



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Διαχείριση γήρανσης και χρόνιων νοσημάτων

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Ψυχολογικά Χαρακτηριστικά Ατόμων με Ιδιοπαθείς
Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ) και Στρατηγικές
Αντιμετώπισης της Νόσου»

Καμπισιούλης Παναγιώτης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Καλτσούδα Άννα

Τρίπολη, Ιανουάριος 2023

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Ψυχολογικά Χαρακτηριστικά Ατόμων με Ιδιοπαθείς
Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ) και Στρατηγικές
Αντιμετώπισης της Νόσου»

Καμπισιούλης Παναγιώτης

Επιτροπή Κρίσης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Καλτσούδα Άννα

Μέλος Εργαστηριακού
Διδακτικού Προσωπικού

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Ευμορφία Κούκια

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τρίπολη, Ιανουάριος 2023

Ευχαριστίες

Θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα.Καλτσούδα Άννα για την αμέριστη υποστήριξη και βοήθεια κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Στην Μαίρη και στον Κωνσταντίνο, για την αγάπη τους

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι χρόνιες ασθένειες, στην πορεία των οποίων το στρες διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Οι μη αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες στις ΙΦΝΕ έχουν συσχετιστεί με σοβαρότερη συμπτωματολογία, άγχος, κατάθλιψη και υποδεέστερη ποιότητα ζωής. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει επισημάνει συνδέσεις ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και τον τύπο προσκόλλησης στις σχέσεις συναισθηματικής εγγύτητας, ο οποίος με τη σειρά του σχετίζεται με την ικανότητα νοηματοποίησης.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τον ρόλο του τύπου προσκόλλησης και της νοηματοποίησης, όπως αυτή αποδίδεται με όρους αναστοχαστικής λειτουργικότητας, σε συνάφεια με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες στις ΙΦΝΕ.

Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 132 άτομα που είχαν διαγνωστεί με ΙΦΝΕ και επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας. Συλλέχθηκαν δημογραφικές και σχετικές με τη νόσο πληροφορίες και χορηγήθηκε η Σύντομη Κλίμακα Τρόπων Αντιμετώπισης Προβλημάτων (Brief COPE), το Ερωτηματολόγιο Αναστοχαστικής Λειτουργικότητας (Reflective Functioning Questionnaire) και η Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (Experiences in Close Relationships Inventory). Για την αξιολόγηση της δραστηριότητας των ΙΦΝΕ χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Δραστηριότητας της Ελκώδους Κολίτιδας (Simple Colitis Activity Index- SCAI) και ο δείκτης Harvey-Bradshaw Index (HBI) για τη νόσο του Crohn.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των εξεταζόμενων ήταν γυναίκες (68,2%) και είχε διαγνωστεί με νόσο του Crohn (63,6%) έναντι της ελκώδους κολίτιδας (31,8%) και της αταξινόμητης ΙΦΝΕ (4,5%). Η μέση ηλικία των εξεταζόμενων ήταν τα 44 ($\pm 11,2$) έτη, ενώ η μέση ηλικία διάγνωσης τα 32,1 ($\pm 12,3$) έτη. Η πλειονότητα των εξεταζόμενων παρουσίασαν ασφαλή τύπο δεσμού (61,4%). Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση διαπιστώθηκε ανάμεσα στην αποφυγή της προσκόλλησης και τη χρήση στρατηγικών που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος για τη διαχείριση του στρες ($p < ,01$). Επιπλέον, όσο μεγαλύτερη ήταν η αποφυγή ($p < ,001$) και μικρότερο το άγχος προσκόλλησης ($p < ,01$) και όσο μεγαλύτερη ήταν η βεβαιότητα για την ψυχική κατάσταση ($p < ,001$) τόσο

λιγότερο πιθανή ήταν η διαχείριση του στρες με στρατηγικές που εστιάζουν στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης. Στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε τέλος ανάμεσα στην αβεβαιότητα για την ψυχική κατάσταση και τη χρήση στρατηγικών άρνησης και αποφυγής για τη διαχείριση του στρες ($p < ,05$).

Συζήτηση: Τα ευρήματα συζητήθηκαν σε σχέση με την κλινική τους αξία, καθώς και στη βάση προηγούμενων ερευνών αλλά και συγκεκριμένων περιορισμών.

Λέξεις – Κλειδιά: ΙΦΝΕ, Στρατηγικές Αντιμετώπισης, Προσκόλληση, Νοηματοποίηση, Αναστοχαστική Λειτουργία.

«Psychological Characteristics of Individuals with Inflammatory Bowel Diseases (IBD) and Disease Coping Strategies»

Kampisioulis Panagiotis

Abstract

Introduction: Inflammatory Bowel Diseases (IBD) are chronic diseases, in the course of which stress plays an important role. Ineffective stress coping strategies in IBD, have been associated with more severe symptomatology, anxiety, depression, and inferior quality of life. The international literature has pointed out connections between stress coping strategies and the type of attachment in interpersonal relationships of emotional closeness, which is in turn, related to mentalizing abilities.

Purpose: The purpose of this study was to investigate the role of attachment type and mentalization, as assessed in terms of reflective functioning, in relation to stress coping strategies in IBD.

Method: The sample consisted of 132 individuals diagnosed with IBD and selected by convenience sampling. Demographic and disease-related information were collected and the Brief COPE, Reflective Functioning Questionnaire and Experiences in Close Relationships Inventory were administered. The Simple Colitis Activity Index (SCAI) and the Harvey-Bradshaw Index (HBI) for Crohn's disease were used to evaluate IBD activity.

Results: The majority of the participants were female (68.2%) and diagnosed with Crohn's disease (63.6%) versus ulcerative colitis (31.8%) and unclassified IBD (4.5%). The average age of the participants was 44 (± 11.2) years, while the average age of diagnosis was 32.1 (± 12.3) years. The majority of the participants presented a secure attachment style (61.4%). A statistically significant negative correlation was found between attachment avoidance and the use of problem-solving strategies to manage stress ($p < .01$). In addition, higher scores of avoidance ($p < .001$) and certainty about mental states ($p < .001$) and lower scores of attachment anxiety ($p < .01$), made it less likely to manage stress with strategies focused on seeking emotional support. Finally, a statistically significant positive correlation was

observed between uncertainty about mental states and the use of denial and avoidance strategies to manage stress ($p < .05$).

Discussion: The findings were discussed in relation to their clinical value, as well as based on previous research and specific limitations..

Key Words: IBD, Coping Strategies, Attachment, Mentalization, Reflective Functioning

Περιεχόμενα

Περίληψη	vi
Abstract	viii
Περιεχόμενα	x
Κατάλογος Πινάκων	xiv
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια	xv
Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 1: Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου	3
1.1 Επιπολασμός ΙΦΝΕ	3
1.2 Κλινικά χαρακτηριστικά ΙΦΝΕ.....	4
1.3 Κλινική πορεία των ΙΦΝΕ	5
1.4 Παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης ΙΦΝΕ.....	6
1.5 Διαχείριση των ΙΦΝΕ	7
Κεφάλαιο 2: Η θεωρία της προσκόλλησης.....	9
2.1 Η έννοια της προσκόλλησης,	9
2.2 Ταξινόμηση των τύπων δεσμού των ενηλίκων	10
2.3 Προσανατολισμός Προσκόλλησης Ενηλίκων.....	13
2.4 Σταθερότητα τύπου δεσμού.....	15
2.5 Τύπος δεσμού και ασθένεια	17
Κεφάλαιο 3: Η θεωρία της νοηματοποίησης	21
3.1 Η θεωρία της νοηματοποίησης.....	21
3.2 Η έννοια της αναστοχαστικής λειτουργίας	24
3.3 Νοηματοδότηση και προσκόλληση	25

Κεφάλαιο 4: Στρατηγικές Αντιμετώπισης	28
4.1 Η έννοια της Αντιμετώπισης	28
4.2 Θεωρητικά μοντέλα της αντιμετώπισης.....	30
4.2.1 Μοντέλο αντιμετώπισης με εστίαση στο πρόβλημα & εστίαση στο συναίσθημα	30
4.2.2 Θεωρητικό μοντέλο διαστάσεων αντιμετώπισης.....	31
4.2.3 Μοντέλο αντιμετώπισης με εστίαση στο έργο, με εστίαση στο άτομο και στην αποφυγή.....	33
4.2.4 Μοντέλο του κύκλου αντιμετώπισης	34
Κεφάλαιο 5: Η παρούσα έρευνα	36
5.1 Προσδιορισμός του προβλήματος	36
5.2 Σκοπός της έρευνας	39
Κεφάλαιο 6: Μέθοδος	40
6.1 Δείγμα	40
6.2 Υλικό.....	40
6.3 Διαδικασία	44
Κεφάλαιο 7: Αποτελέσματα.....	45
7.1. Περιγραφική ανάλυση κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	45
7.2. Περιγραφική ανάλυση χαρακτηριστικών της νόσου	46
7.3 Περιγραφική ανάλυση στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου	47
7.4 Περιγραφική ανάλυση τύπου δεσμού.....	48
7.5 Περιγραφική ανάλυση αναστοχαστικής λειτουργίας	49
7.6 Συγκριτική ανάλυση ψυχολογικών χαρακτηριστικών κατά διαγνωστική κατηγορία	50

7.7 Συγκριτική ανάλυση δημογραφικών και σχετικών με την υγεία χαρακτηριστικών κατά διαγνωστική κατηγορία	51
7.8 Συσχετίσεις μεταβλητών	52
7.8.1 Συσχετίσεις κοινωνιοδημογραφικών μεταβλητών με χαρακτηριστικά της νόσου	52
7.8.2 Συσχετίσεις κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τις στρατηγικές αντιμετώπισης.....	53
7.8.3 Συσχετίσεις χαρακτηριστικών της νόσου και στρατηγικών αντιμετώπισης	55
7.8.4 Συσχετίσεις κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών με την αναστοχαστική λειτουργία.....	56
7.8.5 Συσχετίσεις των χαρακτηριστικών της νόσου με την αναστοχαστική λειτουργία	57
7.8.6 Συσχετίσεις των κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών με το είδος δεσμού	58
7.8.7 Συσχετίσεις των χαρακτηριστικών της νόσου και του είδους δεσμού.....	58
7.8.8. Συσχετίσεις του τύπου δεσμού, της αναστοχαστικής λειτουργίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης.....	59
7.9. Πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις μεταβλητών	61
7.9.1 Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση προβλήματος.....	61
7.9.2 Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση προβλήματος	62
7.9.3. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης.....	63

7.9.4 Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Στρατηγικές αποφυγής/άρνησης.....	65
Κεφάλαιο 8: Συζήτηση	67
Βιβλιογραφία.....	71

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1	Περιγραφικοί Δείκτες των Κοινωνικο-Δημογραφικών Χαρακτηριστικών του Δείγματος	.....45
Πίνακας 2	Περιγραφικοί Δείκτες Διάγνωσης και Θεραπείας	.....46
Πίνακας 3	Περιγραφικοί Δείκτες Δραστηριότητας της Νόσου	.....47
Πίνακας 4	Περιγραφικοί Δείκτες Στρατηγικών Αντιμετώπισης της Νόσου	.....47
Πίνακας 5	Περιγραφικοί Δείκτες Τύπου Δεσμού	.....48
Πίνακας 6	Περιγραφικοί Δείκτες Άγχους και Αποφυγής στις Διαπροσωπικές Σχέσεις	.....49
Πίνακας 7	Περιγραφικοί Δείκτες Αναστοχαστικής Λειτουργίας	.....49
Πίνακας 8	Συγκριτική Ανάλυση Ψυχολογικών Χαρακτηριστικών κατά διαγνωστική κατηγορία	.....50
Πίνακας 9	Συγκριτική Ανάλυση Δημογραφικών και Σχετικών με την Υγεία Χαρακτηριστικών κατά Διαγνωστική Κατηγορία	.....51
Πίνακας 10	Συσχετίσεις Κοινωνιοδημογραφικών Μεταβλητών με Χαρακτηριστικά της Νόσου	.....53
Πίνακας 11	Συσχετίσεις Κοινωνιοδημογραφικών Μεταβλητών με Στρατηγικές Αντιμετώπισης της Νόσου	.....54
Πίνακας 12	Συσχετίσεις Χαρακτηριστικών της Νόσου και Στρατηγικών Αντιμετώπισης	.....55
Πίνακας 13	Συσχετίσεις Κοινωνιοδημογραφικών Χαρακτηριστικών με την Αναστοχαστική Λειτουργία	.....56
Πίνακας 14	Συσχετίσεις Χαρακτηριστικών της Νόσου με την Αναστοχαστική Λειτουργία	.....57
Πίνακας 15	Συσχετίσεις Κοινωνιοδημογραφικών Χαρακτηριστικών με τον Τύπο Δεσμού	.....58
Πίνακας 16	Συσχετίσεις Χαρακτηριστικών της Νόσου με τον Τύπο Δεσμού	.....59
Πίνακας 17	Συσχετίσεις του Είδους Δεσμού, της Αναστοχαστικής Λειτουργίας και των Στρατηγικών	.....60
Πίνακας 18	Πολλαπλή Παλινδρόμηση για τους Παράγοντες που Προβλέπουν τις Στρατηγικές Εστιασμένες στην Επίλυση Προβλήματος	.....61
Πίνακας 19	Πολλαπλή Παλινδρόμηση για τους Παράγοντες που Προβλέπουν τις Στρατηγικές Εστιασμένες στην Αξιολόγηση Προβλήματος	.....63
Πίνακας 20	Πολλαπλή Παλινδρόμηση για τους Παράγοντες που Προβλέπουν τις Στρατηγικές Εστιασμένες στην Αναζήτηση Συναισθηματικής Υποστήριξης	.....64
Πίνακας 21	Πολλαπλή Παλινδρόμηση για τους Παράγοντες που Προβλέπουν τις Στρατηγικές Αποφυγής/Άρνησης	.....65

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΙΦΝΕ	Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι Εντέρου
ΕΜΔ	Ενεργά Μοντέλα Δεσμού
ΙΒΔ	Inflammatory Bowel Disease

Εισαγωγή

Ο όρος «Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου» (ΙΦΝΕ), αφορά κυρίως σε δύο κύριες κατηγορίες χρόνιων υποτροπιαζουσών φλεγμονωδών διαταραχών του εντέρου, την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn (Sartor, 2006). Ο επιπολασμός των ΙΦΝΕ έχει αυξηθεί σημαντικά παγκοσμίως, επηρεάζοντας περισσότερα από 6,5 εκατομμύρια άτομα (Ananthakrishnan, Kaplan & Ng, 2020). Οι ΙΦΝΕ, αποτελούν λειτουργικές διαταραχές του εντέρου και εκδηλώνονται με συχνό κοιλιακό άλγος μαζί με αλλαγή στη συχνότητα κενώσεων ή/και τη μορφή του εντέρου μεταξύ άλλων συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα, κυμαίνονται από ήπια έως και σοβαρά, επιδρώντας καταλυτικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Enck, Aziz, Barbara et al., 2016). Η χρόνια φύση τους, έχει ως αποτέλεσμα ένα σημαντικό οικονομικό κόστος που σχετίζεται με τη διαχείριση, τη θεραπεία αλλά και το κόστος στην εργασία (Lovell & Ford, 2012).

