsen et al., 2020). Μια προσπάθεια ερμηνείας αυτού του ευρήματος θα μπορούσε να στηριχθεί σε όσα αναφέρονται στο IDC-11 για το σύνθετο μετατραυματικό στρες. Σύμφωνα με το εν λόγω εγχειρίδιο, το σύνθετο μετατραυματικό στρες προκαλείται από μεγάλης διάρκειας επαναλαμβανόμενα τραυματικά γεγονότα που δίνουν την εντύπωση του εγκλωβισμού, χωρίς δυνατότητα διαφυγής. Τέτοια γεγονότα βιώνονται καθημερινά από έναν γονέα του οποίου το παιδί πάσχει από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Επιπλέον, τα γεγονότα αυτά προκαλούν στον γονέα το αίσθημα της ντροπής αλλά και της ανικανότητας αφού δεν είναι σε θέση να προστατεύσει το ασθενές τέκνο του (WHO, 2019/2021).

Διαφορές στο επίπεδο συμπτωμάτων μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες διαπιστώθηκαν και στην περίπτωση που οι ερωτώμενοι είχαν ασθενείς γονείς, είτε πατέρα είτε μητέρα. Έτσι, εκείνοι που έχουν γονέα που πάσχει από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν ασθενή γονέα. Όσον αφορά το μετατραυματικό στρες οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες είναι οι ίδιες είτε πρόκειται για πατέρα είτε για μητέρα, ενώ οι διαφορές για τη μητέρα γίνονται μεγαλύτερες στην περίπτωση του σύνθετου μετατραυματικού στρες. Αυτό που παρουσιάζει ενδιαφέρον είναι ότι η υπεροχή της ομάδας με ασθενή γονέα είναι μεγαλύτερη σε σχέση με εκείνους που έχουν ασθενή σύζυγο αλλά μικρότερη σε σύγκριση με εκείνους που έχουν ασθενές τέκνο. Αυτό το συμπέρασμα συμφωνεί και με προϋπάρχουσα μελέτη (Rumpold et al., 2016). Αυτό συμφωνεί με την ιεράρχιση των σχέσεων στο ελληνικό πολιτισμικό πρότυπο, όπου κυριαρχεί η σχέση μεταξύ γονέα και παιδιού, ανεξάρτητα από την ηλικία του τελευταίου.

Στη συνέχεια ελέγχθηκαν τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες στα άτομα με αδελφό που έπασχε από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια και τα αποτελέσματα δεν απέκλιναν από όσα έχουν αναφερθεί μέχρι τώρα. Εμφανίζονται έτσι σημαντικά υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες σε εκείνους που έχουν πάσχοντα αδελφό σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν. Μάλιστα η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων είναι η δεύτερη μεγαλύτερη μετά την περίπτωση του ασθενούς τέκνου (Gizli et al., 2017). Μια εξήγηση γι' αυτό το αποτέλεσμα θα μπορούσε να στηριχθεί στο τραύμα που βιώνει ο αδελφός του ασθενούς καθώς νιώθει παραμελημένος από του γονείς του, εξαιτίας της ιδιαίτερης φροντίδας που χρειάζεται ο αδελφός του (Robinson et al., 2020). Από την άλλη μεριά το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με έρευνα σε αδέλφια παιδιών με καρκίνο, η οποία έδειξε ότι τα συμπτώματα αμβλύνονται 18 μήνες μετά τη διάγνωση (Alderfer et al., 2020). Όσον αφορά το σύνθετο μετατραυματικό στρες τα πράγματα δεν διαφοροποιούνται ιδιαίτερα σε σχέση με τα προηγούμενα. Έτσι εμφανίζεται σημαντική υπεροχή εκείνων που έχουν αδελφό με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια έναντι εκείνων που δεν έχουν. Στην περίπτωση αυτή δεν βρέθηκε κάποια ακριβής αναφορά στη βιβλιογραφία που να συμφωνεί με αυτό το αποτέλεσμα παρά μόνο μια πιο γενική διαπίστωση ότι η απειλητική για τη ζωή ασθένεια αγαπημένου προσώπου σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα σύνθετου μετατραυματικού στρες (Karatzias et al., 2021).

Τέλος ελέγχθηκε και η περίπτωση ατόμων που έχουν κάποιο συγγενή με κληρονομική ασθένεια. Πάλι η ομάδα των ατόμων που έχουν τέτοιο συγγενή, εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων τόσο μετατραυματικού όσο και σύνθετου μετατραυματικού στρες. Και σε αυτή την περίπτωση παρατηρείται έλλειψη σχετικής βιβλιογραφίας με εξαίρεση μια μελέτη σε οικογένειες των οποίων κάποιο μέλος έπασχε από αιμορροφιλία, η οποία είναι ως επί το πλείστον κληρονομική ασθένεια (Robinson et al., 2020).

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, η ύπαρξη μιας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα συμπτωμάτων τόσο μετατραυματικού όσο και σύνθετου μετατραυματικού στρες. Στην περίπτωση που το ίδιο το άτομο είναι ο ασθενής, το παραπάνω αποτέλεσμα μπορεί να αιτιολογηθεί με το σκεπτικό ότι η ασθένεια είναι αφενός απειλητική για τη ζωή και αφετέρου χρόνια, που σημαίνει ότι είναι ένα επαναλαμβανόμενο τραύμα. Οι συνθήκες αυτές, σύμφωνα με το DSM-5, είναι δυνατόν να προκαλέσουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες (APA, 2013). Επιπλέον, όταν το άτομο πάσχει από μια τέτοιου είδους ασθένεια μπορεί να αισθάνεται εγκλωβισμένο, χωρίς επιλογές διαφυγής και ίσως να καταλαμβάνεται από αισθήματα ανικανότητας. Όλα αυτά σύμφωνα με το ICD-11 είναι δυνατόν να προκαλέσουν συμπτώματα σύνθετου μετατραυματικού στρες (WHO, 2019/2021). Από την άλλη μεριά, όταν ο ασθενής είναι κάποιο συγγενικό πρόσωπο, το άτομο βιώνει την ασθένεια του συγγενικού του προσώπου ως ένα τραυματικό γεγονός το οποίο δύναται να του αλλάξει και την δική του τη ζωή και αυτό σύμφωνα με τους Karatzias et al., (2021), μπορεί να είναι η αιτία εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, ενώ το στοιχείο της μεγάλης διάρκειας θα μπορούσε να είναι η αιτία για την εξέλιξη σε σύνθετη μετατραυματική διαταραχή (WHO, 2019/2021). Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι έχει βρεθεί σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων σύνθετου μετατραυματικού στρες και της κοινωνικής ή συναισθηματικής απομόνωσης. Έτσι υπάρχει το ενδεχόμενο η χρόνια ασθένεια να οδηγήσει τον ασθενή ή τους οικείους του σε κοινωνική απομόνωση, η οποία με τη σειρά της να δημιουργήσει εύφορο έδαφος για την ανάπτυξη της διαταραχής. Παρόλα αυτά δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο αν είναι η μοναχικότητα που προκαλεί τη διαταραχή ή αντίστροφα η διαταραχή οδηγεί το άτομο στην απομόνωση (Fox, Hyland, Coogan, Cloitre, & McHugh Power, 2022).

Όσον αφορά το δεύτερο στάδιο του ελέγχου για το μετατραυματικό στρες σε σχέση με την ασθένεια, που έγινε σε δείγμα με μηδενική βαθμολογία στην κλίμακα συναισθηματικής κακοποίησης, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ασθένεια δεν σχετίζεται με διαφορές στα επίπεδα μετατραυματικού και σύνθετου μετατραυματικού στρες. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν τις απόψεις για την σημασία της συναισθηματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, στην ανάπτυξη ή μη ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή. Κατ' αρχάς από μόνη της η συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία μπορεί να αποτελέσει πηγή μετατραυματικής συμπτωματολογίας (Sesar et al., 2010). Σύμφωνα με τους Downey & Crummy, (2022), όταν η κακοποίηση προέρχεται από γονείς τότε η έλλειψη ασφάλειας προκαλεί στο παιδί συναισθηματική διστακτικότητα και μειωμένη αυτοπεποίθηση, κάνοντάς το πιο ευάλωτο σε μελλοντικά τραυματικά γεγονότα. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν και οι Hoeboer et al., (2021), τονίζοντας ότι η γονική συναισθηματική κακοποίηση στερεί από το παιδί όλους τους απαραίτητους πόρους για τη διαχείριση τραυματικών συμβάντων, συμφωνώντας επί της ουσίας με τους Wright et al., (2009), που υποστηρίζουν πως τα συναισθηματικά κακοποιημένα από γονείς άτομα αναπτύσσουν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης δυσχερειών. Με βάση αυτά θα μπορούσε λοιπόν κανείς να ισχυριστεί ότι η έλλειψη γονικής συναισθηματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, επιδρά ευεργετικά στην ψυχική υγεία των παιδιών, τα οποία ως ενήλικες έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν με αποτελεσματικότητα τραυματικά γεγονότα όπως η χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, είτε του ίδιου του ατόμου είτε κάποιου κοντινού προσώπου όπως είναι το παιδί, ο σύζυγος, τα αδέρφια ή οι γονείς.