Οι ΙΦΝΕ, χαρακτηρίζονται από περιόδους ύφεσης και υποτροπών, ενώ η χρονιότητα της ασθένειας και η απρόβλεπτη συμπτωματολογία, επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς και την ψυχική τους υγεία (Black & Ford, 2020). Είναι χαρακτηριστικό πως τα άτομα με ΙΦΝΕ, εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού ψυχιατρικών διαταραχών, σε σύγκριση με υγιή άτομα (Fadgyas-Stancullete et al., 2014). Επιπλέον, σχετίζονται με σημαντική λειτουργική έκπτωση καθώς και τη χρήση αναποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου (Lackner et al., 2012; McCombie, Andrew, Mulder et al., 2013). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι οι μηχανισμοί που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να χειριστούν και να αντιμετωπίσουν το άγχος που προκαλείται ως απάντηση σε μια στρεσογόνο κατάσταση (Folkman & Moskowitz, 2004). Η χρήση αναποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης των ΙΦΝΕ, σχετίζεται με σοβαρότερη συμπτωματολογία, άγχος, κατάθλιψη και χαμηλότερη ποιότητα ζωής (McCombie, Andrew M.; Mulder, Roger T.; Gearry, Richard B. (2013). Torkzadeh et al., 2019).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν συνδεθεί στη βιβλιογραφία με την προσκόλληση, κατά κύριο λόγο ως μεσολαβητική μεταβλητή με το στρες (Wei, Heppner, & Mallinckrodt, 2003). Τα άτομα με ΙΦΝΕ, φαίνεται πως παρουσιάζουν ανασφαλή τύπο προσκόλλησης, ο οποίος χαρακτηρίζεται από το άγχος και την αποφυγή στις σχέσεις συναισθηματικής

εγγύτητας, ενώ η ανασφάλεια επιβαρύνει το συναισθηματικό φορτίο των ασθενών αυτών (Agostini, Moretti, Calabrese et al., 2014; Agostini, Spuri Fornarini, Ercolani et al., 2016; Maunder, Lancee, Hunter et al., 2005). Η προσκόλληση, σχετίζεται με τη νοηματοποίηση, η οποία είναι μια σχετικά πρόσφανη έννοια που αναδεικνύει τη συνεργατική σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο μηχανισμό της προσκόλλησης και την ανάπτυξη της ικανότητας του παιδιού να κατανοήσει τις διαπροσωπικές συμπεριφορές με όρους νοητικών αναπαραστάσεων (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Η σχέση του τύπου προσκόλλησης με τη νοηματοποίηση και τις στρατηγικές προσκόλλησης, είναι πολύ σημαντική, δεδομένης της σημαντικότητας που έχει ο τρόπος αντιμετώπισης των ΙΦΝΕ.

Η παρούσα μελέτη είναι μια ποσοτική συγχρονική έρευνα που εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στον τύπο προσκόλλησης, τη νοηματοποίηση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες σε άτομα με ΙΦΝΕ. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται ο επιπολασμός των ΙΦΝΕ, τα κλινικά τους χαρακτηριστικά, οι παράγοντες κινδύνου, η κλινική τους πορεία και οι διαθέσιμες θεραπείες. Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η θεωρία της προσκόλλησης, η τυπολογία της, η σταθερότητα του δεσμού στο πέρασμα του χρόνου και η σχέση της με την ασθένεια. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζει η θεωρία της νοητικοποίησης και της αναστοχαστικής λειτουργίας, καθώς και τα διάφορα εργαλεία μέτρησης. Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι διάφορες στρατηγικές και τα μοντέλα αντιμετώπισης του στρες. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται προσδιορισμός του προβλήματος της παρούσας μελέτης, ενώ παρουσιάζεται και ο σκοπός της έρευνας. Στο έκτο κεφάλαιο, γίνεται περιγραφή του δείγματος της έρευνας, των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων καθώς και της διαδικασίας της έρευνας. Στο έβδομο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και τέλος ακολουθεί ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων.

Κεφάλαιο 1: Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου

1.1 Επιπολασμός ΙΦΝΕ

Παραδοσιακά, οι ΙΦΝΕ θεωρούνταν ασθένειες των ανεπτυγμένων χωρών με υψηλό εισόδημα, αλλά τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται μια σημαντική αλλαγή στα επιδημιολογικά δεδομένα, καθώς υπάρχει μια σταθεροποίηση της επίπτωσης των ΙΦΝΕ στις χώρες υψηλού εισοδήματος και αντιθέτως, μια ταχεία αύξηση στις αναπτυσσόμενες και πρόσφατα εκβιομηχανοποιημένες χώρες, όπως είναι η Νότια Αμερική, η Ανατολική Ευρώπη, η Ασία, η Αφρική και η Μέση Ανατολή (Cui & Yuan, 2018; Mosli, Alawadhi, Hasan et al., 2021; Ng, Shi, Hamidi et al., 2017). Μεταξύ των ετών 1990 και 2017, ο αριθμός των ατόμων με ΙΦΝΕ αυξήθηκε από 3,7 εκατομμύρια, σε περισσότερα από 6,8 εκατομμύρια παγκοσμίως, ενώ ο επιπολασμός της νόσου, ήταν 84,3 άτομα ανά 100 000 πληθυσμού για το έτος 2017 (Alatab, Sepanlou, Ikuta et al., 2020).

Στη χώρα μας, δεν υπάρχουν επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα για τον επιπολασμό των ΙΦΝΕ και οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έως τώρα είναι σε περιφερειακό επίπεδο. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Tsianos και συνεργάτες (1994) στη βορειοδυτική Ελλάδα, διαπίστωσαν πως ο ετήσιος επιπολασμός της ελκώδους κολίτιδας ήταν 4 άτομα ανά 100.000 κατοίκους, ενώ για τη νόσο του Crohn 0,3 άτομα ανά 100.000 κατοίκους. Σε πιο πρόσφατη έρευνα στην ίδια περιοχή, αυξήθηκε τόσο ο ετήσιος επιπολασμός της ελκώδους κολίτιδας στα 7,31 άτομα ανά 100.000 κατοίκους, όσο και της νόσου του Crohn, σε 2,36 άτομα ανά 100.000 κατοίκους (Skamnelos, Katsanos, Malakos et al., 2017). Σε παλαιότερη έρευνα των Manousos και συνεργατών (1996) στην Κρήτη, η ετήσια επίπτωση της νόσου του Crohn, για τα έτη 1990-94, αυξήθηκε σε 3,8 άτομα ανά 100.000 κατοίκους. Άλλες έρευνες, έχουν εντοπίσει αρκετά υψηλότερα ποσοστά ετήσιου επιπολασμού για την ελκώδη κολίτιδα, που ανέρχονται στα 11,2 άτομα ανά 100.000 κατοίκους (Ladas, Mallas, Giorgiotsis et al., 2005). Τέλος, σε μια έρευνα των Kyriakos και συνεργατών (2022) σε νεοσύλλεκτους άντρες του Ελληνικού Στρατού, από το 2006 έως το 2018, ο επιπολασμός των ΙΦΝΕ ανερχόταν στο 0,15%, με ελαφρά υπεροχή της νόσου του Crohn.

1.2 Κλινικά χαρακτηριστικά ΙΦΝΕ

Οι βασικότερες κλινικές εκδηλώσεις της ελκώδους κολίτιδας, είναι η αιματηρή διάρροια με ή χωρίς βλέννα, η επείγουσα ανάγκη για κένωση, ο ορθικός τεινεσμός και το κοιλιακό άλγος διαφορετικής έντασης, που συνήθως ανακουφίζεται με την αφόδευση, ενώ κάποιοι ασθενείς εμφανίζουν και δυσκοιλιότητα (Danese & Fiocchi, 2011). Τυπικά, τα συμπτώματα εμφανίζονται ως διαλείπουσες προσβολές, που μπορεί να γίνουν όλο και πιο συχνές, οδηγώντας κάποιες φορές σε νοσηλεία. Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, εμφανίζουν επίσης συχνές εργαστηριακές ανωμαλίες, όπως είναι η θρομβοκυττάρωση, η υπολευκωματιναιμία, τα θετικά αυτοαντισώματα και η σιδηροπενική αναιμία 44. Μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές της νόσου, είναι το τοξικό megacolon, όπου η φλεγμονή του εντέρου μπορεί να είναι τόσο σοβαρή ώστε να διαταράξει τη νευρομυϊκή λειτουργία του παχέος εντέρου, οδηγώντας στη διαστολή του και στη συνέχεια στη διάτρησή του (Desai, Elnaggar, Hanfy & Doshi, 2020). Δύο βασικοί τομείς της εξωκολικής εμπλοκής του γαστρεντερικού σωλήνα περιλαμβάνουν το πάγκρεας και το ηπατοχολικό σύστημα. Για παράδειγμα, η οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα μπορεί να προηγείται, να εμφανιστεί ή να είναι επιπλοκή της ελκώδους κολίτιδας (Ramos, Sachar, DiMaio et al., 2016). Άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την ελκώδη κολίτιδα είναι τα ρευματολογικά προβλήματα, τα δερματικά προβλήματα, όπως είναι το οζώδες ερύθημα, ενώ σπανιότερα υπάρχουν και νεφρικές, πνευμονικές και αγγειακές επιπλοκές (Gajendran, Loganathan, Jimenez et al., 2019). Η διάγνωση εξαρτάται από τα κλινικά και ιστολογικά ευρήματα στον ενδοσκοπικό έλεγχο και τη βιοψία. Σε πολλές περιπτώσεις, η διαφοροποίηση της ελκώδους κολίτιδας από τη νόσο του Crohn, αποτελεί σημαντική πρόκληση στο πλαίσιο της διάγνωσης (Seyedian, Nokhostin & Malamir, 2019).

Αν και υπάρχουν αρκετές διαφορές μεταξύ της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn, και οι δύο χαρακτηρίζονται από εντερικά συμπτώματα, ενώ επηρεάζονται και τα περισσότερα όργανα. Η νόσος του Crohn, χαρακτηρίζεται συνήθως από διατοιχωματική φλεγμονή του εντέρου και μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε μέρος του γαστρεντερικού σωλήνα, από το στόμα έως την περιπρωκτική περιοχή, ενώ η ελκώδης κολίτιδα επηρεάζει μόνο το παχύ έντερο (Seyedian, Nokhostin & Malamir, 2019). Η διάρροια είναι το πιο κοινό

σύμπτωμα της ενεργούς νόσου, εξαιτίας της μειωμένης απορρόφησης νερού και της αυξημένης έκκρισης ηλεκτρολυτών. Οι πιο κοινές εξωεντερικές εκδηλώσεις στη νόσο του Crohn, περιλαμβάνουν την αρθρίτιδα στις μεγάλες αρθρώσεις, ασθένειες των ματιών, όπως είναι η ραγοειδίτιδα, η επισκληρίτιδα και η ιρίτιδα καθώς και δερματικά προβλήματα, όπως είναι το οζώδες ερύθημα και το πυόδερμα (Gajendran, Loganathan, Catinella & Hashash, 2018). Όσοι βρίσκονται σε μέτριο έως σοβαρό στάδιο μπορεί να υποφέρουν από πυρετό, σοβαρή απώλεια βάρους, οξύ κοιλιακό άλγος, διαλείπουσα ναυτία, επώδυνη διάρροια (χωρίς συμπτώματα ανάρρωσης για έως και μία εβδομάδα) και αναιμία. Η νόσος του Crohn έχει πιο σοβαρά συμπτώματα σε σύγκριση με την ελκώδη κολίτιδα στο χρόνια στάδιο, μερικά εκ των οποίων είναι ο πυρετός, ο συνεχής έμετος, η απόφραξη του εντέρου, το έντονο κοιλιακό άλγος, η επώδυνη διάρροια και η καχεξία (Seyedian, Nokhostin & Malamir, 2019).

1.3 Κλινική πορεία των ΙΦΝΕ

Η ελκώδης κολίτιδα, είναι μια χρόνια νόσος, με μεταβλητά ποσοστά υφέσεων και υποτροπών της νόσου (Liverani, Scaioli, Digby et al., 2016). Υπάρχουν διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες για την εκδήλωση της ασθένειας, γι'αυτό και η κλινική πορεία εξαρτάται από το μοναδικό προφίλ του κάθε ατόμου. Η νόσος, εμφανίζει κυκλικότητα ανάμεσα σε επεισόδια ύφεσης με εξασθένηση των συμπτωμάτων και τυχαία επεισόδια υποτροπών, ποικίλης σοβαρότητας (Monstad, Hovde, Solberg et al., 2014). Η εξέλιξη της νόσου, ακολουθεί τις περισσότερες φορές σταδιακή πορεία, ενώ εντός της δεκαετίας το 50%-55% των ασθενών εμφανίζουν ύφεση στα συμπτώματα, το 37% ακολουθεί μια χρόνια, διαλείπουσα πορεία, ενώ το 6% αναπτύσσει μια χρόνια σταθερή πορεία (Gajendran et al., 2018). Γενικά, το 20%-30% των ασθενών χρειάζεται να υποβληθεί σε κολεκτομή μετά από 25 χρόνια δραστηριότητας της νόσου, ενώ οι ασθενείς με ηλικία έναρξης της νόσου μετά τα εξήντα έτη εκδηλώνουν ηπιότερη συμπτωματολογία και βραδύτερη εξέλιξη της νόσου.

Η νόσος του Crohn, είναι επίσης μια χρόνια ασθένεια, με διακριτές περιόδους ύφεσης και υποτροπών (Kumar, Cole, Segal et al., 2022). Σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή, περίπου οι

μισοί από όλους τους ασθενείς θα εμφανίζουν ύφεση των συμπτωμάτων. Σε ό,τι αφορά στην εξέλιξη της ασθένειας, περίπου το 13% των ασθενών δε θα εμφανίσει υποτροπή, ενώ το 20% των ασθενών θα εμφανίζει κάθε χρόνο υποτροπή (Seyedian, Nokhostin & Malamir, 2019). Τέλος, το 67% των ασθενών, εντός των πρώτων οκτώ ετών της διάγνωσης, θα εμφανίζει συνδυαστικά έτη με υποτροπές και υφέσεις των συμπτωμάτων.