Παρόλα αυτά, υπήρξαν και εξαιρέσεις. Έτσι, στην περίπτωση της χρόνιας πάσχουσας μητέρας, για τον πληθυσμό με μηδενική συναισθηματική κακοποίηση, βρέθηκε σχέση

μεταξύ της ασθένειας και των συμπτωμάτων σύνθετου μετατραυματικού στρες. Βρέθηκε δηλαδή ότι όσοι έχουν χρόνια πάσχουσα μητέρα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων σύνθετου μετατραυματικού στρες σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν ασθενή μητέρα. Η διαφορά αυτή όμως δεν ήταν ούτε μεγαλύτερη ούτε μικρότερη από αυτή που παρουσίασε ο γενικός πληθυσμός. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να ερμηνευθεί από την ιδιαίτερη σημασία που έχει η μητέρα για τον κάθε άνθρωπο, κάνοντας το βαθμό του τραύματος λόγω της ασθένειάς της, μεγαλύτερο σε σχέση με άλλες περιπτώσεις.

Μια ακόμη εξαίρεση παρουσιάστηκε στην περίπτωση του πάσχοντος αδελφού, όπου μετρήθηκαν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες σε όσους έχουν αδελφό με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Παρόλο που η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, με και χωρίς ασθενή αδελφό, ήταν κάπως μικρότερη στον πληθυσμό με μηδενική συναισθηματική κακοποίηση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, δεν παύει να είναι σημαντική. Το ερώτημα γιατί σε αυτή την περίπτωση η μηδενική συναισθηματική κακοποίηση δεν αποτέλεσε προστατευτικό παράγοντα έναντι των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, θα μπορούσε να βρει απάντηση στην ιδιαιτερότητα της αδελφικής σχέσης. Όταν κάποιο από τα παιδιά μια οικογένειας πάσχει από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, τότε συνήθως όλη η προσοχή των γονέων πέφτει πάνω σε αυτό το παιδί. Η συμπεριφορά αυτή των γονέων αποτελεί μια επιπλέον πηγή τραύματος για τα υπόλοιπα παιδιά, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα να αναπτυχθεί ψυχοπαθολογία που έχει να κάνει με την αδυναμία διαχείρισης τραυματικών συμβάντων (Robinson et al., 2020).

Αλλά και στην περίπτωση της κληρονομικής ασθένειας συγγενικού προσώπου παρατηρείται πως ακόμη και στον πληθυσμό με μηδενική συναισθηματική κακοποίηση, η ύπαρξη της ασθένειας σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα τόσο

μετατραυματικού όσο και σύνθετου μετατραυματικού στρες. Στην περίπτωση αυτή μια ερμηνεία θα μπορούσε να στηριχθεί στη διάσταση της κληρονομικότητας. Από τη στιγμή που μπαίνει ο παράγοντας της κληρονομικότητας, αυξάνει ο κίνδυνος όλοι οι συγγενείς του ασθενούς να οδηγηθούν κάποια στιγμή στην ίδια κατάσταση με αυτόν. Κάτι τέτοιο ενισχύει την ένταση του τραύματος και κατά συνέπεια αυξάνει τις πιθανότητες για την ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής.

Παρόλα αυτά, περεταίρω μελέτη απαιτείται έτσι ώστε να ξεκαθαριστεί περισσότερο ο ρόλος της ασθένειας στην ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής και ειδικότερα για την περίπτωση της κληρονομικής ασθένειας όπου η έρευνα βρίσκεται ακόμη σε αρχικά στάδια και επομένως δεν υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία πάνω στο θέμα.

## 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Ο ρόλος της χρόνιας ασθένειας τέκνου στη μετατραυματική ανάπτυξη του γονέα

Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα έγινε προσπάθεια να ανιχνευθεί η σχέση της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας τέκνου, με τη μετατραυματική ανάπτυξη των γονέων. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ήδη υπάρχουσα έρευνα, αναδεικνύοντας ότι οι γονείς που έχουν τέκνο με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, παρουσιάζουν μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη στον παράγοντα “εκτίμηση της ζωής”, σε αντίθεση με εκείνους που δεν έχουν ασθενές τέκνο (Kritikos et al., 2021). Αλλά και άλλες έρευνες δείχνουν ότι η χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια του τέκνου, σχετίζεται θετικά με μεγαλύτερη μετατραυματική ανάπτυξη σε έναν ή περισσότερους παράγοντες (Beeton, Neal, Watson & Lee, 2007; Counselman-Carpenter, 2017). Μια εξήγηση γι’ αυτό το αποτέλεσμα θα μπορούσε να είναι τα υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες που βιώνει ο γονέας με ασθενές τέκνο, όπως άλλωστε έχει φανεί και στα αποτελέσματα του 1<sup>ου</sup> ερωτήματος. Σύμφωνα με τους

Xiong et al., (2022), το γονικό τραύμα συμβάλλει στην ανάπτυξη μετατραυματικού στρες και ευνοεί την μετατραυματική ανάπτυξη. Γενικότερα, η επικρατούσα άποψη στη βιβλιογραφία είναι εκείνη που υποστηρίζει την θετική συσχέτιση της μετατραυματικής ανάπτυξης με το μετατραυματικό στρες, παρόλο που υπάρχουν διαφωνίες για το αν η σχέση αυτή είναι καμπυλόγραμμη (Khu et al., 2019; Kritikos, 2021; Long et al., 2021), ή γραμμική (Gleeson et al., 2022). Στην παρούσα έρευνα έγινε μια απόπειρα να ελεγχθούν ξεχωριστά οι άνδρες και οι γυναίκες, ως προς την μετατραυματική ανάπτυξη και εκεί διαπιστώθηκε ότι ενώ στις γυναίκες βρέθηκε στατιστικά σημαντική υπεροχή-όσον αφορά την μετατραυματική ανάπτυξη-της ομάδας των γυναικών με χρόνια ασθενές τέκνο, στους άνδρες δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων με και χωρίς ασθενές τέκνο. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με προϋπάρχουσες έρευνες (Riva et al., 2014; Collazo-Castiñeira et al., 2022).

Μια προσπάθεια ερμηνείας του παραπάνω αποτελέσματος οδήγησε την έρευνα στην εξέταση της σχέσης της ψυχικής ανθεκτικότητας με το φύλο. Το προϊόν της εξέτασης ήταν ιδιαίτερα σημαντικό αφού βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, όσον αφορά τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας, με τους άνδρες να υπερέχουν έναντι των γυναικών. Στη συνέχεια έγινε έλεγχος για τη σχέση του φύλου με τα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού ή σύνθετου μετατραυματικού στρες που οδήγησε στο αποτέλεσμα ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα τόσο του μετατραυματικού όσο και του σύνθετου μετατραυματικού στρες μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα από του άνδρες. Αν συνδυάσουμε όλα τα παραπάνω αποτελέσματα είναι δυνατόν να ισχυριστούμε, ότι η μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα των γυναικών οδηγεί σε υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες, τα οποία με τη σειρά τους προάγουν



περισσότερο την μετατραυματική ανάπτυξη. Αντιθέτως, οι άνδρες, ως περισσότερο ανθεκτικοί ψυχικά, βιώνουν λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες και επομένως έχουν λιγότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στην μετατραυματική ανάπτυξη (Levine et al. 2009; Salami, 2010; Collazo-Castiñeira et al., 2022).

Μια ακόμη ερμηνεία της μεγαλύτερης μετατραυματικής ανάπτυξης των γυναικών έναντι των ανδρών, θα μπορούσε να αναζητηθεί στο γεγονός ότι στο δυτικό πολιτισμικό πρότυπο, οι άνδρες δεν ενθαρρύνονται τόσο όσο οι γυναίκες στην έκφραση της δυσφορίας που μπορεί να τους προκαλεί το τραύμα (Orille, Marton, & Taku, 2022). Η ερμηνεία αυτή ενισχύεται αν λάβουμε υπόψη τη σημαντική συνεισφορά της συζήτησης των τραυματικών γεγονότων (Tedeschi & Calhoun, 2004) ή της σκόπιμης αναδρομής σε αυτά (Andrades et al., 2021) και της σκόπιμης γνωστικής επεξεργασίας (Romeo et al., 2022) αλλά και του αναστοχασμού, που διαδέχεται την αποσυναρμολόγηση των παλαιών εννοιολογικών κατασκευών, στην πορεία προς τη μετατραυματική ανάπτυξη (Cadell et al., 2003).

Παρόλα αυτά δεν λείπουν οι αναφορές που υποστηρίζουν την άποψη ότι η μετατραυματική ανάπτυξη δεν σχετίζεται με το μετατραυματικό στρες (Gundogmus et al., 2022). Άλλωστε, υπάρχει και ο αντίλογος που υποστηρίζει ότι ο τρόπος με τον οποίο μετριέται η μετατραυματική ανάπτυξη υπόκειται σε μεθοδολογικούς περιορισμούς και ότι είναι απαραίτητο να μελετηθεί η εμφάνισή της με όρους αλλαγής της προσωπικότητας (Jayawickreme, Infurna, Alajak, Blackie, Chopik, Chung, Dorfman, Fleeson, Forgeard, Frazier, Furr, Grossmann, Heller, Laceulle, Lucas, Luhmann, Luong, Meijer, McLean, ... Zonneveld, 2021).

### 3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα-Η σχέση της κατάθλιψης ενήλικου τέκνου με την χρόνια ασθένεια του γονέα

Στο 3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα ο στόχος ήταν να ελεγχθεί αν υπάρχει σχέση της χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας του γονέα, με τα επίπεδα κατάθλιψης του ενήλικου τέκνου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα ενήλικα τέκνα που έχουν γονέα με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από εκείνους που δεν έχουν ασθενή γονέα. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει ήδη υπάρχουσα μελέτη, που αναφέρεται στα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης που εμφανίζονται σε παιδιά που φροντίζουν ασθενείς γονείς, αποδίδοντας την κατάσταση αυτή στις ανεκπλήρωτες ανάγκες των φροντιστών (Nicholls et al., 2017). Μια άλλη μελέτη σε φοιτητές, αναδεικνύει το ζήτημα της αυξημένης ευθύνης για τη σωστή φροντίδα του ασθενούς γονέα, αλλά και την αντιστροφή των ρόλων, καθώς ο πάλαι ποτέ φροντιστής μετατρέπεται σε ανήμπορο άτομο που έχει την ανάγκη φροντίδας (Van der Werf, 2020). Επίσης, πληθώρα μελετών κάνουν λόγο για υψηλά ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ των φροντιστών ασθενών ηλικιωμένων (Mthembu et al., 2016; Shaffer et al., 2017; Dionne-Odom et al., 2017; Barrera-Caballero et al., 2021), όπου θα μπορούσαν να ενταχθούν και παιδιά που φροντίζουν τους ασθενείς γονείς τους. Και σε αυτές τις μελέτες αναφέρεται ως αιτία η ανισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες για τη φροντίδα του ασθενούς και τις ανάγκες του ίδιου του φροντιστή. Επιπλέον, οι Shaffer et al., (2017), βρήκαν πως υπάρχουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ των φροντιστών, σε σχέση με τους μη φροντιστές των ασθενών, πράγμα που μπορεί να αποδίδει την κατάθλιψη όχι τόσο σε αυτό καθαυτό το γεγονός της ασθένειας, αλλά κυρίως στην ευθύνη της φροντίδας.

Όσον αφορά το δεύτερο στάδιο στην διερεύνηση της κατάθλιψης, όπου χρησιμοποιήθηκε μόνο εκείνο το μέρος του δείγματος που εμφάνιζε βαθμολογίες

μεγαλύτερες ή ίσες του 3 στην παιδική συναισθηματική κακοποίηση από γονέα, η έρευνα κατέληξε ότι μόνο στην περίπτωση του ασθενούς πατέρα τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά. Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι όταν το κακοποιημένο τέκνο καλείται να φροντίσει τον χρόνια ασθενή πατέρα, τα επίπεδα της κατάθλιψης αυξάνονται σημαντικά. Αυτό επιβεβαιώνει τα ευρήματα προηγούμενης έρευνας (Kong, 2018). Από την άλλη μεριά, δεν λείπουν και οι μελέτες που δείχνουν ότι αυξημένα καταθλιπτικά επίπεδα εμφανίζονται και στην περίπτωση που το κακοποιημένο τέκνο καλείται να φροντίσει την χρόνια ασθενή κακοποιητική μητέρα, δίνοντας μάλιστα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με την περίπτωση του ασθενή πατέρα (Kong et al., 2021). Παρόλα αυτά, στην παρούσα έρευνα τα αποτελέσματα για την περίπτωση της μητέρας δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά.

Σε μια προσπάθεια ερμηνείας των αποτελεσμάτων, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι ο γονέας που κακοποιούσε συναισθηματικά το τέκνο του στην παιδική ηλικία, πιθανότατα συνεχίζει να είναι κακοποιητικός και δύστροπος ασθενής, που δυσκολεύει την προσπάθεια του παιδιού του να τον φροντίσει (Kong & Moorman, 2015). Αλλά και από τη μεριά του παιδιού-φροντιστή μπορεί να φαίνεται πολύ αγχωτικό το να φροντίζει έναν γονέα που του φερόταν κακοποιητικά στην παιδική ηλικία (Kong, 2018). Προχωρώντας ένα βήμα παραπέρα οι Parker et al., (2018), εξετάζουν το ενδεχόμενο το κακοποιημένο παιδί να αντιδρά αρνητικά στις υποχρεώσεις του απέναντι σε μια κακοποιητική οικογένεια. Τελειώνοντας, θα πρέπει να αναφέρουμε και την πιθανότητα η συναισθηματική κακοποίηση να είχε αρνητική επίδραση στο ίδιο το παιδί, δημιουργώντας ελλείμματα στην αυτορρύθμιση, καθώς και στο έλεγχο του συναισθήματος, με αποτέλεσμα όταν το παιδί ως ενήλικας βρέθηκε μπροστά σε μια στρεσογόνα κατάσταση, δεν κατάφερε να χρησιμοποιήσει τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης και οδηγήθηκε στην ψυχική διαταραχή και την κατάθλιψη (Skowron &

Woehrle, 2012). Παρόμοια, ο Watts (2022), υποστηρίζει ότι η συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, μειώνει το βαθμό κατανόησης των δυσχερειών καθώς επίσης και το βαθμό αναγνώρισης των παραγόντων που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων. Αλλά και οι de Ruiter et al., (2022), υποστηρίζουν ότι η κακοποίηση από τους γονείς παίζει ρόλο στην αιτιολόγηση ψυχοπαθολογίας.

Οι ερμηνείες που σχετίζονται με επίδραση της κακοποίησης στην ψυχοσύνθεση, φαίνεται να είναι και οι επικρατέστερες, καθώς υποστηρίζονται και από τα αποτελέσματα του τρίτου σταδίου ελέγχου της κατάθλιψης, σε πληθυσμό με μηδενική συναισθηματική κακοποίηση. Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, σε πληθυσμό με μηδενική γονική συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, δεν παρατηρείται διαφορά στα επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ όσων έχουν ασθενείς γονείς και όσων δεν έχουν, δηλαδή η ασθένεια του γονέα δεν σχετίζεται με κάποια διαφορά στα επίπεδα κατάθλιψης. Μια ερμηνεία γι' αυτό θα μπορούσε να προκύψει με αντιστροφή του συλλογισμού των παραπάνω μελετών των Skowron & Woehrle, (2012), de Ruiter et al., (2022) και Watts (2022). Δηλαδή, ελλείψει παιδικής συναισθηματικής κακοποίησης αυξάνεται η πιθανότητα να μην υπάρχουν ελλείμματα στην αυτορρύθμιση και στο έλεγχο του συναισθήματος, οπότε τα άτομα είναι πιο ικανά να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις, όπως είναι η χρόνια ασθένεια του γονέα. Θα μπορούσαν όμως να δοθούν και άλλες ερμηνείες, όπως η καλή σχέση που έχει χτίσει ο γονέας με το παιδί του, οπότε όταν έρθει η ώρα της ασθένειας και το παιδί πρέπει να φροντίσει τον γονέα του, δεν παρουσιάζει αντίδραση όπως αναφέρεται στη μελέτη των Parker et al., (2018), αλλά αντιθέτως βρίσκει ικανοποίηση στο γεγονός ότι μπορεί να προσφέρει στον γονέα του φροντίδα και καλύτερη ποιότητα ζωής. Τέλος θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι ο γονέας που δεν έχει προκαλέσει τραύματα

συναισθηματικής κακοποίησης στο παιδί του, είναι ένας άνθρωπος πνευματικά πιο ανεπτυγμένος και επομένως υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να είναι ένας καλόβολος ασθενής που δεν δημιουργεί στρες στα παιδιά φροντιστές.