1.4 Παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης ΙΦΝΕ

Οι έρευνες, έχουν αναδείξει διάφορους παράγοντες ρίσκου, για την εκδήλωση ΙΦΝΕ, οι περισσότεροι εκ των οποίων είναι κοινοί για την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn (Ananthakrishnan, 2015; Birrenbach & Böcker, 2004; Gajendran et al., 2018; Piovani, Danese, Peyrin-Biroulet et al., 2019; Seyedian, Nokhostin & Malamir, 2019). Αναλυτικότερα, οι παράγοντες αυτοί είναι:

- 1) Ηλικία και φύλο: Η ελκώδης κολίτιδα, εκδηλώνεται κατά κύριο λόγο ανάμεσα στη 2^η και στην 3^η δεκαετία της ζωής, ενώ μια δεύτερη κορύφωση παρατηρείται ανάμεσα στις ηλικίες των 50 και 80 ετών. Η νόσος του Crohn, εκδηλώνεται πιο συχνά στην εφηβεία και την πρώιμη ενηλικίωση.
- 2) Γενετική προδιάθεση: Τα άτομα με ελκώδη κολίτιδα εμφανίζουν οικογενειακό ιστορικό της ασθένειας σε ποσοστό 8-14%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τη νόσο του Crohn, είναι περίπου 15%.
- 3) Κάπνισμα: Οι έρευνες, έχουν αναδείξει μια περίπλοκη σχέση ανάμεσα στις ΙΦΝΕ και στο κάπνισμα. Από τη μια πλευρά, το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης της νόσου του Crohn, ενώ φαίνεται να επιδρά και αρνητικά στην κλινική πορεία της ασθένειας. Σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn, οι μη καπνιστές και οι πρώην καπνιστές, φαίνεται να προσβάλλονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την ελκώδη κολίτιδα, ενώ το κάπνισμα φαίνεται να επιδρά ευεργετικά στην εξέλιξη της νόσου.
- 4) Διατροφή: Η ανάπτυξη των ΙΦΝΕ, θεωρείται πως σχετίζεται με την ανοσολογική απόκριση στα τροφικά αντιγόνα. Η δίαιτα του «Δυτικού κόσμου», η οποία περιλαμβάνει

αρκετά επεξεργασμένα τρόφιμα, φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΙΦΝΕ. Οι φυτικές ίνες, φαίνεται να έχουν μια αντίστροφη σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης ΙΦΝΕ.

5) Μικροβίωμα πεπτικού: Αρκετά επιδημιολογικά δεδομένα, δείχνουν πως στα άτομα με ΙΦΝΕ, υπάρχει δυσβίωση της εντερικής μικροχλωρίδας, τόσο σε σχέση με την κατανομή της, όσο και σε σχέση με τη μεταβολική της δραστηριότητα.

6) Τρόπος ζωής: Οι έρευνες έχουν δείξει πως οι τρεις πιο σημαντικές μεταβλητές που σχετίζονται με τον κίνδυνο εμφάνισης ΙΦΝΕ, είναι το άγχος, ο ύπνος και η άσκηση.

7) Φάρμακα: Διάφορα φάρμακα, όπως είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα αντιβιοτικά, η ασπιρίνη, κ.ά., έχουν ενοχοποιηθεί ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ΙΦΝΕ.

1.5 Διαχείριση των ΙΦΝΕ

Ο στόχος της διαχείρισης και θεραπείας της ελκώδους κολίτιδας είναι τριπλός, καθώς εστιάζει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, στην επίτευξη της ύφεσης των συμπτωμάτων χωρίς στεροειδή φάρμακα και στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου (Kayal & Shah, 2019). Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από τη σοβαρότητα της νόσου, την έκταση της βλάβης και την κλινική της πορεία. Στα αρχικά στάδια της νόσου, χρησιμοποιούνται διάφορα φάρμακα ως μέσα αντιμετώπισης πρώτης γραμμής, ενώ οι ασθενείς με σοβαρότερη βαρύτητα συμπτωμάτων, λαμβάνουν κορτικοστεροειδή φάρμακα, για να προκληθεί ύφεση των συμπτωμάτων (Aslam, Lo, Sikafi et al., 2022). Οι ασθενείς με σοβαρή ενεργότητα της νόσου, πρέπει να νοσηλεύονται για θεραπεία. Οι επιλογές σε αυτούς τους ασθενείς, περιλαμβάνουν τη χορήγηση στεροειδών ενδοφλέβια και, εάν τα συμπτώματα δεν υποχωρούν, χρησιμοποιούνται αναστολείς καλσινευρίνης ή παράγοντες νέκρωσης όγκων α (Aslam et al., 2022). Μόλις τα συμπτώματα υποχωρήσουν, οι ασθενείς συνεχίζουν να λαμβάνουν την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, για να διατηρηθεί η ύφεση. Οι ενδείξεις για επείγουσα χειρουργική επέμβαση, περιλαμβάνουν το

τοξικό megάκολο, τη διάτρηση του παχέος εντέρου ή τη σοβαρή ορθοκολική αιμορραγία (Kayal & Shah, 2019).

Η διαχείριση της νόσου του Crohn, αποτελεί μια σημαντική πρόκληση εξαιτίας των ευρέως ετερογενών εκδηλώσεών της, των αλληλεπικαλυπτόμενων χαρακτηριστικών της με άλλες φλεγμονώδεις διαταραχές, των συχνά αόριστων εξωεντερικών εκδηλώσεων και της αβέβαιης αιτιολογίας της (Cushing & Higgins, 2021). Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, είναι προσαρμοσμένες ώστε να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα αλλά και για να διασφαλιστεί η ανοχή της παρέμβασης. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, συχνά χορηγούνται θεραπευτικές δόσεις αντίστοιχες της οξείας φάσης και στη συνέχεια ακολουθείται μια θεραπεία συντήρησης. Τα φάρμακα που είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά για την ύφεση των συμπτωμάτων, περιλαμβάνουν τα στεροειδή και τους παράγοντες νέκρωσης όγκων α (TNF-α) (Kumar, Cole, Segal et al., 2022). Οι χειρουργικές επεμβάσεις όπως είναι η εκτομή του εντέρου, η στενοπλαστική ή η παροχέτευση αποστήματος, απαιτούνται περίπου στα δύο τρίτα των ασθενών με νόσο του Crohn, σε όλη τη ζωή τους. Οι πιο κοινές ενδείξεις για χειρουργική επέμβαση είναι η ανθεκτική νόσος σοβαρής ενεργότητας, το απόστημα που δεν επιδέχεται διαδερμική παροχέτευση, η ανίατη αιμορραγία, η διάτρηση του εντέρου, η επίμονη ή υποτροπιάζουσα απόφραξη, η δυσπλασία ή ο καρκίνος (Cushing & Higgins, 2021).

Κεφάλαιο 2: Η θεωρία της προσκόλλησης

2.1 Η έννοια της προσκόλλησης,

Στο πλαίσιο της εξελικτικής πορείας του ανθρώπου, ήταν απαραίτητη η προστασία των βρεφών και των μικρών παιδιών απέναντι στον κίνδυνο από μια ισχυρότερη φιγούρα, καθώς ήταν εξαιρετικά ευάλωτα. Για να εξασφαλιστεί η επαρκής φροντίδα και προστασία, η εξελικτική επιλογή οδήγησε στη δημιουργία ενός έμφυτου συστήματος στον άνθρωπο, το σύστημα προσκόλλησης, που παρακινεί τα ευάλωτα άτομα να αναζητήσουν σωματική και συναισθηματική εγγύτητα με τους κύριους φροντιστές τους, ειδικά όταν είναι στενοχωρημένα (Bowlby, 1969/1982; 1973). Οι συμπεριφορές προσκόλλησης θεωρείται ότι είναι οργανωμένες μέσα σε ένα «συμπεριφορικό σύστημα προσκόλλησης». Ο Bowlby (1969/1982), δανείστηκε την έννοια του συστήματος συμπεριφοράς από την ηθολογία για να περιγράψει ένα συγκεκριμένο σύστημα συμπεριφορών, που οδηγεί σε ορισμένα προβλέψιμα αποτελέσματα, τα οποία συμβάλλουν στην επιβίωση και στην αναπαραγωγική ικανότητα. Αυτές οι συμπεριφορές προσκόλλησης, αύξαναν τις πιθανότητες επιβίωσης έως την αναπαραγωγική ηλικία, γεγονός που επέτρεπε στα γονίδια που ενεργοποιούσαν το σύστημα προσκόλλησης, να περάσουν στην επόμενη γενιά (Simpson & Belsky, 2016). Η εξελικτική προσέγγιση, αποτέλεσε μια από τις θεμελιώδεις αρχές της θεωρίας της προσκόλλησης η οποία αναπτύχθηκε από τον Bowlby.

Η προσκόλληση έχει εννοιολογηθεί με διαφορετικούς τρόπους. Για παράδειγμα, η προσκόλληση αποτελεί σύμφωνα με την Ainsworth (1989) έναν ισχυρό, στοργικό δεσμό, μεταξύ ενός παιδιού και του φροντιστή του, ενώ σύμφωνα με τον Bowlby (1969/1982), είναι μια συμπεριφορά των παιδιών στο πλαίσιο της αναζήτησης εγγύτητας, από μια προστατευτική φιγούρα. Ταυτόχρονα με το σύστημα της προσκόλλησης, ενεργοποιείται και ένα δεύτερο σύστημα συμπεριφοράς, αυτό της φροντίδας, συνήθως από τη μητέρα ή από τον κύριο φροντιστή, που ανταποκρίνεται στα σήματα αγωνίας του παιδιού και του παρέχει προστασία και φροντίδα. Αυτή η δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο συστημάτων, καταλήγει στη ρύθμιση του άγχους και τη δημιουργία μιας αίσθησης ασφάλειας στη σχέση (Stern & Cassidy, 2018).

Οι πρωταρχικές εμπειρίες αυτής της αλληλεπίδρασης μεταξύ των δύο συστημάτων, της προσκόλλησης και της φροντίδας, όπου το παιδί εκφράζει τη δυσφορία και την αγωνία του και ο φροντιστής, είτε του παρέχει, είτε όχι τη φροντίδα του, αρχίζουν να δημιουργούν στο παιδί εσωτερικές αναπαραστάσεις της σχέσης προσκόλλησης με τον φροντιστή. Αυτές οι αναπαραστάσεις, λειτουργούν ως πρωτότυπο για τις μεταγενέστερες σχέσεις στη ζωή των ατόμων. Ο Bowlby (1973), ανέφερε ότι προσδιορίζονται δύο βασικά χαρακτηριστικά σε αυτές τις εσωτερικές αναπαραστάσεις ή τα ενεργά μοντέλα δεσμού (ΕΜΔ), όπως αποκαλούνται. Το ένα είναι η αυτοεικόνα, που εδραιώνεται όταν ο εαυτός κρίνεται ως ένα άτομο απέναντι στο οποίο το πρόσωπο προσκόλλησης είναι πιθανό, ή όχι, να ανταποκριθεί με βοηθητικό τρόπο. Από την άλλη, υπάρχει η εικόνα των άλλων, η οποία προέρχεται από την κρίση που κάνει το άτομο για τα πρόσωπα προσκόλλησης, σχετικά με το πως είναι να είσαι υπεύθυνος και προστατευτικός. Αυτά τα ενεργά μοντέλα δεσμού, είναι τα βασικά συστατικά των σχέσεων με τους άλλους, επειδή η θετική ή η αρνητική εικόνα του εαυτού και των άλλων, θα επηρεάσει άμεσα την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τους άλλους ανθρώπους καθώς και τις κοινωνικές δεξιότητές του ατόμου. Σύμφωνα με τους Stern και Cassidy (2018), μια συνεπής και ευαίσθητη μορφή φροντίδας, καλλιεργεί ασφαλή ενεργά μοντέλα δεσμού στο παιδί, ενώ η ασυνεπής και αδιάφορη φροντίδα, διαμορφώνει ανασφαλή ενεργά μοντέλα δεσμού.

Με βάση αυτά τα συστήματα συμπεριφοράς προσκόλλησης που αναπτύχθηκαν κατά την παιδική ηλικία, έχουν περιγραφεί διαφορετικοί τύποι μοτίβων προσκόλλησης ή τύπων δεσμού όπως αναφέρονται, που λειτουργούν καθόλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου.

2.2 Ταξινόμηση των τύπων δεσμού των ενηλίκων

Σύμφωνα με τη θεωρία της προσκόλλησης, μια συγκεκριμένη ιστορία εμπειριών προσκόλλησης και η προκύπτουσα ενοποίηση των ενεργών μοντέλων δεσμού (ΕΜΔ) στο πέρασμα του χρόνου, οδηγεί στο σχηματισμό σχετικά σταθερών ατομικών διαφορών στο στυλ προσκόλλησης, δηλαδή στο πρότυπο των προσδοκιών, των αναγκών, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς, στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις (Bowlby, 1988; Fraley & Shaver, 2000; Hazan & Shaver, 1994). Ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο μετριέται, ο τύπος δεσμού χαρακτηρίζει τις

νοητικές διαδικασίες και τις συμπεριφορές ενός ατόμου που σχετίζονται με την προσκόλληση σε μια συγκεκριμένη σχέση, ή σε όλες τις σχέσεις του. Η έννοια των προτύπων προσκόλλησης ή των τύπων δεσμού όπως αναφέρονται, προτάθηκε για πρώτη φορά από την Ainsworth (1967), για να περιγράψει τα πρότυπα απόκρισης των βρεφών στον αποχωρισμό και την επανασύνδεση με τις μητέρες τους, στο πείραμα της «συνθήκης του ξένου», μια πειραματική εργαστηριακή διαδικασία, που ήταν σχεδιασμένη για να ενεργοποιήσει τα συστήματα προσκόλλησης των βρεφών (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 2015). Με βάση αυτή τη διαδικασία, τα βρέφη ταξινομήθηκαν αρχικά σε μία από τις τρεις κατηγορίες τύπου δεσμού: 1) ασφαλή, 2) αγχώδη - αμφιθυμικό και 3) αγχώδη – αποφευκτικό. Αρκετά χρόνια αργότερα, οι Main και Solomon (1990) πρόσθεσαν και μια τέταρτη κατηγορία δεσμού, τον αποδιοργανωμένο, που χαρακτηρίζεται από μια περίεργη και αμήχανη συμπεριφορά, μέσα από έντονες διακυμάνσεις μεταξύ του άγχους και της αποφυγής.

Αν και οι Bowlby και Ainsworth επικεντρώθηκαν κατά κύριο λόγο στη διερεύνηση της φύσης των σχέσεων βρέφους-φροντιστή, πίστευαν ότι η προσκόλληση ήταν βασικό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης εμπειρίας και συμπεριφοράς, μέχρι το τέλος της ζωής ενός ανθρώπου (Bowlby, 1979). Ο Bowlby, πίστευε ότι οι εμπειρίες που σχετίζονται με την προσκόλληση έχουν δια βίου επιπτώσεις στην κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία των ανθρώπων. Η θεωρία της προσκόλλησης, δεν αφορά απλά και μόνο τη σχέση που αναπτύσσει το βρέφος με τον γονέα του, αλλά εκτείνεται σε ολόκληρη της ζωή. Αυτό σημαίνει πως οι εμπειρίες που βιώνει το άτομο στο πλαίσιο των πρώιμων στενών διαπροσωπικών σχέσεων, επιδρούν καταλυτικά και στη μετέπειτα διαπροσωπική λειτουργία. Επίσης, οι θεωρητικοί της προσκόλλησης υποστήριξαν ότι το σύστημα συμπεριφοράς της προσκόλλησης, συνεχίζει να παίζει ενεργό ρόλο στην ενήλικη ζωή και δεν υποχωρεί απλώς στο παρασκήνιο καθώς μεγαλώνουν τα παιδιά.