Όσον αφορά τον έλεγχο του φύλου, από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια του πατέρα, όπως και στο γενικό πληθυσμό. Εκεί που διαφοροποιούνται τα δύο φύλλα, είναι σε πληθυσμούς με σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση όπου στους μεν άνδρες δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα κατάθλιψης, μεταξύ εκείνων που έχουν ασθενή πατέρα και εκείνων που δεν έχουν, στις δε γυναίκες προκύπτουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ανάμεσα σε αυτές που έχουν ασθενή πατέρα σε σχέση με εκείνες που δεν έχουν. Μια ερμηνεία για αυτό θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι στις γυναίκες του δείγματος εμφανίζονται υψηλότερα επίπεδα τόσο μετατραυματικού όσο και σύνθετου μετατραυματικού στρες, όπως φαίνεται στα αποτελέσματα του 2<sup>ου</sup> ερευνητικού ερωτήματος της παρούσης εργασίας. Από τη βιβλιογραφία αντλούμε την πληροφορία ότι η κακοποίηση και ειδικότερα η συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία μπορεί να αποτελέσει πηγή συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής (Salami, 2010, Sesar et al., 2010, Wang et al., 2022). Όμως, το μετατραυματικό στρες και πολύ περισσότερο το σύνθετο μετατραυματικό στρες σχετίζονται θετικά με τη κατάθλιψη (Steel et al., 2021).

Στην περίπτωση της ασθενούς μητέρας, στους μεν άνδρες δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική σχέση της ασθένειας της μητέρας με τα επίπεδα της κατάθλιψης, στις δε γυναίκες παρατηρείται στατιστικά σημαντική υπεροχή των γυναικών με ασθενή μητέρα, όσον αφορά τα επίπεδα κατάθλιψης, μόνο στο γενικό πληθυσμό, ενώ στις κατηγορίες των σοβαρά κακοποιημένων ή των μη κακοποιημένων,

δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η διαφοροποίηση ανδρών και γυναικών θα μπορούσε να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι στο ελληνικό πολιτισμικό πρότυπο, την ασθενή μητέρα συνηθίζεται να τη φροντίζει μια κόρη της παρά κάποιο αγόρι και όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κατάθλιψη λόγω ασθένειας είναι σημαντικότερη στους φροντιστές των ασθενών σε σχέση με τους συγγενείς που δεν συμμετέχουν στην καθημερινή φροντίδα (Shaffer et al., 2017).

Όσον αφορά τη στατιστικά ασήμαντη σχέση της κατάθλιψης με την ασθένεια της μητέρας στις σοβαρά κακοποιημένες γυναίκες, μια ερμηνεία θα μπορούσε να βασιστεί στο ισχυρισμό ότι οι γυναίκες αυτές ίσως έχουν υποστεί συναισθηματική κακοποίηση από τον πατέρα και όχι από τη μητέρα. Όπως έχει προαναφερθεί, η φροντίδα ενός κακοποιητικού γονέα, αυξάνει τα επίπεδα της κατάθλιψης (Kong, 2018). Τέλος η μη σημαντική σχέση της ασθένειας της μητέρας με τα επίπεδα κατάθλιψης των μη κακοποιημένων γυναικών μπορεί να ερμηνευθεί με τον συλλογισμό που ήδη έχει αναπτυχθεί, σχετικά με την μηδενική συναισθηματική κακοποίηση. Ότι, δηλαδή, τα παιδιά που δεν έχουν κακοποιηθεί συναισθηματικά στην παιδική ηλικία, αναπτύσσουν καλύτερους μηχανισμούς ελέγχου του συναισθήματος και αποκτούν δεξιότητες διαχείρισης αγχωτικών συμβάντων.

## 5. Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη έγινε μια προσπάθεια να ανιχνευθεί ο ρόλος της ασθένειας στην ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο η ασθένεια του ίδιου του ατόμου όσο και η ασθένεια κάποιου συγγενικού προσώπου, φαίνεται να έχει κάποια σχέση με τη διατάραξη της ψυχικής υγείας, είτε πρόκειται για μετατραυματική διαταραχή είτε για κατάθλιψη. Επιπλέον, εξετάστηκε ποιος μπορεί να είναι ο ρόλος της συναισθηματικής κακοποίησης από γονέα στην παιδική ηλικία, στην παραπάνω σχέση. Στις

περισσότερες περιπτώσεις φάνηκε πως η ύπαρξη γονικής συναισθηματικής κακοποίησης στη παιδική ηλικία ενισχύει την πιθανότητα, μια μελλοντική ασθένεια, να δημιουργήσει ψυχοπαθολογία είτε με τη μορφή της μετατραυματικής διαταραχής είτε με τη μορφή της κατάθλιψης. Τέλος, ερευνήθηκε η εμφάνιση μετατραυματικής ανάπτυξης σε γονείς παιδιών με χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μητέρες χρονίως πασχόντων τέκνων εμφανίζουν μετατραυματική ανάπτυξη στον παράγοντα “εκτίμηση της ζωής” ενώ για την περίπτωση των πατέρων δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση.

Φυσικά απαιτείται περισσότερη μελέτη όλων των παραπάνω, καθώς το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό, αφού δεν υπήρξε περιορισμός στην αναλογία ανδρών και γυναικών με αποτέλεσμα οι γυναίκες να είναι πολύ περισσότερες από τους άνδρες. Επιπλέον, η διεξαγωγή μιας διαχρονικής μελέτης θα βοηθούσε να διακρίνουμε, εκτός από τις συσχετίσεις, και τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Ειδικότερα θα μπορούσε να διεξαχθεί έρευνα που να μελετάει διαχρονικά την εξέλιξη των συμμετεχόντων όσον αφορά τα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής, ώστε να μπορέσει να εντοπίσει ποιες είναι πραγματικά οι αιτίες της εμφάνισης αυτών των συμπτωμάτων. Μια τέτοια έρευνα, για παράδειγμα, θα μπορούσε να διεξαχθεί σε δείγμα συναισθηματικά κακοποιημένων παιδιών από γονέα. Τέλος θα ήταν χρήσιμη η συμπλήρωση της βιβλιογραφίας στον τομέα των κληρονομικών ασθενειών με την διερεύνηση της ψυχικής υγείας ατόμων που έχουν στο συγγενικό τους περιβάλλον ασθενής που πάσχουν από κληρονομική ασθένεια.

## Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Alderfer, M. A., Logan, B. A., DiDonato, S., Jackson, L., Hayes, M. J., & Sigmon, S. T. (2020). Change Across Time in Cancer-Related Traumatic Stress Symptoms of Siblings of Children with Cancer: A Preliminary Investigation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), 48–53. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09618-2>
- Alpay, E. H., & Çelik, D. (2022). Complex Post Traumatic Stress Disorder: A Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 14(4), 589–596. <https://doi.org/10.18863/pgy.1050659>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrades, M., García, F. E., & Kilmer, R. P. (2021). Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth in children and adolescents 12 months and 24 months after the earthquake and tsunamis in Chile in 2010: A longitudinal study. *International Journal of Psychology*, 56(1), 48–55. <https://doi.org/10.1002/ijop.12718>
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200–209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.010>
- Arslan, G. (2017). Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 68(January), 96–106. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.023>



- Barrera-Caballero, S., Romero-Moreno, R., Pedroso-Chaparro, M. del S., Pedroso-Chaparro, Olmos, R., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Cabrera, I., Márquez-González, M., Olazarán, J., & Losada-Baltar, A. (2021). Stress, Cognitive Fusion and Comorbid Depressive and Anxiety Symptomatology in Dementia Caregivers. *Psychology and Aging*, 36(5), 667–676. <https://doi.org/10.1037/pag0000624>
- Baseotto, M. C., Morris, P. G., Gillespie, D. C., & Trevethan, C. T. (2022). Post-traumatic growth and value-directed living after acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 32(1), 84–103. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1798254>
- Beeton, K., Neal, D., Watson, T., & Lee, C. A. (2007). Parents of children with haemophilia? a transforming experience. *Haemophilia*, 13(5), 570–579. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2007.01494.x>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Boullion, G. Q., Pavlacic, J. M., Schulenberg, S. E., Buchanan, E. M., & Steger, M. F. (2020). Meaning, social support, and resilience as predictors of posttraumatic growth: A study of the Louisiana flooding of August 2016. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(5), 578–585. <https://doi.org/10.1037/ort0000464>
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279–287. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.279>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond Recovery From Trauma: Implications for Clinical Practice and Research. *Journal of Social Issues*, 54(2),

357–371. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.701998070>

Campbell-Sills, L., Forde, D. R., & Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1007–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013>

Chan, B. S. M., Deng, J., Li, Y., Li, T., Shen, Y., Wang, Y., & Yi, L. (2020). The Role of Self-Compassion in the Relationship between Post-Traumatic Growth and Psychological Distress in Caregivers of Children with Autism. *Journal of Child and Family Studies*, 29(6), 1692–1700. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01694-0>

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Maercker, A. (2018). *The International Trauma Questionnaire : development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD*. 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>

Collazo-Castiñeira, P., Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2022). Prediction of post-traumatic growth in the face of the COVID-19 crisis based on resilience, post-traumatic stress and social participation: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 13(August), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.985879>

Counselman-Carpenter, E. A. (2017). *The presence of posttraumatic growth ( PTG ) in mothers whose children are born unexpectedly with Down syndrome*. 42(4), 351–363. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1247207> ORIGINAL

Danielsdóttir, H. B., Aspelund, T., Thordardottir, E. B., Fall, K., Fang, F., Tómasson, G., Rúnarsdóttir, H., Yang, Q., Choi, K. W., Kennedy, B., Halldorsdottir, T., Lu,

- D., Song, H., Jakobsdóttir, J., Hauksdóttir, A., & Valdimarsdóttir, U. A. (2022). Adverse childhood experiences and resilience among adult women: A population-based study. *ELife*, *11*, 1–25. <https://doi.org/10.7554/ELIFE.71770>
- Dionne-Odom, J. N., Demark-Wahnefried, W., Taylor, R. A., Rocque, G. B., Azuero, A., Acemgil, A., Martin, M. Y., Astin, M., Ejem, D., Kvale, E., Heaton, K., Pisu, M., Partridge, E. E., & Bakitas, M. A. (2017). The self-care practices of family caregivers of persons with poor prognosis cancer: differences by varying levels of caregiver well-being and preparedness. *Supportive Care in Cancer*, *25*(8), 2437–2444. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3650-7>
- Dirik, G., & Göcek-Yorulmaz, E. (2018). Positive Sides of the Disease: Posttraumatic Growth in Adults with Type 2 Diabetes. *Behavioral Medicine*, *44*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1173635>
- Dong, C., Xu, R., & Xu, L. (2021). Relationship of childhood trauma, psychological resilience, and family resilience among undergraduate nursing students: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, *57*(2), 852–859. <https://doi.org/10.1111/ppc.12626>
- Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., Williams, M., & Chambers, R. (2016). Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *Journal of Trauma & Dissociation*, *17*(2), 223–236. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1077916>
- Downey, C., & Crummy, A. (2022). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(1), 100237. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>

- Eames, C., & O'Connor, D. (2022). The role of repetitive thinking and spirituality in the development of posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic stress disorder. *PLOS ONE*, 17(8), p. e0272036. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272036>
- Ebrahim, M. T., & Alothman, A. A. (2021). Resilience and social support as predictors of post-traumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorder in Saudi Arabia. *Research in Developmental Disabilities*, 113, 103943. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103943>
- Eisenberg, R., Fait, K., Dekel, R., Levi, N., Hod, H., Matezki, S., & Vilchinsky, N. (2022). Cardiac-Disease-Induced Posttraumatic Stress Symptoms (CDI-PTSS) Among Cardiac Patients' Partners: A Longitudinal Study. *Health Psychology*, 41(10), 674–682. <https://doi.org/10.1037/hea0001175>
- Elderton, A., Berry, A., & Chan, C. (2017). A Systematic Review of Posttraumatic Growth in Survivors of Interpersonal Violence in Adulthood. *Trauma, Violence, and Abuse*, 18(2), 223–236. <https://doi.org/10.1177/1524838015611672>
- Fox, R., Hyland, P., Coogan, A. N., Cloitre, M., & McHugh Power, J. (2022). Posttraumatic stress disorder, complex PTSD and subtypes of loneliness among older adults. *Journal of Clinical Psychology*, 78(2), 321–342. <https://doi.org/10.1002/jclp.23225>
- Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2022). Investigating post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD among people with self-reported depressive symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.953001>
- Furstova, J., Kascakova, N., Polackova Solcova, I., Hasto, J., & Tavel, P. (2022). How

- Czecho-Slovakia Bounces Back: Population-Based Validation of the Brief Resilience Scale in Two Central European Countries. *Psychological Reports*, 125(5), 2807–2827. <https://doi.org/10.1177/00332941211029619>
- Gallagher, M. W., Long, L. J., & Phillips, C. A. (2020). Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 329–355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22882>
- Chen, Y., Huang, C. C., Yang, M., & Wang, J. (2022). Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Resilience in College Students in China. *Journal of Family Violence*, 623–632. <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00388-4>
- Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulou, K., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World Journal of Psychiatry*, 8(1), 12–19. <https://doi.org/10.5498/wjp.v8.i1.12>
- Gizli Çoban, Ö., Sürer Adanır, A., & Özatalay, E. (2017). Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in the siblings of the pediatric bone marrow transplantation survivors and post-traumatic stress disorder in their mothers. *Pediatric Transplantation*, 21(6), e13003. <https://doi.org/10.1111/petr.13003>
- Gleeson, A., Curran, D., Simms, J., Dyer, K., Fletcher, S., & Hanna, D. (2022). The role of trauma, psychological therapy, and trauma appraisals in predicting posttraumatic growth. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000393>
- Gundogmus, A., Katar, K., Orsel, S., Ozturk, G., & Yilmaz, K. (2022). The relationship of potential biomarkers with psychological resilience and post-traumatic growth

- in female patients with breast cancer. *PLoS ONE*, 17(12), pp. 1-15.  
doi:10.1371/journal.pone.0277119
- Gudmundsdottir, H. S., Elklit, A., & Gudmundsdottir, D. B. (2006). PTSD and psychological distress in Icelandic parents of chronically ill children: Does social support have an effect on parental distress? *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(4), 303–312. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00512.x>
- Gurowiec, P. J., Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., & Kędra, E. (2022). The Relationship between Social Support and Secondary Posttraumatic Growth among Health Care Providers Working with Trauma Victims—The Mediating Role of Cognitive Processing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 4985. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094985>
- Hamama, L., & Sharon, M. (2013). *Posttraumatic Growth and Subjective Well-Being among Caregivers of Chronic Patients: A Preliminary Study*. 1717–1737. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9405-8>
- Han, K.-M., Park, J. Y., Park, H. E., An, S. R., Lee, E. H., Yoon, H.-K., & Ko, Y.-H. (2019). Social support moderates association between posttraumatic growth and trauma-related psychopathologies among victims of the Sewol Ferry Disaster. *Psychiatry Research*, 272, 507–514. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.168>
- Henson, C., Truchot, D., Canevello, A., & Andela, M. (2022). Psychometric Properties of a European French Version of the PTGI. *Research on Social Work Practice*, 32(8), 993–1002. <https://doi.org/10.1177/10497315221101906>
- Heo, M., Kim, N., & Faith, M. S. (2015). Statistical power as a function of Cronbach alpha of instrument questionnaire items Data analysis, statistics and modelling.

*BMC Medical Research Methodology*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12874-015-0070-6>

Hoeboer, C., de Roos, C., van Son, G. E., Spinhoven, P., & Elzinga, B. (2021). The effect of parental emotional abuse on the severity and treatment of PTSD symptoms in children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 111(October 2020), 104775. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104775>

Imperatori, C., Bianciardi, E., Niolu, C., Fabbriatore, M., Gentileschi, P., Di Lorenzo, G., Siracusano, A., & Innamorati, M. (2020). The Symptom-Checklist-K-9 (SCL-K-9) Discriminates between Overweight/Obese Patients with and without Significant Binge Eating Pathology: Psychometric Properties of an Italian Version. *Nutrients*, 12(3), 674. <https://doi.org/10.3390/nu12030674>

Imran, J., Nasa, P., Alexander, L., Upadhyay, S., & Alanduru, V. (2021). Psychological distress among survivors of moderate-to-critical COVID-19 illness: A multicentric prospective cross-sectional study. *Indian Journal of Psychiatry*, 63(3), 285. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_1074\\_20](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_1074_20)

Jakobsen, A. V., Møller, R. S., Nikanorova, M., & Elklit, A. (2020). The impact of severe pediatric epilepsy on experienced stress and psychopathology in parents. *Epilepsy and Behavior*, 113, 107538. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2020.107538>

Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E. R., Chopik, W. J., Chung, J. M., Dorfman, A., Fleeson, W., Forgeard, M. J. C., Frazier, P., Furr, R. M., Grossmann, I., Heller, A. S., Laceulle, O. M., Lucas, R. E., Luhmann, M., Luong, G., Meijer, L., McLean, K. C., ... Zonneveld, R. (2021). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations.