Για παράδειγμα, ο Weiss (1982) πρότεινε ότι οι φιγούρες προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή δεν είναι απαραίτητο να έχουν προστατευτικό ρόλο, όπως ένα γονέα, αλλά μπορούν να ενεργοποιήσουν το σύστημα προσκόλλησης. Ακόμη και στην ενήλικη ζωή, ο Weiss (1982) ισχυρίστηκε, οι σχέσεις προσκόλλησης, παρέχουν μια αίσθηση ασφάλεια, χωρίς την οποία οι άνθρωποι αισθάνονται μοναξιά και ανησυχία. Ανέφερε επίσης ότι τα συμπεριφορικά

στοιχεία της προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή πρέπει να είναι παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στη βρεφική ηλικία. Πράγματι, οι ενήλικες δείχνουν μια επιθυμία για εγγύτητα με τη φιγούρα προσκόλλησης όταν βιώνουν στρες, η παρουσία της οποίας οδηγεί σε μείωση του άγχους, ενώ αντίθετα στην απουσία της, το άγχος αυξάνεται (Holmes & Johnson, 2009).

Βασιζόμενοι στις ιδέες του Weiss (1982), οι Hazan και Shaver (1987) υποστήριξαν ότι το ίδιο σύστημα κινήτρων, δηλαδή το συμπεριφορικό σύστημα προσκόλλησης ανάμεσα στο βρέφος και τον φροντιστή του, είναι εν μέρει υπεύθυνο για την ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού των ενηλίκων, στις ρομαντικές διαπροσωπικές σχέσεις. Οι ίδιοι ερευνητές, παρατήρησαν ότι και στα δύο είδη σχέσης, οι άνθρωποι αισθάνονται ασφαλείς όταν η φιγούρα προσκόλλησης είναι εγγύς τους, ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους και εμπλέκεται σε στενή, σωματική επαφή. Αντιθέτως, τα άτομα νιώθουν ανασφάλεια όταν η φιγούρα προσκόλλησης είναι απρόσιτη και μη διαθέσιμη.

Με βάση αυτές τις ομοιότητες, οι Hazan και Shaver (1987) και Shaver, Hazan και Bradshaw (1988) υποστήριξαν ότι το σύστημα προσκόλλησης, αποτελεί τη βάση της ρομαντικής αγάπης των ενηλίκων. Η βασική συνεισφορά του έργου των Hazan και Shaver (1987) ήταν πως το είδος των ατομικών διαφορών που χαρακτηρίζουν τα βρέφη στη «συνθήκη του ξένου» (ασφαλή, αγχώδη-αμφιθυμικά και αγχώδη - αποφευκτικά), χαρακτηρίζουν επίσης και τον τρόπο με τον οποίο οι ενήλικες προσεγγίζουν τις στενές διαπροσωπικές τους. Οι Bartholomew και Horowitz (1991), πρότειναν μια παραλλαγή του μοντέλου των τριών τύπων δεσμού, προτείνοντας τέσσερα είδη δεσμού, βασιζόμενοι στην τυπολογία των Ainsworth και συνεργατών (1978), Hazan και Shaver (1987; 1990) και των Main και συνεργατών (1985).

Αυτοί οι τύποι δεσμού είναι ο ασφαλής, ο εμμονικός, ο αποφευκτικός - απορριπτικός και ο αποφευκτικός - φοβικός. Τα άτομα που εμφανίζουν ασφαλή τύπο δεσμού, αισθάνονται άνετα με την οικειότητα και την αυτονομία τους και έχουν θετική άποψη, τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για τους άλλους. Τα άτομα με εμμονικό τύπο δεσμού, προβληματίζονται διαρκώς για τις σχέσεις με τους άλλους και έχουν αρνητική άποψη για τον εαυτό τους, αλλά θετική για τους άλλους. Τα άτομα με αποφευκτικό – απορριπτικό τύπο

δεσμού, απορρίπτουν και αποφεύγουν την οικειότητα αλλά και την ανεξαρτησία, έχοντας θετική άποψη για τον εαυτό τους, αλλά αρνητική άποψη για τους άλλους. Τέλος, τα άτομα με αποφευκτικό – φοβικό τύπο δεσμού, φοβούνται την οικειότητα και έχουν αρνητική άποψη τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για τους άλλους. Πιο συγκεκριμένα, ο συγκεκριμένος τύπος δεσμού, αντανακλά μια μορφή αποφυγής που έχει τις ρίζες της σε συναισθήματα ευαλωτότητας και ανασφάλειας. Αντίθετα, ο αποφευκτικός – απορριπτικός τύπος δεσμού, αντανακλά μια μορφή αποφυγής που έχει τις ρίζες της στην επιθυμία του ατόμου για ανεξαρτησία και αυτοδυναμία (Bartholomew, 1990). Η διατύπωση των τριών από τους τέσσερις τύπους δεσμού της Bartholomew (ασφαλής, εμμονικός και αποφευκτικός - φοβικός), μοιάζει πολύ με τη διατύπωση των τριών τύπου δεσμού των Hazan και Shaver (ασφαλής, αγχώδης -αμφιθυμικός και αγχώδης – αποφευκτικός). Στην πραγματικότητα, η Bartholomew (1990) εξίσωσε ουσιαστικά των ασφαλή τύπο δεσμού μεταξύ των δύο μοντέλων, καθώς και τον εμμονικό τύπο δεσμού με τον αγχώδη - αμφιθυμικό. Παρά ταύτα, στο μοντέλο της Bartholomew, ο αποφευκτικός τύπος χωρίζεται σε δύο διαφορετικούς τύπους. Ο αποφευκτικός – φοβικός τύπος δεσμού, συλλαμβάνει την ευάλωτη, ανασφαλής μορφή αποφυγής που αντικατοπτρίζεται στον αγχώδη – αποφευκτικό τύπο δεσμού των Hazan και Shaver (1987).

2.3 Προσανατολισμός Προσκόλλησης Ενηλίκων

Με την πάροδο του χρόνου, οι ερευνητές της προσκόλλησης έκαναν μεθοδολογικές και εννοιολογικές βελτιώσεις στα αρχικά μέτρα αξιολόγησης των τύπου δεσμού και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι κάθε τύπος δεσμού αντιπροσωπεύει καλύτερα μια κατηγορία, στο πλαίσιο δύο διαστάσεων του προσανατολισμού προσκόλλησης των ενηλίκων (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brennan et al., 1998; Griffin & Bartholomew, 1994; Simpson, 1990).

Η πρώτη διάσταση, την οποία ονομάζουμε αποφυγή που σχετίζεται με την προσκόλληση, αφορά τη δυσφορία με την εγγύτητα και την εξάρτηση από τους συντρόφους καθώς και την τάση του ατόμου για συναισθηματική αποστασιοποίηση και αυτοδυναμία. Τα άτομα με

υψηλά επίπεδα αποφυγής, έχουν τις περισσότερες φορές αρνητική άποψη για τους ρομαντικούς τους συντρόφους και συχνά αρνητική άποψη για τον εαυτό τους (Bartholomew, 1990). Τα άτομα που αποφεύγουν την προσκόλληση, προσπαθούν να μην εξαρτώνται από τους άλλους, ενώ επιθυμούν να διατηρούν τον έλεγχο και την αυτονομία στις σχέσεις τους, επειδή αντιλαμβάνονται την ψυχολογική και συναισθηματική εγγύτητα στους ρομαντικούς συντρόφους, είτε ως αδύνατη, είτε ως ανεπιθύμητη (Mikulincer, 1998). Αυτές οι πεποιθήσεις παρακινούν τα άτομα με υψηλά επίπεδα αποφυγής να χρησιμοποιούν αποστασιοποιητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, για να καταστείλουν τις αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα και ταυτόχρονα για να ενισχύσουν την αίσθηση ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους (Mikulincer & Shaver, 2003). Τα άτομα που βαθμολογούνται χαμηλά στην αποφυγή, δηλαδή αυτά που αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια, αισθάνονται άνετα με την οικειότητα και είναι πρόθυμα να εξαρτηθούν από τους άλλους, αλλά και να εξαρτώνται οι άλλοι από αυτά.

Η δεύτερη διάσταση είναι το άγχος που σχετίζεται με την προσκόλληση και εκφράζεται μέσω της έντονης επιθυμίας του ατόμου για εγγύτητα και προστασία, της έντονης ανησυχίας για τη συντροφική διαθεσιμότητα και ανταπόκριση, της αμφιβολίας για την αξία του εαυτού αλλά και του άλλου καθώς και της χρήσης υπερενεργοποιητικών στρατηγικών, για να αντιμετωπιστεί η ανασφάλεια και το άγχος. Τα άτομα που είναι ιδιαίτερα ανήσυχα, επενδύουν σε μεγάλο βαθμό στις σχέσεις τους και λαχταρούν να έρθουν συναισθηματικά πιο κοντά στους συντρόφους τους, για να αισθανθούν πιο ασφαλή. Σε σχέση με τον εαυτό τους έχουν αρνητική άποψη, αλλά συγκρατημένα θετική άποψη για τους ρομαντικούς τους συντρόφους (Collins, 1996; Hazan & Shaver, 1987). Αυτές οι αντικρουόμενες αντιλήψεις, οδηγούν τα ανήσυχα άτομα να αμφισβητούν την αξία τους και να ανησυχούν μήπως χάσουν τους συντρόφους τους, με αποτέλεσμα να παραμένουν σε διαρκή εγρήγορση για ενδεχόμενα σημάδια απομακρυνσης των συντρόφων τους (Cassidy & Berlin, 1994). Έτσι, προκειμένου να αντισταθμίσουν την έλλειψη ασφάλειας που αισθάνονται, συχνά ενεργούν με τρόπους που απομακρύνουν τους συντρόφους τους (Shaver, Schachner & Mikulincer, 2005). Επειδή δε γνωρίζουν εάν μπορούν να βασιστούν στους συντρόφους τους, τα ενεργά μοντέλα δεσμού ενισχύουν το άγχος τους, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ακόμη περισσότερο ανασφαλείς. Αυτός είναι και ο λόγος που τείνουν να χρησιμοποιούν

στρατηγικές αντιμετώπισης που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα ή στρατηγικές υπερενεργοποίησης όταν αισθάνονται μοναξιά ή στεναχώρια, οι οποίες συντηρούν ή κλιμακώνουν τις ανησυχίες τους (Collins, Ford, Guichard & Allard, 2006). Αυτός είναι και ο λόγος, που οι σχέσεις των ατόμων με αγχώδη τύπο δεσμού, είναι στις περισσότερες των περιπτώσεων λιγότερο ικανοποιητικές. Τα άτομα με χαμηλή βαθμολογία στη διάσταση του άγχους, που συνδέεται με μεγαλύτερη ασφάλεια, δεν έχουν αυτές τις χρόνιες ανησυχίες. Αν και οι γυναίκες εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερες βαθμολογίες στη διάσταση του άγχους και οι άνδρες ελαφρώς υψηλότερα στη διάσταση της αποφυγής σε ορισμένες έρευνες, αυτές οι διαφορές στο φύλο είναι μικρές καθώς το φύλο σπάνια αλληλεπιδρά, είτε με το άγχος προσκόλλησης, είτε με την αποφυγή, στην πρόβλεψη των αποτελεσμάτων μιας σχέσης (Feeney, Cassidy & Shaver, 2016).

2.4 Σταθερότητα τύπου δεσμού

Ένα από τα θεμελιώδη ερωτήματα σε σχέση με τη θεωρία δεσμού, αφορά στη σταθερότητα του τύπου δεσμού στο πέρασμα του χρόνου. Σύμφωνα με τη θεωρία του Bowlby, οι ατομικές διαφορές στην προσκόλληση είναι σχετικά σταθερές και γίνονται όλο και πιο ανθεκτικές στην αλλαγή, με την ανάπτυξη του ατόμου (Bowlby, 1969/1982; 1973). Η σταθερότητα της προσκόλλησης, προκύπτει από την υπόθεση ότι οι πρώιμες εμπειρίες με τους βασικούς φροντιστές οργανώνονται από το γνωστικό σύστημα, σχηματίζοντας νοητικές αναπαραστάσεις ή ενεργά μοντέλα δεσμού (EMΔ), όπως αναφέρονται (Bowlby, 1969/1982). Αυτές οι νοητικές αναπαραστάσεις, ή τα EMΔ, αποτελούνται από τις προσδοκίες για τον εαυτό, τους σημαντικούς άλλους και τη σχέση μεταξύ των δύο. Τα μοντέλα δεσμού, έχουν ένα συγκεκριμένο περιεχόμενο σχετικά με τα πρόσωπα προσκόλλησης και τον εαυτό, μέσα σε μια καλά οργανωμένη αναπαραστατική δομή (Bowlby, 1980/2008).

Ο Bowlby, ανέφερε πως η νοητική αναπαράσταση της εμπειρίας της προσκόλλησης, που σχηματίζεται κατά τη βρεφική ηλικία και την πρώιμη παιδική ηλικία, μεταφέρεται και διατηρείται σε όλη την ανάπτυξη πορεία των ανθρώπων. Τα EMΔ, λειτουργούν ως πρότυπο για όλες τις μελλοντικές σχέσεις προσκόλλησης (Ainsworth, 1989), ενώ σχετίζονται και με

τον τρόπο που τα άτομα συνάπτουν σχέσεις στην ενήλικη ζωή τους (Cohn, Silver, Cowan, Cowan, & Pearson, 1992; Collins & Read, 1990; Sherman, Rice & Cassidy, 2015). Τα τελευταία χρόνια, έχουν προταθεί τουλάχιστον δύο θεωρητικές προσεγγίσεις για τη σταθερότητα και την αλλαγή του τύπου προσκόλλησης: α) η ρεβιζιονιστική-πλαισιακή προσέγγιση και β) η προσέγγιση του πρωτοτύπου (Fraley, 2002; Fraley, Vicary, Brumbaugh & Roisman, 2011). Και οι δύο προσεγγίσεις, υποθέτουν ότι τα ΕΜΔ που διαμορφώνονται από τις εμπειρίες που έχουν τα άτομα με τα πρόσωπα προσκόλλησης, δύνανται να αλλάξουν σταδιακά, υπό την επιρροή νέων διαπροσωπικών εμπειριών. Παρά ταύτα, η διαφορά των δύο προσεγγίσεων έγκειται στη σημασία που αποδίδουν στις πρώιμες νοητικές αναπαραστάσεις.

Σύμφωνα με τη ρεβιζιονιστική-πλαισιακή προσέγγιση, οι αλλαγές στις αναπαραστάσεις προσκόλλησης έχουν τη δυνατότητα να μετριάσουν ή ακόμα και να παρακάμψουν τις πρώιμες αναπαραστάσεις (Fraley et al., 2011). Έτσι, καθίσταται δύσκολο να προβλεφθεί η προσκόλληση των ατόμων με βάση τη γνώση του τύπου προσκόλλησής τους στο παρελθόν (Fraley & Dugan, 2021). Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τη θεωρητική προσέγγιση του πρωτοτύπου, υπάρχει ένας λανθάνοντας παράγοντας, που αναφέρεται ως πρωτότυπο και είναι σταθερός με την πάροδο του χρόνου και συνεχίζει να επηρεάζει τα ενεργά μοντέλα δεσμού (Fraley, 2002). Αυτό το πρωτότυπο, αποτελεί μια σύνθεση μη γλωσσικών αναπαραστάσεων, διαδικαστικών κανόνων επεξεργασίας πληροφοριών, στρατηγικών συμπεριφοράς και ρυθμιστικών διεργασιών, που προέκυψαν από τις πρώιμες αλληλεπιδράσεις με τα βασικά πρόσωπα προσκόλλησης (Cassidy, Ehrlich, & Sherman, 2014; Fraley, 2002). Το υποκείμενο πρωτότυπο, καθοδηγεί τις εμπειρίες που έχουν τα άτομα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, περιορίζοντας ενδεχομένως τον βαθμό αλλαγής του τύπου προσκόλλησης.

Μέχρι σήμερα, η σταθερότητα του τύπου προσκόλλησης, έχει διερευνηθεί σε τέσσερις δημοσιευμένες μετα-αναλύσεις (Fraley, 2002; Opie, McIntosh, Esler et al., 2021; Pinqart, Feussner & Ahnert, 2013; van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

Οι μεταanalύσεις των Opie και συνεργατών (2021) και Van IJzendoorn και συνεργατών (1999), επικεντρώθηκαν ειδικά στη σταθερότητα της προσκόλλησης στην πρώιμη παιδική

ηλικία. Η πρώτη ομάδα ερευνητών, συμπεριέλαβε έρευνες που χρησιμοποίησαν τόσο την ταξινόμηση των τεσσάρων τύπου δεσμού (ασφαλής, αποφευκτικός, αμφιθυμικός, αποδιοργανωμένος), όσο και τη διχοτόμηση ασφαλής/ανασφαλής δεσμός. Αντίθετα, οι Van IJzendoorn και συνεργάτες (1999), αξιολόγησαν τη διχοτόμηση του οργανωμένου τύπου δεσμού (ασφαλής, αποφευκτικός και αμφιθυμικός), έναντι του αποδιοργανωμένου τύπου δεσμού. Οι Fraley (2002) και οι Pinquart και συνεργάτες (2013), επέκτειναν τη διερεύνηση της σταθερότητας της προσκόλλησης έως και την ενηλικίωση. Τα αποτελέσματα των μεταanalύσεων, έδειξαν πως υπάρχουν μέτρια επίπεδα σταθερότητας, για όλους τους τύπους ταξινόμησης του δεσμού, τόσο στην πρώιμη παιδική ηλικία (Orie et al., 2021; Van IJzendoorn et al., 1999), όσο και κατά την πορεία προς την ενηλικίωση (Fraley, 2002; Pinquart et al., 2013). Οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στις μεταanalύσεις, υποδηλώνουν πως υπάρχει αρκετή κινητικότητα, ανάμεσα σε όλους τους τύπους δεσμού, ανεξάρτητα από τον τρόπο ταξινόμησής τους. Οι Orie και συνεργάτες (2021), αναφέρουν πως παρότι από όλα τα είδη δεσμού, ο ασφαλής τύπος φαίνεται να είναι ο πιο σταθερός στο πέρασμα του χρόνου, υπάρχει σημαντική μεροληψία στη δημοσίευση στατιστικά σημαντικών ευρημάτων.

Γενικότερα, εκτός από τη σταθερότητα του τύπου δεσμού, οι έρευνες δείχνουν πως δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για τη σχέση του τύπου δεσμού γονέα-παιδιού στη βρεφική ηλικία και την κακή σωματική υγεία, την παραβατικότητα, την ψυχική ασθένεια, την κατάχρηση ουσιών, τις κακές προοπτικές εργασίας και την εγκληματικότητα, ενώ ο τύπος του πρώιμου δεσμού, φαίνεται να μην προβλέπει τον μελλοντικό τύπο δεσμού (Booth-LaForce & Roisman, 2014).

2.5 Τύπος δεσμού και ασθένεια

Αν και η κύρια εστίαση της θεωρίας και της έρευνας της προσκόλλησης είχε επικεντρωθεί μέχρι πρόσφατα στον τρόπο με τον οποίο οι ατομικές διαφορές στον τύπο δεσμού διαμορφώνουν την κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία των ατόμων, η αναδυόμενη βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι εμπειρίες που σχετίζονται με την προσκόλληση, μπορεί να έχουν επίσης επίπτωση στη σωματική υγεία σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων

(Ehrlich, Miller, Jones & Cassidy, 2016; Mikulincer & Shaver, 2012). Από την άποψη της σωματικής υγείας, τόσο ο ασφαλής, όσο και ο ανασφαλής τύπος δεσμού, φαίνεται να σχετίζονται με την ευπάθεια απέναντι σε προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας που σχετίζονται με το στρες και τις φλεγμονές, αλλά όχι απαραίτητα και με ασθένειες οι οποίες έχουν ισχυρή γενετική προδιάθεση (Ehrlich & Cassidy, 2021). Ο τύπος δεσμού, φαίνεται να σχετίζεται πέρα από την ευπάθεια απέναντι στα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας και με τους δείκτες υγείας, όπως είναι η νοσηρότητα και η βαρύτητα της ασθένειας καθώς και τους δείκτες κινδύνου εκδήλωσης μιας ασθένειας (Ehrlich, 2019; Ehrlich et al., 2016).

Διάφοροι ερευνητές, έχουν περιγράψει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στον τύπο δεσμού και της ασθένειας, υποστηρίζοντας πως η ασθένεια αποτελεί μια αγχωτική κατάσταση που ενεργοποιεί το στυλ προσκόλλησης των ασθενών και τα συσχετιζόμενα γνωστικά, συμπεριφορικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά τους (Maunder & Hunter, 2009; Meredith, Ownsworth & Strong, 2008; Meredith & Strong, 2019; Pietromonaco, Uchino & Dunkel Schetter, 2013). Τα συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά, επιδρούν με τη σειρά τους, τόσο στη σωματική υγεία των ατόμων, όσο και στη γενικότερη βιοψυχοκοινωνική λειτουργία τους (Pietromonaco & Powers 2015).

Αυτή η υπόθεση βασίζεται στη θεωρία του Bowlby (1988) ότι υπάρχει εξελικτική σχέση ανάμεσα στο σύστημα προσκόλλησης και το στρες. Η απόκριση στο στρες, που πυροδοτείται από μια περιβαλλοντική απειλή, ενεργοποιεί το σύστημα προσκόλλησης, με στόχο να αυξηθεί και να μεγιστοποιηθεί η αίσθηση ασφάλειας και εγγύτητας, απέναντι σε αυτήν την περιβαλλοντική απειλή. Η θεωρία της προσκόλλησης, παρέχει ένα κατάλληλο πλαίσιο που εξηγεί αφενός τον τρόπο που τα άτομα διαχειρίζονται και ρυθμίζουν το άγχος τους και αφετέρου το γιατί ορισμένα χαρακτηριστικά των στενών σχέσεων, θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος, συμπεριλαμβανομένου του ανοσοποιητικού και του νευροενδοκρινικού συστήματος, με τρόπους που θα μπορούσαν να έχουν άμεσες επιπτώσεις στη σωματική υγεία (Ehrlich, 2019). Τα άτομα που διατηρούν στενές διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες χρησιμεύουν ως μια ασφαλής βάση στην οποία μπορούν να στηριχθούν όταν χρειαστεί για υποστήριξη, μπορεί να έχουν καλύτερους τρόπους διαχείρισης των αρνητικών συναισθημάτων τους και μέσω αυτού του μηχανισμού

αντισταθμίζεται το άγχος και ταυτόχρονα η «φθορά» στο ανθρώπινο σώμα, μέσω διακριτών φυσιολογικών αντιδράσεων (Kidd, Hamer & Steptoe, 2011; Pietromonaco & Powers, 2015). Είναι χαρακτηριστικό πως ακόμη και σε παιδιά ασθενείς, ο ασφαλής τύπος δεσμού, βοηθάει στην καλύτερη διαχείριση των συμπτωμάτων τους και στη διαχείριση του άγχους τους (Chen, Brody & Miller, 2017; Ehrlich, Miller, Shalowitz et al., 2019). Αντιθέτως, τα άτομα που έχουν ανασφαλή τύπου δεσμού, είναι πιο πιθανό να μην αναζητήσουν βοήθεια ή/και κοινωνική υποστήριξη, να είναι είτε υπερβολικά προσεκτικά, είτε μη συντονισμένα με τα συμπτώματά τους και τέλος να εμφανίζουν χαμηλή συμμόρφωση με τη θεραπεία (Maunder & Hunter, 2009).

Ο ανασφαλής τύπος δεσμού και οι επιδράσεις του σε πλήθος σωματικών και ψυχολογικών νοσημάτων, έχει αναδειχτεί σε διάφορες έρευνες, συμπεριλαμβανομένων της πρωτοπαθούς υπέρτασης (Balint, Gander, Pokorny et al., 2016), της κατάθλιψης (Dagan, Facompré & Bernard, 2018), του διαβήτη τύπου I και II (Ciechanowski, Katon, Russo & Walker, 2001; Kelly, Berg & Helgeson, 2020), του καρκίνου (Nicholls, Hulbert-Williams & Bramwell, 2014), του χρόνιου πόνου (Davies, Macfarlane, McBeth et al., 2009), των ανεξήγητων ιατρικών συμπτωμάτων (Adshead & Guthrie, 2015), της ινομυαλγίας (Sechi, Vismara, Brennstuhl et al., 2020), της αρθρίτιδας (McWilliams, Cox & Enns, 2000), κ.ά.

Από την άλλη πλευρά, άλλες έρευνες έχουν αναδείξει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στον ασφαλή τύπο δεσμού και τους μηχανισμούς που σχετίζονται με τη σωματική υγεία και τη θετική έκβαση απέναντι σε διάφορες ασθένειες και χρόνια νοσήματα (Agostini, Moretti, Calabrese et al., 2014; Calvo, Palmieri, Marinelli et al., 2014; Favez, Cairo Notari, Antonini & Charvoz, 2017; Kidd, Poole, Ronaldson et al., 2016; Robles & Kane, 2014). Στις συγκεκριμένες έρευνες, δεν αναφέρεται πως υπάρχει μια σχέση αιτιότητας ανάμεσα στον τύπο δεσμού και την υγεία. Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο τύπος δεσμού μπορεί να επηρεάσει με έμμεσο τρόπο τη σωματική υγεία, μέσω της επίδρασής του στις συμπεριφορές υγείας, στην απόκριση στο στρες, στη διαχείριση των συμπτωμάτων, στη χρήση της κοινωνικής υποστήριξης και τέλος στη σχέση του ασθενούς και των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς με ασφαλή τύπο δεσμού, μπορούν να βασιστούν σε άλλους, ώστε να αισθανθούν ασφάλεια και εμπιστοσύνη, γεγονός που επιδρά στον αντίκτυπο της νόσου. Αντιθέτως, τα άτομα με ανασφαλή δεσμό, έχουν ένα σύστημα υπερκινητικής

προσκόλλησης και αναπτύσσουν μια ακραία εξάρτηση από τους άλλους, προκειμένου να αισθανθούν εγγύτητα και κοινωνική υποστήριξη. Οι ασθενείς με αποδιοργανωμένο τύπο δεσμού, καταστέλλουν τις ανάγκες προσκόλλησής τους καθώς και τα αρνητικά τους συναισθήματα, με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν βοήθεια, κοινωνική υποστήριξη ή βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας για να ανακουφιστούν από το άγχος τους.

Κεφάλαιο 3: Η θεωρία της νοηματοποίησης

3.1 Η θεωρία της νοηματοποίησης

Ο όρος της νοηματοποίησης, χρησιμοποιήθηκε από τον Peter Fonagy (2006) για να αποτυπώσει τη διαδικασία μέσω της οποίας ο ανθρώπινος εγκέφαλος αποκτά «νου». Πιο συγκεκριμένα, η νοηματοποίηση αποτελεί την αναδυόμενη ικανότητα των παιδιών να αναγνωρίζουν και να ερμηνεύουν τις διαπροσωπικές συμπεριφορές με όρους νοητικών καταστάσεων, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζουν το νοητικό πεδίο, ως αναπαραστασιακό (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Η κατανόηση του Fonagy (2006) για την νοηματοποίηση βασίζεται στην πρόωμη ανάπτυξη, παρότι μπορεί να περιγράψει την υποκειμενική εμπειρία των ατόμων σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής τους. Σύμφωνα με τον Fonagy, η κοινωνικοβιολογική προέλευση της νοηματοποίησης μπορεί να εντοπιστεί στον ανταγωνισμό, ο οποίος αρχικά ώθησε τους ανθρώπους να επενδύσουν στην ανάγνωση των προθέσεων και των κινήτρων των άλλων και αργότερα, εξελίχθηκε περαιτέρω για να τους βοηθήσει να διαπραγματευτούν στο πλαίσιο των περίπλοκων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.

Η νοηματοποίηση, αναπτύσσεται στο πλαίσιο των πρώιμων διαπροσωπικών σχέσεων. Ο δεσμός προσκόλλησης μεταξύ βρέφους - φροντιστή, παρέχει μια αίσθηση ασφάλειας, αλλά η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων γονέα-παιδιού, μπορεί να διευκολύνει ή να εμποδίσει την ανάπτυξη της νοηματοδότησης (Fonagy, 2001). Πιο συγκεκριμένα, οι ίδιοι οι φροντιστές προσφέρουν ευκαιρίες στα βρέφη να κατανοήσουν και να αρχίσουν να εξερευνούν πως ερμηνεύονται οι ψυχικές καταστάσεις των άλλων και να αποκτήσουν μια αυγή αίσθηση του ότι έχουν και αυτά νοητικές καταστάσεις. Μια θεωρία του νου ξεδιπλώνεται στο πλαίσιο της προσκόλλησης, όπου το παιδί πιστεύει ότι αυτό που υπάρχει στο μυαλό του, πρέπει να υπάρχει και στον κόσμο. Αυτό μετασηματίζεται μέσω του παιχνιδιού, με αποτέλεσμα τα παιδιά να κατανοούν ότι το μυαλό διαμορφώνει και ερμηνεύει αυτό που είναι πραγματικό και εξωτερικό προς τον εαυτό (Fonagy, 2001; Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1996).