- Journal of Personality*, 89(1), 145–165. <https://doi.org/10.1111/jopy.12591>
- Kaewkong, P., Boonchooduang, N., Charoenkwan, P., & Louthrenoo, O. (2021). Resilience in adolescents with thalassemia. *Pediatric Hematology and Oncology*, 38(2), 124–133. <https://doi.org/10.1080/08880018.2020.1821140>
- Kairyte, A., Kvedaraite, M., Kazlauskas, E., & Gelezelyte, O. (2022). Exploring the links between various traumatic experiences and ICD-11 PTSD and Complex PTSD: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 13(September), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896981>
- Karatzias, T., Hyland, P., Bradley, A., Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Shevlin, M. (2019). Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depression and Anxiety*, 36(9), 887–894. <https://doi.org/10.1002/da.22934>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Fyvie, C., Grandison, G., & Ben-Ezra, M. (2021). ICD-11 posttraumatic stress disorder, complex PTSD and adjustment disorder: the importance of stressors and traumatic life events. *Anxiety, Stress and Coping*, 34(2), 191–202. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1803006>
- Keane, K., & Evans, R. R. (2022). The Potential for <scp>Teacher-Student</scp> Relationships and the Whole School, Whole Community, Whole Child Model to Mitigate Adverse Childhood Experiences. *Journal of School Health*, 92(5), 504–513. <https://doi.org/10.1111/josh.13154>
- Khu, M., Soltani, S., Neville, A., Schulte, F., & Noel, M. (2019). Posttraumatic stress and resilience in parents of youth with chronic pain. *Children's Health Care*, 48(2), 142–163. <https://doi.org/10.1080/02739615.2018.1514606>



- Kong, J. (2018). Effect of Caring for an Abusive Parent on Mental Health: The Mediating Role of Self-Esteem. *Gerontologist*, 58(3), σσ. 456-466. doi:10.1093/geront/gnx053
- Kong, J., & Moorman, S. M. (2015). Caring for my abuser: Childhood maltreatment and caregiver depression. *Gerontologist*, 55(4), σσ. 656-666
- Kong, J., Martire, L. M., Tate, A. M., Bray, B. C., & Almeida, D. M. (2021). Different Types of Childhood Experience With Mothers and Caregiving Outcomes in Adulthood. *Family Relations*, 70(4), σσ. 1090-1101. doi:10.1111/fare.12511
- Kritikos, T. K., Stiles-Shields, C., Winning, A. M., Starnes, M., Ohanian, D. M., Clark, O. E., del Castillo, A., Chavez, P., & Holmbeck, G. N. (2021). A Systematic Review of Benefit-Finding and Growth in Pediatric Medical Populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 46(9), 1076–1090. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab041>
- Laskowska, A. (2021). *Quality of life in cancer as a function of temperament , coping and posttraumatic stress disorder*. 944–952.
- Lee, J. H., Seo, M., Lee, M., Park, S. Y., Lee, J. H., & Lee, S. M. (2017). Profiles of Coping Strategies in Resilient Adolescents. *Psychological Reports*, 120(1), 49–69. <https://doi.org/10.1177/0033294116677947>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 282–286. <https://doi.org/10.1002/jts.20409>
- Li, J., Wang, W., Hu, W., Yuan, Z., Zhou, R., Zhang, W., & Qu, Z. (2021). Validation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in Chinese children

as per the ICD-11 proposals using the International trauma questionnaire.

*European Journal of Psychotraumatology*, 12(1).

<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1888525>

Long, L. J., Phillips, C. A., Glover, N., Richardson, A. L., D'Souza, J. M., Cunningham-

Erdogdu, P., & Gallagher, M. W. (2021). A Meta-analytic Review of the

Relationship Between Posttraumatic Growth, Anxiety, and Depression. *Journal of*

*Happiness Studies*, 22(8), 3703–3728. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00370-9>

Luo, L., Hu, R., Cao, L., Zhang, M., Wang, X., & Xu, J. (2021). Association between

childhood parental rearing, sexual partnerships, social support and posttraumatic

stress disorders (PTSD) among young HIV-positive MSM. *AIDS Care*, 33(7),

920–928. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1842848>

Mthembu, T. G., Brown, Z., Cupido, A., Razack, G., & Wassung, D. (2016). Family

caregivers' perceptions and experiences regarding caring for older adults with

chronic diseases. *South African Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 83–88.

<https://doi.org/10.17159/2310-3833/2016/v46n1a15>

Nenova, M., Duhamel, K., Zemon, V., Rini, C., & Redd, W. H. (2013). Posttraumatic

growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant

survivors. *Psycho-Oncology*, 22(1), 195–202. <https://doi.org/10.1002/pon.2073>

Ni, Z. H., Lv, H. T., Wu, J. H., & Wang, F. (2023). Post-traumatic growth in caregivers

of children hospitalized in the PICU due to traffic accident: a qualitative study.

*BMC Nursing*, 22(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01213-z>

Nicholls, W., Patterson, P., McDonald, F. E. J., & Hulbert-Williams, N. J. (2017).

Unmet needs in young adults with a parent with a chronic condition: a mixed-

method investigation and measure development study. *Scandinavian Journal of*

*Caring Sciences*, 31(1), 191–200. <https://doi.org/10.1111/scs.12320>

Nishimi, K., Choi, K. W., Davis, K. A., Powers, A., Bradley, B., & Dunn, E. C. (2020).

Features of Childhood Maltreatment and Resilience Capacity in Adulthood: Results from a Large Community-Based Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 33(5), 665–676. <https://doi.org/10.1002/jts.22543>

Ogińska-Bulik, N. (2015). The Relationship Between Resiliency and Posttraumatic

Growth Following the Death of Someone Close. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 71(3), 233–244. <https://doi.org/10.1177/0030222815575502>

Orille, A. C., Marton, V., & Taku, K. (2022). Posttraumatic Growth Impacts Views of

Others' Trauma: The Roles of Shared Experience and Gender. *Journal of Humanistic Psychology*, 62(5), 669–682.

<https://doi.org/10.1177/0022167820961928>

Panther-brick, C., Grimon, M., Kalin, M., & Eggerman, M. (2015). *Trauma memories ,*

*mental health , and resilience : a prospective study of Afghan youth*. 7, 814–825.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12350>

Parker, E., Maier, C., & Wojciak, A. (2018). Childhood abuse and family obligation in

middle adulthood: findings from the MIDUS II National Survey. *Journal of Family Therapy*, 40(1), 120–141. doi:10.1111/1467-6427.12114

Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. P. (2008). Strengths

of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 214–217. <https://doi.org/10.1002/jts.20332>

Pinquart, M. (2019). Posttraumatic Stress Symptoms and Disorders in Parents of

Children and Adolescents With Chronic Physical Illnesses: A Meta-Analysis.