Έτσι, η νοηματοποίηση είναι μια δεξιότητα που επιτρέπει σε κάποιον να ερμηνεύει το μυαλό των άλλων, αναπτύσσοντας την ικανότητα αναγνώρισης και κατανόησης των δικών

του ψυχικών καταστάσεων και ειδικότερα εκείνων των ψυχικών καταστάσεων που βασίζονται στα συναισθήματα. Η ασφαλής προσκόλληση, διευκολύνει την ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων, καθώς προΐσταται της μετακίνησης από τη συρρόθμιση μέσω της αλληλεπίδρασης με μια φιγούρα προσκόλλησης στην αυτορρόθμιση. Αρχικά, τα βρέφη εξαρτώνται από τους φροντιστές τους για να τα βοηθήσουν να διαχειριστούν τόσο τα ισχυρά αρνητικά τους συναισθήματα, όσο και τα θετικά τους συναισθήματα. Καθώς η ικανότητά των παιδιών για αυτορύθμιση των συναισθημάτων τους, αναπτύσσεται στο δεύτερο μισό του πρώτου έτους της ζωής, αναδύεται η αίσθηση του εαυτού, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε αυξημένη ικανότητα αυτορύθμισης. Η αυτορύθμιση, βασίζεται στην ικανότητα διάκρισης των προθέσεων των άλλων και ταυτόχρονα στην αντίληψη του εαυτού ως μια ξεχωριστή οντότητα, με ξεχωριστές προθέσεις. Έτσι, προετοιμάζεται ο δρόμος για τη νοηματοποίηση, η οποία ξεδιπλώνεται περίπου στην ηλικία των 4 ετών. Σύμφωνα με τους Fonagy και συνεργάτες (2002), η ρύθμιση των συναισθημάτων αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη της νοηματοποίησης. Στη συνέχεια, η νοηματοποίηση προωθεί ένα νέο, πιο διαφοροποιημένο είδος συναισθήματος και αυτορρύθμισης, όπως η νοεροποιημένη συναισθηματικότητα.

Η νοηματοποίηση συχνά κατανοείται με απλοϊκό τρόπο, αλλά τα ευρήματα των ερευνών δείχνουν ξεκάθαρα ότι περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ικανοτήτων. Πιο αναλυτικά, αποτελείται από τέσσερις διαστάσεις που περιλαμβάνουν σχετικά διακριτά νευρικά κυκλώματα: (1) αυτόματο έναντι ελεγχόμενου, (2) με βάση τα εξωτερικά χαρακτηριστικά (π.χ. έκφραση προσώπου, στάση σώματος, κ.ά) έναντι εσωτερικών δεικτών, (3) σχετικά με τον εαυτό και τους άλλους και (4) γνωστικό έναντι συναισθηματικού (Bateman & Fonagy, 2012). Η αποτελεσματική νοηματοδότηση, απαιτεί από το άτομο να διατηρεί μια ισορροπία ανάμεσα σε αυτές τις τέσσερις διαστάσεις.

Η θεωρία της νοηματοποίησης βασίζεται σε δύο διαφορετικές αλλά συμπληρωματικές θεωρίες, τη θεωρία της κοινωνικής βιοανάδρασης (Gergely & Watson, 1996) και τη θεωρία για την ανάπτυξη της ψυχικής πραγματικότητας (Fonagy & Target, 1996). Η θεωρία της κοινωνικής βιοανάδρασης εστιάζει στην πρώιμη αλληλεπίδραση φροντιστή-βρέφους και στον τρόπο με τον οποίο αυτή συνιστά τις ρυθμιστικές πτυχές της επίδρασης αυτής της πρώιμης σχέσης. Αυτή η θεωρία υποστηρίζει πως υπάρχει ένα περίπλοκο βιοκοινωνικό

σύστημα μέσω του οποίου τα βρέφη επικοινωνούν ενστικτωδώς δυναμικές συναισθηματικές αλλαγές μέσω της συμπεριφοράς τους και η μητέρα ανταποκρίνεται σε αυτές, αντικατοπτρίζοντας τη συναισθηματική κατάσταση του βρέφους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ο «συναισθηματικός καθρέφτης», δείχνει στο βρέφος ότι η αντίδραση της μητέρας δεν είναι αντιπροσωπευτική της δικής του συναισθηματικής κατάστασης. Αυτό το βιοκοινωνικό σύστημα, συμβάλλει στη συνεχή ρύθμιση των συναισθηματικών καταστάσεων του βρέφους. Εσωτερικεύοντας τις αναπαραστάσεις του φροντιστή για τις πρωταρχικές συναισθηματικές του καταστάσεις, ως δευτερεύουσες αναπαραστάσεις, το βρέφος τις ενσωματώνει στη δική του αναπαράσταση για τον εαυτό του.

Η θεωρία της ψυχικής πραγματικότητας, εστιάζει στους τρεις τρόπους που χρησιμοποιούνται από το μικρό παιδί για να αναπαραστήσει την ψυχική πραγματικότητα και την ενσωμάτωση αυτών των τρόπων σε μια νοηματοποιητική ικανότητα (Fonagy & Target, 1996; Fonagy et al., 2002). Η έννοια της ψυχικής ισοδυναμίας, αναφέρεται στην αίσθηση που έχει το μικρό παιδί ότι ο εσωτερικός κόσμος εξισώνεται με την εξωτερική πραγματικότητα. Ο κόσμος είναι όπως τον αντιλαμβάνεται το παιδί, δεδομένου ότι δεν κατανοεί ακόμα τις σκέψεις και τα συναισθήματα, ως νοητικές αναπαραστάσεις. Στην προσποιητή κατάσταση, από την άλλη πλευρά, το μικρό παιδί μπορεί να διαχωρίσει την εσωτερική από την εξωτερική πραγματικότητα. Ωστόσο, αυτό είναι δυνατό μόνο εάν τα δύο διατηρούνται αυστηρά χώρια, όπως γίνεται για παράδειγμα στο παιχνίδι. Η τελειολογική στάση, αναφέρεται σε μια εμπειρία του κόσμου στην οποία οι ψυχικές καταστάσεις δεν μπορούν να αναπαρασταθούν και κατά συνέπεια πρέπει να εκφράζονται μέσω της δράσης. Στη φυσιολογική ανάπτυξη, αυτοί οι τρόποι σκέψης ενσωματώνονται σε μια νοηματοποιητική ικανότητα, στην οποία το παιδί αρχίζει να κατανοεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα ως νοητικές αναπαραστάσεις που εκφράζονται μέσω της συμπεριφοράς. Αν και η ικανότητα ανάπτυξης της νοηματοποίησης είναι έμφυτη, η νοηματοποίηση αποτελεί ένα αναπτυξιακό επίτευγμα, το οποίο εξαρτάται από την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει ένα παιδί. Η παθολογική ανάπτυξη παρεμβαίνει στην ενσωμάτωση αυτών των διαφορετικών τρόπων σκέψης, με αποτέλεσμα την αναστολή της ικανότητας νοηματοποίησης.

3.2 Η έννοια της αναστοχαστικής λειτουργίας

Οι Fonagy και συνεργάτες (1991), ήταν οι πρώτοι που εισήγαγαν τη θεωρητική κατασκευή της αναστοχαστικής λειτουργίας, η οποία αποτελεί τη λειτουργικοποίηση της θεωρίας νοηματοποίησης, εντός ενός εμπειρικά θεμελιωμένου πλαισίου για την αξιολόγησή της. Η αναστοχαστική λειτουργία, αποτελεί την ικανότητα ενός ατόμου να αντιλαμβάνεται την ανθρώπινη συμπεριφορά του ιδίου, αλλά και των άλλων, λαμβάνοντας υπόψη τις υποκείμενες ψυχικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των σκέψεων, των συναισθημάτων, των επιθυμιών και των κινήτρων (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Η πρώτη θεωρητικοποίηση της αναστοχαστικής λειτουργίας, αφορούσε στην ικανότητα των ενηλίκων να αντιλαμβάνονται τις ψυχικές καταστάσεις του εαυτού τους, αλλά και των άλλων (Fonagy et al., 1991).

Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε από διάφορους ερευνητές, για να αξιολογήσουν τη γονική αναστοχαστική λειτουργία, δηλαδή την ικανότητα των γονέων να κατανοούν τις ψυχικές καταστάσεις των παιδιών τους και να ρυθμίζουν αντίστοιχα τη συμπεριφορά τους (Slade, 2005). Η ικανότητα της αναστοχαστικής λειτουργίας πιστεύεται ότι είναι θεμελιώδης για την ικανότητα «πλοήγησης» των ανθρώπων στον κοινωνικό κόσμο (Bateman & Fonagy, 2012). Οι βλάβες στην αναστοχαστική λειτουργία, έχουν συσχετιστεί με διάφορα αρνητικά αποτελέσματα, όπως είναι η κατάθλιψη (Ekeblad, Falkenström & Holmqvist, 2016), η οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Badoud, Prada, Nicastro et al., 2018; Fischer- Kern, Doering, Taubner et al., 2015) και τα μειωμένα αναπτυξιακά αποτελέσματα στα παιδιά (Borelli, Cohen, Pettit et al., 2019; Morosan, Ghisletta, Badoud et al., 2020).

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες που αξιολογούν την αναστοχαστική λειτουργία. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο και καλύτερα επικυρωμένο μέτρο αξιολόγησης της αναστοχαστικής λειτουργίας είναι η Κλίμακα Αναστοχαστικής Λειτουργικότητας (Reflective Functioning Scale - RFS) που βασίζεται σε συνέντευξη (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998). Η μέτρηση της αναστοχαστικής λειτουργίας μέσω της κλίμακας RFS, μπορεί να προσφέρει αρκετά δεδομένα, όμως απαιτείται αρκετός χρόνος για τη διεξαγωγή της συνέντευξης, ενώ η κωδικοποίηση απαιτεί υψηλή εξειδίκευση (De Roo, Wong, Rempel & Fraser, 2019). Ως εκ τούτου, αναπτύχθηκε η ανάγκη για εργαλεία που μπορούν

να χορηγηθούν σε συντομότερο χρονικό διάστημα και είναι περισσότερο κατάλληλα για έρευνες σε μεγάλη κλίμακα ή κοινοτικά περιβάλλοντα. Δύο τέτοια εργαλεία, είναι το Ερωτηματολόγιο Αναστοχαστικής Λειτουργίας (Reflective Functioning Questionnaire - RFQ) (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2012) και το Γονεϊκό Ερωτηματολόγιο Αναστοχαστικής Λειτουργίας (Parental Reflective Functioning Questionnaire -RFQ) (Fonagy, Luyten, Moulton-Perkins et al., 2016). Το Ερωτηματολόγιο Αναστοχαστικής Λειτουργίας (Reflective Functioning Questionnaire -RFQ), περιλαμβάνει μόνο 8 δηλώσεις και αποτελείται από δύο υποκλίμακες, τη βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης και την αβεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης. Το Γονεϊκό Ερωτηματολόγιο Αναστοχαστικής Λειτουργίας (Parental Reflective Functioning Questionnaire -RFQ), περιλαμβάνει 18 δηλώσεις και αποτελείται από τρεις υποκλίμακες, την προ-νοηματοδότηση, τη βεβαιότητα ψυχικών καταστάσεων και το ενδιαφέρον και την περιέργεια.

3.3 Νοηματοδότηση και προσκόλληση

Η νοηματοποίηση είναι μια πρόσφατη ψυχαναλυτική επέκταση της θεωρίας και της έρευνας της προσκόλλησης, η οποία αναδεικνύει τη συνεργατική σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο μηχανισμό της προσκόλλησης και της ανάπτυξης της ικανότητας του παιδιού να κατανοήσει τις διαπροσωπικές συμπεριφορές με όρους νοητικών αναπαραστάσεων (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

Η κατανόηση του Fonagy για τη σχέση μεταξύ της προσκόλλησης και της νοηματοποίησης έχει εξελιχθεί σημαντικά, από την αρχική υπόθεση της σχέσης ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Fonagy & Bateman, 2006). Αρχικά, υποτέθηκε ότι η δημιουργείται μέσω της ασφαλούς προσκόλλησης παιδιού – γονέα, δηλαδή ότι η ίδια η ικανότητα για νοηματοποίηση έχει τις ρίζες της στη σχέση με την προσκόλληση (Fonagy, 2001; Fonagy et al., 2002). Οι Bateman και Fonagy (2004), ανέφεραν πως η προσκόλληση είναι ένας μηχανισμός που ωθεί τη γνωστική ανάπτυξη και ως εκ τούτου, η νοηματοποίηση διευκολύνεται σημαντικά από την ασφαλή προσκόλληση. Ένα βασικό μέρος αυτού του επιχειρήματος περιελάμβανε τον ισχυρισμό ότι η οριακή παθολογία χαρακτηρίζεται από έλλειψη νοηματοποίησης ή σημαντικά ελλείμματα, ενώ άλλες φορές εκδηλώνεται ως

ψευδονοηματοποίηση, μια μορφή νοηματοποίησης που χαρακτηρίζεται από υπερεπαγρύπνηση απέναντι στις συμπεριφορές των άλλων, αλλά καμία ρεαλιστική κατανόηση των ψυχικών τους καταστάσεων.

Πιο πρόσφατα, οι Fonagy και Bateman (2006), ανέφεραν πως η σχέση ανάμεσα στην προσκόλληση και τη νοηματοποίηση είναι σχετικά «χαλαρή», αναγνωρίζοντας ότι τα νευρικά συστήματα στα οποία βασίζεται η νοηματοποίηση και η προσκόλληση, όχι μόνο είναι ξεχωριστά, αλλά μπορεί επίσης να έχουν αμοιβαία ανασταλτική επίδραση το ένα στο άλλο. Οι Fonagy και Bateman (2006), υποστηρίζουν ότι το νευρικό σύστημα Α, λειτουργεί για να ενοποιήσει τη γνώση και τα συναισθήματα και μπορεί να συμβάλει στην τυπολογία της προσκόλλησης. Το δεύτερο σύστημα, το νευρικό σύστημα Β, ενεργοποιείται από τα αρνητικά συναισθήματα, τις κοινωνικές και ηθικές κρίσεις και την εστίαση στα ατομικά συναισθήματα. Τα νευρικά συστήματα Α και Β έχουν μια αμοιβαία σχέση, όπου η ενεργοποίηση του ενός συστήματος, οδηγεί στην αναστολή της λειτουργίας του άλλου. Με άλλα λόγια, το νευρικό σύστημα που αποτελεί τη βάση της ικανότητας αναγνώρισης και ερμηνείας των ψυχικών καταστάσεων του ατόμου και των άλλων, απενεργοποιείται με την ενεργοποίηση του συστήματος προσκόλλησης. Σύμφωνα με τους Fonagy και Bateman (2006), παρότι υπάρχει μια ξεκάθαρη σύγκρουση εξαιτίας της αμοιβαίας σχέσης μεταξύ της προσκόλλησης και της νοηματοποίησης, δεν υπάρχει τίποτα αντιφατικό στο ότι η ασφαλής προσκόλληση προάγει την ανάπτυξη της νοηματοποίησης, με έναν τρόπο όπου το σύστημα προσκόλλησης μπορεί να παραμεριστεί υπέρ της νοηματοποίησης.

Η ασφαλής προσκόλληση δίνει στο παιδί την ευκαιρία να πειραματιστεί με την ικανότητα της νοηματοποίησης σε ένα περιβάλλον όπου το διακύβευμα είναι πολύ μικρότερο σε σύγκριση με τον πραγματικό κόσμο. Όπως αναφέρει ο Fonagy (2006), η εξέλιξη έχει επιλέξει την προσκόλληση ως το «κύριο έδαφος εκπαίδευσης» για την ανάπτυξη της νοηματοποίησης. Η σχέση της νοηματοποίησης με την προσκόλληση έχει αναδειχτεί και εμπειρικά. Η ανασφαλής προσκόλληση σχετίζεται με ελλείμματα στην αναστοχαστική λειτουργία (Bouchard, Target, Lecours et al., 2008; Fonagy & Target, 1998; Nazzaro Boldrini, Tanzilli et al., 2017), τα οποία μαζί αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης αρκετών μορφών ψυχοπαθολογίας και διαταραχών προσωπικότητας (βλ.ενδεικτικά: Antonsen, Johansen, Ro et al., 2016; Bouchard et al., 2008; Katznelson, 2014; Taubner, White,

Zimmermann, Fonagy, & Nolte, 2013). Επιπλέον, η γονική αναστοχαστική λειτουργία, φαίνεται να εμπλέκεται στη διαγενεακή μετάδοση του τύπου προσκόλλησης (Stacks, Muzik, Wong et al., 2014).

Κεφάλαιο 4: Στρατηγικές Αντιμετώπισης

4.1 Η έννοια της Αντιμετώπισης

Σε περιόδους όπου διαταράσσεται ο τρόπος ζωής ενός ατόμου ή έρχεται αντιμέτωπος με στρεσογόνες καταστάσεις, κάθε άτομο ανταποκρίνεται με διαφορετικό τρόπο για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του. τα προβλήματα της καθημερινής ζωής. Οι ενέργειες στις οποίες προχωρά το άτομο, οι συμπεριφορές ή οι σκέψεις που κάνει για να διαχειριστεί μια στρεσογόνο, εσωτερική ή εξωτερική κατάσταση, αποκαλούνται με τον όρο αντιμετώπιση (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986; Folkman & Moskowitz, 2004). Η αντιμετώπιση, ορίζεται στο πλαίσιο της συναλλακτικής θεωρίας των Folkman και Lazarus (1984), ως την προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων που δημιουργούνται από στρεσογόνες καταστάσεις και γίνονται αντιληπτά ως επιβλαβή, απειλητικά ή να υπερβαίνουν τους διαθέσιμους πόρους του ατόμου. Σύμφωνα με αυτούς τους συγγραφείς, η διαδικασία της αντιμετώπισης περιλαμβάνει τρία κύρια στοιχεία: α) την πηγή του άγχους, β) τη γνωστική αξιολόγηση, η οποία περιλαμβάνει την αξιολόγηση ενός συμβάντος ως αδιάφορο, απειλητικού ή θετικού και την ταυτόχρονη αξιολόγηση των διαθέσιμων πόρων αντιμετώπισης εντός των ατόμων και στο περιβάλλον τους και 3) τις στρατηγικές αντιμετώπισης.

Η αντιμετώπιση, αφορά κατά κύριο λόγο τις συμπεριφορικές και γνωστικές ενέργειες στις οποίες προβαίνει ένα άτομο, προκειμένου να επιλύσει, αφενός το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και αφετέρου το άγχος που δημιουργείται από αυτό. Η έννοια της αντιμετώπισης, δε θα πρέπει να συγχέεται με την έννοια των αμυντικών μηχανισμών, καθώς, παρότι και οι δύο έχουν ως στόχο τη μείωση του άγχους, η μεν πρώτη αφορά την εκούσια και συνειδητή κινητοποίηση των πόρων του ατόμου, ενώ η δεύτερη σχετίζεται με τις ασυνείδητες αντιδράσεις απέναντι σε μια κατάσταση (Kramer, 2010). Παρά ταύτα, η χρησιμοποίηση μιας στρατηγικής αντιμετώπισης μπορεί να είναι ασυνείδητη, με την έννοια πως το άτομο αντιδρά με «αυτόματο» τρόπο απέναντι σε μια στρεσογόνο κατάσταση (Skinner & Wellborn, 1994).

Ο γενικότερος τρόπος αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων, ονομάζεται «στυλ αντιμετώπισης», το οποίο περιλαμβάνει συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης και έχει σχετικά σταθερά χαρακτηριστικά, που καθορίζουν την απόκριση του ατόμου απέναντι στο στρες. Ένα άτομο, μπορεί να έχει διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες συνυπάρχουν και δημιουργούν ένα «στυλ αντιμετώπισης» που αποτελεί ουσιαστικά ένα «προτιμώμενο σύνολο στρατηγικών αντιμετώπισης που παραμένει σχετικά σταθερό σε βάθος χρόνου και περιστάσεων» (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Κάποιες έρευνες, έχουν αναδείξει πως το στυλ αντιμετώπισης, μπορεί να επηρεάζεται και από την κληρονομικότητα ή τη γενετική προδιάθεση (Dunn & Conley, 2015).

Τα άτομα, εφαρμόζουν πολλές διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης απέναντι σε μια στρεσογόνο κατάσταση στρεσογόνας κατάστασης, ενώ η επιλογή μιας στρατηγικής, εξαρτάται από τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, αλλά και τη γνωστική εκτίμηση για την κατάσταση αυτή (Holahan & Moos, 1987). Ανάλογα με τα στρεσογόνα γεγονότα και το διακύβευμα που υπάρχει κάθε στιγμή, η στρατηγική αντιμετώπισης μπορεί να ποικίλλει ή να αλλάξει ριζικά με την πάροδο του χρόνου (Lazarus, 2006). Η κατανόηση της δομής των διαφόρων στρατηγικών αντιμετώπισης, είναι βασική για την κατανόηση της επίδρασης του στρες στην ψυχοσωματική υγεία. Παρά τη γενικότερη συμφωνία σχετικά με κάποιες βασικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, στη βιβλιογραφία αναφέρονται περισσότερες από εκατό βασικές στρατηγικές αντιμετώπισης καθώς και πάνω από τετρακόσιες υποκατηγορίες, ενώ ταυτόχρονα, δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία ως προς την ταξινόμηση των ίδιων στρατηγικών (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). Για παράδειγμα, αρκετές έρευνες έχουν ταξινομήσει αδιακρίτως ορισμένες στρατηγικές, όπως είναι η θετική αναπλαισίωση, το χιούμορ και η αποδοχή ως εστιασμένες στο πρόβλημα, άλλες ως εστιασμένες στο συναίσθημα και άλλες τις εντάσσουν στις στρατηγικές αποφυγής (Schnider, Elhai & Gray, 2007). Στην παρακάτω ενότητα, παρουσιάζονται τα βασικά θεωρητικά μοντέλα της έννοιας της αντιμετώπισης, τα οποία προσδιορίζουν και τις αντίστοιχες στρατηγικές.

4.2 Θεωρητικά μοντέλα της αντιμετώπισης

4.2.1 Μοντέλο αντιμετώπισης με εστίαση στο πρόβλημα & εστίαση στο συναίσθημα

Το συγκεκριμένο μοντέλο, αναπτύχθηκε από τους Lazarus και Folkman (1984), οι οποίοι πρότειναν δύο βασικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ως απόκριση απέναντι στο στρες και διαχείρισης του συναισθήματος. Σύμφωνα με αυτούς του συγγραφείς, οι στρατηγικές αντιμετώπισης κατηγοριοποιούνται στην αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο πρόβλημα και στην αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο συναίσθημα. Ορισμένες συμπεριφορές, όπως είναι για παράδειγμα η στρατηγική του προγραμματισμού για την επίλυση ενός προβλήματος, ανήκουν στην αντιμετώπιση με επίκεντρο το πρόβλημα και αφορούν σε ενέργειες που στοχεύουν στην εξάλειψη του άγχους ή στη μείωση του αντίκτυπού του. Από την άλλη πλευρά, κάποιες συμπεριφορές όπως είναι ο αυτοέλεγχος, η αποστασιοποίηση, η αποδοχή της ευθύνης, η απόδραση/αποφυγή και η θετική επανεκτίμηση μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στην αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο συναίσθημα, καθώς στοχεύουν στην πρόληψη, στην ελαχιστοποίηση ή στη μείωση του άγχους που προκαλείται από μια στρεσογόνο κατάσταση.

Οι Folkman και Lazarus Ερωτηματολόγιο Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (WCQ), με βάση τη διάκριση που πρότειναν για τις στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες περιελάμβαναν την αντιπαράθεση, την αποστασιοποίηση, τον αυτοέλεγχο, την κοινωνική υποστήριξη, την αποδοχή ευθύνης, την απόδραση-αποφυγή, την επίλυση προβλήματος και τη θετική επαναξιολόγηση (Folkman & Lazarus, 1985; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter et al., 1986). Οι Folkman και συνεργάτες, (1986). Άλλοι ερευνητές, έχουν εντοπίσει διαφορετικό αριθμό παραγόντων στο Ερωτηματολόγιο Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (WCQ). Για παράδειγμα, οι van Liew και συνεργάτες (2016), εντόπισαν τέσσερις σε ασθενείς με ινομυαλγία, που συμπεριελάμβαναν την απόσπαση, τη σκόπιμη αντιμετώπιση, τη συναισθηματική αντιμετώπιση και την ευσεβή αντιμετώπιση, ενώ οι Sørli και Sexton (2001), εντόπισαν πέντε παράγοντες. Ανάμεσα σε αυτούς ήταν ο ευσεβής πόθος, η αποφυγή και η επανεξέταση, που αντιπροσώπευαν τις παθητικές ή τις εστιασμένες στο συναίσθημα στρατηγικές, ενώ η αντιμετώπιση προσανατολισμένη στο στόχο και η αναζήτηση

υποστήριξης, φάνηκε να αντιπροσωπεύουν τις ενεργητικές ή εστιασμένες στο πρόβλημα στρατηγικές αντιμετώπισης.

Οι Lazarus και Folkman, ήταν ανάμεσα στους πρώτους ερευνητές που έβαλαν τις βάσεις για την εννοιολόγηση της αντιμετώπισης, αναζητώντας τη δομή της και επηρέασαν τη δημιουργία άλλων μοντέλων αντιμετώπισης, όπως αυτό Carver και συνεργατών (1989) και των Endler και Parker (1990). Ωστόσο, η διάκριση που έκαναν ανάμεσα στις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα και στις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα, δέχθηκε σημαντική κριτική τα τελευταία χρόνια. Ο ίδιος ο Lazarus (1996), παραδέχτηκε ότι η διάκριση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης εστιασμένων στο πρόβλημα και στο συναίσθημα, οδήγησε σε μια υπερβολικά απλή αντίληψη του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί ο μηχανισμός της αντιμετώπισης. Άλλοι ερευνητές, έχουν τονίσει πως οι περισσότερες στρατηγικές αντιμετώπισης θα μπορούσαν να ενταχθούν και στις δύο κατηγορίες (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). Το να δημιουργήσει κάποιος ένα σχέδιο δράσης για παράδειγμα, δεν αφορά μόνο στην επίλυση του προβλήματος, αλλά ταυτόχρονα δύναται να οδηγεί και σε μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας.

Μια στρατηγική αντιμετώπισης, μπορεί να εστιάζεται τόσο στο πρόβλημα, όσο και στα συναισθήματα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός, πως δεν είναι εννοιολογικά σαφής η διαφορά ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα και σε αυτές που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα (Skinner et al., 2003). Ειδικότερα, η αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο συναίσθημα, είναι ιδιαίτερα προβληματική, αφού αποτελείται από πολύ διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Compas, Connor-Smith, Saltzman et al., 2001).

4.2.2 Θεωρητικό μοντέλο διαστάσεων αντιμετώπισης

Οι Carver και συνεργάτες (1989), ανέπτυξαν το δικό τους θεωρητικό μοντέλο, βασιμμένοι στην υπόθεση πως η διάκριση μεταξύ της εστιασμένης στο πρόβλημα και της εστιασμένης στο συναίσθημα αντιμετώπισης είναι μεν χρήσιμη, αλλά ανεπαρκής. Βασιζόμενοι στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, προσδιόρισαν δεκατρείς στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι πέντε στρατηγικές, ανήκουν στην αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο πρόβλημα και

περιλαμβάνουν την ενεργητική αντιμετώπιση, τον προγραμματισμό, την καταστολή των ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων, την περιορισμένη αντιμετώπιση και την αναζήτηση, ενώ οι άλλες πέντε στρατηγικές ανήκουν στην αντιμετώπιση που είναι εστιασμένη στο συναίσθημα και περιλαμβάνουν την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης για συναισθηματικούς λόγους, τη θετική επανερμηνεία και ανάπτυξη, την αποδοχή, την άρνηση και τη στροφή στη θρησκεία. Οι υπόλοιπες τρεις στρατηγικές αντιμετώπισης, ταξινομήθηκαν ως οι λιγότερο χρήσιμες στρατηγικές και περιλαμβάνουν την εστίαση και εκφόρτιση των συναισθημάτων, τη συμπεριφορική απεμπλοκή και τη νοητική απεμπλοκή. Στη βάση αυτού του θεωρητικού μοντέλου, οι Carver και συνεργάτες (1989) ανέπτυξαν τον κατάλογο COPE, ο οποίος περιλαμβάνει δύο πρόσθετες κλίμακες, το χιούμορ και τη χρήση ουσιών.