*Journal of Traumatic Stress*, 32(1), 88–96. <https://doi.org/10.1002/jts.22354>

Prinz, U., Nutzinger, D. O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C., & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry*, 13(1), 104. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-104>

Purc-Stephenson, R. J. (2014). *The Posttraumatic Growth Inventory : Factor Structure and Invariance Among Persons With Chronic Diseases*. 59(1), 10–18. <https://doi.org/10.1037/a0035353>

Qin, X., Feng, Y., Qu, F., Luo, Y., Chen, B., Chen, M., Zou, Y., & Zhang, L. (2021). Posttraumatic Growth Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder in China and Its Relationship to Family Function and Mental Resilience: A Cross-Sectional Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 57, e59–e67. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.026>

Ramos, C., Leal, I., Costa, P. A., Tapadinhas, A. R., & Tedeschi, R. G. (2018). An item-level analysis of the Posttraumatic Stress Disorder checklist and the Posttraumatic Growth Inventory and its associations with challenge to core beliefs and rumination. *Frontiers in Psychology*, 9(DEC), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02346>

Rechenberg, K., Grey, M., & Sadler, L. (2017). Stress and Posttraumatic Stress in Mothers of Children With Type 1 Diabetes. *Journal of Family Nursing*, 23(2), 201–225. <https://doi.org/10.1177/1074840716687543>

Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma

- Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 79(February), 102381.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>
- Riva, R., Forinder, U., Arvidson, J., Mellgren, K., Toporski, J., Winiarski, J., & Norberg, A. L. (2014). Patterns of psychological responses in parents of children that underwent stem cell transplantation. *Psycho-Oncology*, 23(11), 1307–1313.  
<https://doi.org/10.1002/pon.3567>
- Robinson, W. D., Jones, A. C., & McPhee, D. P. (2020). Living with a Rare Chronic Illness: A Phenomenological, Systemic Examination of Hemophilia Complicated by an Inhibitor. *American Journal of Family Therapy*, 48(3), 250–270.  
<https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1708831>
- Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Kirchheiner, K., Masel, E. K., Watzke, H., & Schrank, B. (2016). Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Supportive Care in Cancer*, 24(5), 1975–1982. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2987-z>
- Salami, S. O. (2010). Moderating Effects of Resilience, Self-Esteem and Social Support on Adolescents' Reactions to Violence. *Asian Social Science*, 6(12), 101–110.  
<https://doi.org/10.5539/ass.v6n12p101>
- Sanders, A., & Szymanski, K. (2013). Siblings of People Diagnosed with a Mental Disorder and Posttraumatic Growth. *Community Mental Health Journal*, 49(5), pp. 554-559. doi:10.1007/s10597-012-9498-x
- Seitz, K. I., Gerhardt, S., von Schroeder, C., Panizza, A., Thekkumthala, D., Bertsch, K., Herpertz, S. C., Schmahl, C., & Schalinski, I. (2022). Measuring types and timing of childhood maltreatment: The psychometric properties of the KERF-40+. *PLOS ONE*, 17(9), e0273931. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273931>

- Seo, H., & Lee, O. (2020). Mediating role of post-traumatic stress disorder in post-traumatic growth in adults who experienced the 2017 Pohang earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 263, 246–251. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.162>
- Sesar, K., Šimić, N., & Barišić, M. (2010). Multi-type childhood abuse, strategies of coping, and psychological adaptations in young adults. *Croatian Medical Journal*, 51(5), 406–416. <https://doi.org/10.3325/cmj.2010.51.406>
- Shaffer, K. M., Kim, Y., Carver, C. S., & Cannady, R. S. (2017). Effects of caregiving status and changes in depressive symptoms on development of physical morbidity among long-term cancer caregivers. *Health Psychology*, 36(8), 770–778. <https://doi.org/10.1037/hea0000528>
- Skowron, E., & Woehrle, P. (2012). Child maltreatment. In N. A. Fouad (Ed.), *APA Handbook of counseling psychology 2* (pp. 153-180). American Psychological Association (APA).
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back (BRS). *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Steel, C., Tehrani, N., Lewis, G., & Billings, J. (2021). Risk factors for complex posttraumatic stress disorder in UK police. *Occupational Medicine*, 71(8), 351–357. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab114>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996a). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. In *Journal of Traumatic Stress* (Vol. 9, Issue 3, pp. 455–471). <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996b). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: ‘Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence’. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
- Teicher, M. H., & Parigger, A. (2015). The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PLoS ONE*, 10(2), 1–37. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117423>
- Tolleson, A., & Zeligman, M. (2019). Creativity and Posttraumatic Growth in Those Impacted by a Chronic Illness/Disability. *Journal of Creativity in Mental Health*, 14(4), 499–509. <https://doi.org/10.1080/15401383.2019.1632769>
- Vallati, M., Cunningham, S., Mazurka, R., Stewart, J. G., Larocque, C., Milev, R. V., Bagby, R. M., Kennedy, S. H., & Harkness, K. L. (2020). Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(5), 469–479. <https://doi.org/10.1037/abn0000521>
- Van der Werf, H. M., Paans, W., Emmens, G., Francke, A. L., Roodbol, P. F., & Luttik, M. L. A. (2020). Experiences of Dutch students growing up with a family member with a chronic illness: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 624–632. <https://doi.org/10.1111/hsc.12896>
- Wang, J., She, Y., Wang, M., Zhang, Y., Lin, Y., & Zhu, X. (2021). Relationships among hope, meaning in life, and post-traumatic growth in patients with chronic

- obstructive pulmonary disease: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 244–254. <https://doi.org/10.1111/jan.14605>
- Wang, L., Yu, Z., Chen, W., Zhang, J., & Bettencourt, A. F. (2022). Higher exposure to childhood adversity associates with lower adult flourishing. *BMC Public Health*, 22(1), 612. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13063-6>
- Watts, J. R. (2022). Investigating the Influence of Childhood Emotional Maltreatment and Emotional Neglect on Sense of Coherence in Young Adulthood. *Journal of Mental Health Counseling*, 44(3), 209–227. <https://doi.org/10.17744/mehc.44.3.02>
- Waugh, C. E., Leslie-Miller, C. J., Shing, E. Z., Furr, R. M., Nightingale, C. L., & McLean, T. W. (2021). Adaptive and maladaptive forms of disengagement coping in caregivers of children with chronic illnesses. *Stress and Health*, 37(2), 213–222. <https://doi.org/10.1002/smi.2985>
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Xiong, T., McGrath, P. J., Stewart, S. H., Bagnell, A., & Kaltenbach, E. (2022). Risk and protective factors for posttraumatic stress and posttraumatic growth in parents of children with intellectual and developmental disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2087979>
- Yazici, H., Ozdemir, M., & Koca, F. (2021). Impact of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms on Posttraumatic Growth. *Journal of Loss and Trauma*, 26(4), 389–400. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1801240>
- Yu, M., Huang, L., Mao, J., DNA, G., & Luo, S. (2022). Childhood Maltreatment,



Automatic Negative Thoughts, and Resilience: The Protective Roles of Culture and Genes. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1–2), 349–370.

<https://doi.org/10.1177/0886260520912582>

Zeligman, M., Varney, M., Grad, R. I., & Huffstead, M. (2018). Posttraumatic Growth in Individuals With Chronic Illness: The Role of Social Support and Meaning Making. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 53–63.

<https://doi.org/10.1002/jcad.12177>



## Παράρτημα

Αποσπάσματα ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα

### 1. Δημογραφικά

#### 1. Φύλλο

A) Άρρεν

B) Θηλή

2. Έχετε διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια, ασθένεια που προκαλεί βλάβη ή απειλεί τη ζωή;

A) Ναι

B) Όχι

3. Έχει ποτέ διαγνωσθεί ο πατέρας σας (συμπεριλαμβάνεται πρωταρχική ανδρική φιγούρα προσκόλλησης) με χρόνια ασθένεια, ασθένεια που προκαλεί βλάβη ή απειλεί τη ζωή;

4. Έχει ποτέ διαγνωσθεί η μητέρα σας (συμπεριλαμβάνεται πρωταρχική γυναικεία φιγούρα προσκόλλησης) με χρόνια ασθένεια, ασθένεια που προκαλεί βλάβη ή απειλεί τη ζωή;

5. Έχει ποτέ διαγνωσθεί το παιδί σας με χρόνια ασθένεια, ασθένεια που προκαλεί βλάβη ή απειλεί τη ζωή;

6. Έχει ποτέ διαγνωσθεί αδελφός/ή σας με χρόνια ασθένεια, ασθένεια που προκαλεί βλάβη ή απειλεί τη ζωή;

7. Έχει ποτέ διαγνωσθεί ο/η σύζυγός σας με χρόνια ασθένεια, ασθένεια που προκαλεί βλάβη ή απειλεί τη ζωή;

## 2. International Trauma Questionnaire (ITQ-2018)

*Παρακαλώ προσδιορίστε την πιο τραυματική εμπειρία της ζωής σας και απαντήστε στις ερωτήσεις σχετικά με αυτή την εμπειρία.*

1. Σύντομη περιγραφή εμπειρίας.

3. Έχετε ενοχλητικά όνειρα που επαναλαμβάνουν μέρος της εμπειρίας ή συνδέονται άμεσα με την εμπειρία;

A) Καθόλου      B) Λίγο      Γ) Αρκετά      Δ) Πολύ      E) Υπερβολικά

4. Έχετε ισχυρές εικόνες ή αναμνήσεις που έρχονται μερικές φορές στο μυαλό σας, όπου αισθάνεστε ότι αναβιώνετε την εμπειρία εδώ και τώρα;

A) Καθόλου      B) Λίγο      Γ) Αρκετά      Δ) Πολύ      E) Υπερβολικά

5. Αποφεύγετε τις εσωτερικές υπενθυμίσεις της εμπειρίας (για παράδειγμα, σκέψεις, συναισθήματα ή σωματικές αισθήσεις);

A) Καθόλου      B) Λίγο      Γ) Αρκετά      Δ) Πολύ      E) Υπερβολικά

6. Αποφεύγετε τις εσωτερικές υπενθυμίσεις της εμπειρίας (για παράδειγμα, ανθρώπους, μέρη, συζητήσεις, αντικείμενα, δραστηριότητες ή καταστάσεις);

A) Καθόλου      B) Λίγο      Γ) Αρκετά      Δ) Πολύ      E) Υπερβολικά

Επιπλέον, για το σύνθετο μετατραυματικό στρες:

12. Όταν είμαι αναστατωμένος/η, μου παίρνει πολύ χρόνο να ηρεμήσω.

A) Καθόλου      B) Λίγο      Γ) Αρκετά      Δ) Πολύ      E) Υπερβολικά

13. Αισθάνομαι μουνδιασμένος/η ή συναισθηματικά απομονωμένος/η.

A) Καθόλου                      B) Λίγο                      Γ) Αρκετά                      Δ) Πολύ                      Ε) Υπερβολικά

14. Νοιώθω σαν αποτυχία.

A) Καθόλου                      B) Λίγο                      Γ) Αρκετά                      Δ) Πολύ                      Ε) Υπερβολικά

15. Νοιώθω ανάξιος/α.

A) Καθόλου                      B) Λίγο                      Γ) Αρκετά                      Δ) Πολύ                      Ε) Υπερβολικά

16. Αισθάνομαι απόμακρος/η ή αποκομμένος/η από τους ανθρώπους.

A) Καθόλου                      B) Λίγο                      Γ) Αρκετά                      Δ) Πολύ                      Ε) Υπερβολικά

17. Το βρίσκω δύσκολο να μείνω συναισθηματικά κοντά στους ανθρώπους.

A) Καθόλου                      B) Λίγο                      Γ) Αρκετά                      Δ) Πολύ                      Ε) Υπερβολικά

### **3. Posttraumatic Growth Inventory (PTGI-1996)**

*Υποδείξτε για κάθε μια από τις παρακάτω φράσεις/προτάσεις το βαθμό στον οποίο αυτή η αλλαγή παρουσιάστηκε στη ζωή σας, ως αποτέλεσμα της πιο δύσκολης/τραυματικής εμπειρίας της ζωής σας.*

#### **Παράγοντας I (Σχέσεις με τους άλλους)**

6. Βλέπω πιο ξεκάθαρα ότι μπορώ να στηριχτώ σε άλλους στις δύσκολες στιγμές.

A) Καθόλου

B) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

8. Έχω πιο έντονη την αίσθηση της οικειότητας με τους άλλους.

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

9. Είμαι πρόθυμος να εκφράσω τα συναισθήματά μου.

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

15. Έχω μεγαλύτερη συμπόνια για τους άλλους ανθρώπους.

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

16. Προσπαθώ περισσότερο για τις σχέσεις μου.

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

20. Έμαθα πολλά για το πόσο υπέροχοι είναι οι άνθρωποι.

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

### **Παράγοντας II (Νέες ευκαιρίες)**

3. Έχω αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα.

Α) Καθόλου

B) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

7. Έκανα μια νέα αρχή στη ζωή μου.

A) Καθόλου

B) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

11. Είμαι σε θέση να αξιοποιήσω καλύτερα τη ζωή μου.

A) Καθόλου

B) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

14. Νέες ευκαιρίες είναι διαθέσιμες, οι οποίες δεν υπήρχαν πριν.

- A) Καθόλου
- B) Σε πολύ μικρό βαθμό
- Γ) Σε μικρό βαθμό
- Δ) Σε μεσαίο βαθμό
- E) Σε μεγάλο βαθμό
- ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

17. Προσπαθώ περισσότερο να αλλάξω πράγματα που χρειάζεται να αλλάξουν.

- A) Καθόλου
- B) Σε πολύ μικρό βαθμό
- Γ) Σε μικρό βαθμό
- Δ) Σε μεσαίο βαθμό
- E) Σε μεγάλο βαθμό
- ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

### **Παράγοντας ΙΙΙ (Προσωπική δύναμη)**

4. Έχω μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.

- A) Καθόλου
- B) Σε πολύ μικρό βαθμό
- Γ) Σε μικρό βαθμό
- Δ) Σε μεσαίο βαθμό
- E) Σε μεγάλο βαθμό



ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

10. Ξέρω ότι μπορώ να αντιμετωπίσω δυσκολίες.

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

12. Μπορώ να αποδεχτώ περισσότερο το πώς εξελίσσονται τα πράγματα.

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

19. Ανακάλυψα ότι είμαι πιο δυνατός-η απ'ότι νόμιζα

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

**Παράγοντας IV (Πνευματική αλλαγή)**

5. Έχω μεγαλύτερη κατανόηση για πνευματικά θέματα.

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

18. Έχω πιο έντονη την θρησκευτική μου πίστη.

Α) Καθόλου

Β) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

**Παράγοντας V (Εκτίμηση της ζωής)**

1. Άλλαξα τις προτεραιότητες μου για το τι είναι σημαντικό στη ζωή.

Α) Καθόλου

B) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

2. Έχω μεγαλύτερη εκτίμηση για την αξία της ίδιας μου της ζωής.

A) Καθόλου

B) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

13. Εκτιμώ καλύτερα την κάθε μέρα.

A) Καθόλου

B) Σε πολύ μικρό βαθμό

Γ) Σε μικρό βαθμό

Δ) Σε μεσαίο βαθμό

Ε) Σε μεγάλο βαθμό

ΣΤ) Σε πολύ μεγάλο βαθμό

#### 4. Brief Resilience Scale (BRS-2008)

*Παρακαλώ επιλέξτε την επιλογή που σας αντιπροσωπεύει.*

1. Έχω την τάση να ανακάμπτω γρήγορα μετά από δυσκολίες.

A) Διαφωνώ πολύ B) Διαφωνώ Γ) Ουδέτερα Δ) Συμφωνώ E) Συμφωνώ πολύ

2. Δυσκολεύομαι να ξεπεράσω στρεσογόνα γεγονότα.

A) Διαφωνώ πολύ B) Διαφωνώ Γ) Ουδέτερα Δ) Συμφωνώ E) Συμφωνώ πολύ

3. Δεν μου παίρνει πολύ χρόνο για να ανακάμψω μετά από ένα αγχωτικό γεγονός.

A) Διαφωνώ πολύ B) Διαφωνώ Γ) Ουδέτερα Δ) Συμφωνώ E) Συμφωνώ πολύ

4. Είναι δύσκολο για μένα να ανακάμψω μετά από ένα δύσκολο γεγονός.

A) Διαφωνώ πολύ B) Διαφωνώ Γ) Ουδέτερα Δ) Συμφωνώ E) Συμφωνώ πολύ

5. Σε δύσκολες περιόδους συνήθως τα βγάζω πέρα σχετικά εύκολα.

A) Διαφωνώ πολύ B) Διαφωνώ Γ) Ουδέτερα Δ) Συμφωνώ E) Συμφωνώ πολύ

6. Μου παίρνει αρκετό χρόνο να ξεπεράσω δυσκολίες στην ζωή μου.

A) Διαφωνώ πολύ B) Διαφωνώ Γ) Ουδέτερα Δ) Συμφωνώ E) Συμφωνώ πολύ

#### 5. Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R-1991)

*Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια επιλέξτε το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.*

5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

20. Κλαίτε εύκολα;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

29. Αισθάνεσθε μοναξιά;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;

A) Καθόλου B) Λίγο Γ) Μέτρια Δ) Αρκετά E) Υπερβολικά

## 6. Maltreatment and Abuse Chronology (MACE-2014)

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν συναισθηματική βία που βιώσατε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας (τα πρώτα 18 χρόνια) στα χέρια ενηλίκων που ζούσαν στο σπίτι.

	Συναισθηματική κακοποίηση από γονέα	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σας έβριζαν ή έλεγαν άσχημα πράγματα όπως το να σας αποκαλούν «χοντρό-ή», «άσχημο-η», «χαζό-ή» κτλ, περισσότερες από μερικές φορές το χρόνο;		
Σας φώναζαν περισσότερες από μερικές φορές το χρόνο;		
Σας κλείδωσαν σε ντουλάπα, σοφίτα, υπόγειο, γκαράζ ή οποιοδήποτε άλλο στενό και σκοτεινό μέρος;		
Απειλήσαν να σας αφήσουν ή να σας εγκαταλείψουν;		
Ήταν πολύ δύσκολο να τους ευχαριστήσετε;		