Γενικά, η διάκριση μεταξύ της αντιμετώπισης που είναι εστιασμένη στο πρόβλημα και αυτής που είναι εστιασμένη στο συναίσθημα, που χρησιμοποιείται από τους Carver και συνεργάτες, δεν έχει επιβεβαιωθεί από άλλες διερευνητικές αναλύσεις των κλιμάκων του καταλόγου COPE. Για παράδειγμα, η έρευνα των Deisinger και συνεργατών (1996) σε ένα κοινοτικό δείγμα συμμετεχόντων, ανέδειξε πέντε κατηγορίες στρατηγικών, που συμπεριελάμβαναν την αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα, την αποφυγή, την κοινωνική υποστήριξη, τη θετική επαναξιολόγηση και την ηδονιστική απόδραση. Σε μια άλλη έρευνα, οι Stowell και συνεργάτες (2001), εντόπισαν τρεις κατηγορίες στρατηγικών. Η πρώτη κατηγορία, ονομάστηκε ενεργή αντιμετώπιση και περιελάμβανε τον προγραμματισμό, την καταστολή των ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων, την ενεργητική αντιμετώπιση, την περιορισμένη αντιμετώπιση, την αποδοχή και τη θετική επανερμηνεία. Η δεύτερη κατηγορία, ονομάστηκε κοινωνική υποστήριξη και περιελάμβανε την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης για εργαλειακούς και συναισθηματικούς λόγους και την εστίαση στην εκφόρτιση συναισθημάτων. Η τρίτη κατηγορία ονομάστηκε αποφυγή και περιελάμβανε την άρνηση, τη διανοητική απεμπλοκή και τη συμπεριφορική απεμπλοκή.

4.2.3 Μοντέλο αντιμετώπισης με εστίαση στο έργο, με εστίαση στο άτομο και στην αποφυγή

Οι Parker και Endler (1992), ανέπτυξαν το δικό τους μοντέλο αντιμετώπισης, αφού παρατήρησαν ότι πολλά μοντέλα για την αντιμετώπιση, εμφανίζουν σημαντικές μεθοδολογικές ελλείψεις, οι οποίες δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Για αυτό το λόγο, δημιούργησαν ένα νέο μοντέλο αντιμετώπισης το οποίο βασίζεται σε τρία διαφορετικά στυλ αντιμετώπισης. Τα δύο πρώτα στυλ αντιμετώπισης βασίστηκαν σε μια παραλλαγή της αντιμετώπισης που είναι εστιασμένη στο πρόβλημα και της αντιμετώπισης που είναι εστιασμένη στο συναίσθημα, των Lazarus και Folkman (1984). Σύμφωνα με τους Parker και Endler (1992), οι στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζονται στο πρόβλημα, είναι προσανατολισμένες προς ένα συγκεκριμένο έργο, ενώ αυτές που εστιάζονται στο συναίσθημα, προσανατολίζονται προς το ίδιο το άτομο. Το πρώτο στυλ αντιμετώπισης, ο προσανατολισμός με εστίαση στο έργο, αναφέρεται σε στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την επίλυση ενός προβλήματος, τη γνωστική του επανενηνοιολόγηση ή την ελαχιστοποίηση των αποτελεσμάτων του. Η αντιμετώπιση που εστιάζει στο άτομο, αφορά σε στρατηγικές που συμπεριλαμβάνουν την ενασχόληση με τον εαυτό, τις συναισθηματικές αντιδράσεις ή τις φαντασιωτικές αντιδράσεις.

Σύμφωνα με τους Parker και Endler (1992), πολλά μοντέλα αντιμετώπισης διέκριναν μια τρίτη βασική διάσταση, τον προσανατολισμό προς την αποφυγή, που περιελάμβανε στρατηγικές που εστίαζαν τόσο στο έργο, όσο και στο ίδιο το άτομο. Η αποφυγή με εστίαση στο έργο, θεωρείται μια μορφή απόσπασης της προσοχής, ενώ η προσωποκεντρική αποφυγή, παίρνει τη μορφή ενός κοινωνικού προσανατολισμού. Κάποιο άτομο μπορεί να αποφεύγει μια αγχωτική κατάσταση μέσω της συμμετοχής σε δραστηριότητες που λειτουργούν ως υποκατάστατα, αποσπώντας την προσοχή του ή αναζητώντας άλλους ανθρώπους, δηλαδή, μέσω του κοινωνικού προσανατολισμού. Αντιθέτως, στην αντιμετώπιση με εστίαση στο έργο, το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με το πρόβλημα ή μια στρεσογόνο κατάσταση.

Στην αντιμετώπιση μέσω της στρατηγικής της απόσπασης της προσοχής, τα άτομα επιλέγουν να εστιάσουν σε κάποιο άλλο έργο της επιλογής τους. Από την άλλη πλευρά, ο κοινωνικός προσανατολισμός, είναι προσωποκεντρικός, καθώς το άτομο απομακρύνεται ή αποσπάται από το πρόβλημά του μέσω της συναναστροφής του με τους άλλους, αντί να έρθει αντιμέτωπος με το πρόβλημα που αυξάνει το άγχος του. Για τη μέτρηση των τριών συγλ αντιμετώπισης, οι Endler και Parker, ανέπτυξαν το Coping Inventory for Stressful Situations (CISS™). Σε αντίθεση με άλλα εργαλεία μέτρησης των συγλ και στρατηγικών αντιμετώπισης, το CISS έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες και μια σταθερή παραγοντική δομή σε διαφορετικούς πολιτισμούς (βλ.ενδεικτικά: Furukawa, Suzuki-Moor, Saito & Hamanaka, 1993; Rafnsson, Smari, Windle et al., 2006). Ο βασικότερος περιορισμός του μοντέλου, είναι πως περιλαμβάνει μόνο τρία συγλ αντιμετώπισης, χωρίς να μπορεί να συμπεριλάβει απόλυτα την πληθώρα των στρατηγικών αντιμετώπισης.

4.2.4 Μοντέλο του κύκλου αντιμετώπισης

Ο Stanisławski (2019), δημιούργησε ένα θεωρητικό μοντέλο που βασίζεται σε μια σύνθεση των προηγούμενων θεωριών και μοντέλων για την αντιμετώπιση και το οποίο υποθέτει ότι η αντιμετώπιση αναφέρεται τόσο σε βουλητικές, όσο και σε αυτοματοποιημένες, γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις απέναντι στο στρες. Αυτός ο ορισμός της αντιμετώπισης, είναι απαλλαγμένος από το πλαίσιο ενός συγκεκριμένου μοντέλου και ως εκ τούτου είναι περισσότερο καθολικός και κατάλληλος, για ένα γενικό δομικό μοντέλο της αντιμετώπισης.

Στο συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο, ενσωματώνεται τόσο η έννοια του συγλ αντιμετώπισης, όσο και των στρατηγικών αντιμετώπισης, κάτι που δεν συμβαίνει με άλλα μοντέλα αντιμετώπισης. Προτείνει οκτώ συγλ αντιμετώπισης, που περιλαμβάνουν τη θετική συναισθηματική αντιμετώπιση, την αποτελεσματικότητα, την επίλυση προβλημάτων, την ενασχόληση με το πρόβλημα, την αρνητική συναισθηματική αντιμετώπιση, την αποφυγή του προβλήματος, την αδυναμία και την ηδονιστική απεμπλοκή.

Το μοντέλο του Stanisławski (2019), περιλαμβάνει διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης από άλλα μοντέλα, όπως είναι για παράδειγμα το μοντέλο αντιμετώπισης με εστίαση στο πρόβλημα και εστίαση στο συναίσθημα, των Folkman και συνεργατών (1986). Για παράδειγμα, η στρατηγική της συγκρουσιακής αντιμετώπισης, ανήκει στο στυλ της ενασχόλησης με το πρόβλημα και της αρνητικής συναισθηματικής αντιμετώπισης, η στρατηγική της απόδρασης - αποφυγής στην αποφυγή του προβλήματος και την αδυναμία και τέλος η στρατηγική της αποστασιοποίησης στην ηδονιστική απεμπλοκή και την αποφυγή προβλημάτων. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης, συνδέονται με περισσότερα από ένα στυλ.

Κεφάλαιο 5: Η παρούσα έρευνα

5.1 Προσδιορισμός του προβλήματος

Οι έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με ΙΦΝΕ χρησιμοποιούν μια πληθώρα στρατηγικών αντιμετώπισης για να διαχειριστούν τόσο την ασθένειά τους, όσο και για να αποφύγουν τις παρενέργειες που είναι αποτέλεσμα κάποιων θεραπειών. Ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης είναι η παθητική αντιμετώπιση ή η αποφυγή των καταστάσεων ή των σκέψεων που θα μπορούσαν να επιδεινώσουν τα συμπτώματα, η αντιμετώπιση με επίκεντρο το συναίσθημα και οι στρατηγικές με εστίαση στο πρόβλημα, οι οποίες στοχεύουν στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων (McCombie, Mulder & Garry, 2013). Οι Larsson και συνεργάτες (2016), έχουν δείξει ότι τα άτομα με ΙΦΝΕ βασίστηκαν σε έναν συνδυασμό στρατηγικών αντιμετώπισης συγκεκριμένων περιστάσεων, υπογραμμίζοντας την ανάγκη καλύτερης κατανόησης της συμφοραζόμενης φύσης της αντιμετώπισης της νόσου.

Αυτές οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν περαιτέρω συσχετιστεί με μια ποικιλία δεικτών ποιότητας ζωής. Για παράδειγμα οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα και οι παθητικές στρατηγικές συνδέονται με μια σειρά από αρνητικά αποτελέσματα, όπως είναι η ψυχική δυσφορία, η κατάθλιψη, τα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του ατόμων (Chao, Lemieux, Restellini et al., 2019; Knowles, Wilson, Connell et al., 2011; Petrak Hardt, Clement et al., 2001). Η στρατηγική της αποφυγής, σχετίζεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της νόσου (Bitton, Dobkin, Edwardes et al., 2008). Επιπλέον, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που θεωρούνται προσαρμοστικές, όπως είναι οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα, δε φαίνεται να είναι ευεργετικές για όλα τα άτομα με ΙΦΝΕ, καθώς είναι πιθανό να έχουν μικρή δυνατότητα επιρροής στην πορεία της νόσου, εξαιτίας των απρόβλεπτων περιόδων υφέσεων και (Knowles et al., 2011). Επιπλέον, ενώ οι στρατηγικές αντιμετώπισης με εστίαση στο συναίσθημα θεωρούνται γενικά δυσπροσαρμοστικές, κάποιες έρευνες έχουν δείξει πως κάποιες συγκεκριμένες στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα, θα μπορούσαν να ωφελήσουν τα άτομα με ΙΦΝΕ (Cohen, Benyamini, Tulchinsky et al., 2017).

Οι McCombie και συνεργάτες (2013), σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τις στρατηγικές αντιμετώπισης που ακολουθούν τα άτομα με ΙΦΝΕ, διαπίστωσαν ότι η στρατηγικές αντιμετώπισης με επίκεντρο το συναίσθημα είχαν γενικά αρνητική συσχέτιση με την ψυχολογική ευεξία, ενώ η σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης με εστίαση στο πρόβλημα και της ψυχολογικής ευεξίας ήταν ασθενώς θετική. Η σοβαρότητα και η κατάσταση της νόσου, μπορεί επίσης να επιδράσουν και να αλλάξουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης των ασθενών, ενώ οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το εάν οι ασθενείς βρίσκοντα σε ύφεση ή σε υποτροπή.

Στη βιβλιογραφία, οι στρατηγικές αντιμετώπισης έχουν διερευνηθεί κατά κύριο λόγο ως μεσολαβητική μεταβλητή ανάμεσα στη σχέση της προσκόλλησης με το στρες (Lopez, Mauricio, Gormley, Simko, & Berger, 2001; Merlo & Lakey, 2007; Wei, Heppner, & Mallinckrodt, 2003). Τα αποτελέσματα των ερευνών, έχουν δείξει πως υπάρχει σημαντική θετική σχέση μεταξύ του αγχώδους και του αποφευκτικού τύπου δεσμού και των αναποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Lopez et al., 2001). Σύμφωνα με τους Wei και συνεργάτες (2003) προτείνουν ότι ενώ οι στρατηγικές αντιμετώπισης μεσολαβούν πλήρως στη σχέση ανάμεσα του αγχώδους τύπου δεσμού και του στρες. Τα άτομα που έχουν ασφαλή προσκόλληση, τείνουν να προτιμούν τις ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως είναι η εστίαση στο πρόβλημα, ενώ τα άτομα με ανασφαλή προσκόλληση, προτιμούν να χρησιμοποιούν στρατηγικές αποφυγής (Li, 2008; Seiffge-Krenke & Beyers, 2005). Τα άτομα με αποφευκτικό τύπο προσκόλλησης, τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερο την κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη ως στρατηγική αντιμετώπισης (Hawkins et al., 2007). Αντιθέτως, φαίνεται να υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της ασφαλούς προσκόλλησης και της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης και της στρατηγικής αντιμετώπισης που είναι εστιασμένη στο πρόβλημα. Επιπρόσθετα, υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στον αγχώδη τύπο προσκόλλησης και τις στρατηγικές αποφυγής. Τα άτομα με αγχώδη τύπο προσκόλλησης, είναι λιγότερο πιθανό να στραφούν προς τους άλλους για αναζήτηση βοήθεια, οπότε είναι και λιγότερο πιθανό να επιλέξουν στρατηγικές που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα.

Η ανασφάλεια προσκόλλησης, που χαρακτηρίζεται από το άγχος προσκόλλησης και την αποφυγή, έχει βρεθεί σε προηγούμενες μελέτες σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και έχει προταθεί ότι

η ανασφάλεια προσκόλλησης επιβαρύνει το συναισθηματικό φορτίο των ασθενών αυτών (Agostini, Filippini, Cevolani et al., 2011; Agostini, Moretti, Calabrese et al., 2014; Agostini, Rizzello, Ravegnani et al., 2010; Agostini, Spuri Fornarini, Ercolani et al., 2016; Maunder, Lancee, Hunter et al., 2005). Σε γενικές γραμμές, οι ΙΦΝΕ είναι χρόνιες ασθένειες οι οποίες είναι αρκετά συχνά ακόμα και απειλητικές για τη ζωή των ασθενών, γεγονός που οδηγεί σε ενεργοποίηση των συστημάτων προσκόλλησης και οδηγεί τους ασθενείς σε συμπεριφορές που μπορεί να ποικίλλουν, από το να ζητούν συνεχώς εγγύτητα και βοήθεια, μέσω της αγχώδους προσκόλλησης έως και την απόσυρση από τις σχέσεις, βασιζόμενοι μόνο στις δικές τους δυνάμεις, μέσω της αποφυγής προσκόλλησης (Luyten, Van Houdenhove, Lemma et al., 2013).

Οι Colonnello και συνεργάτες (2020) πρότειναν ένα μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο, όταν οι ασθενείς με ΙΦΝΕ αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα της νόσου, βιώνουν αυξανόμενα επίπεδα ψυχολογικού στρες. Το ψυχολογικό στρες επιδρά αρνητικά στην ικανότητα νοσηματοποίησης των ασθενών, γεγονός που οδηγεί σε δυσκολίες στην κατανόηση των συναισθημάτων του ασθενούς αλλά και των άλλων καθώς και στην ενεργοποίηση του συστήματος προσκόλλησης. Η αρνητική επίδραση στις δεξιότητες νοσηματοποίησης, μπορεί να οδηγήσει με τη σειρά της στην εμφάνιση ανασφάλειας προσκόλλησης, αύξηση στο στρες και δυσκολίες συμμόρφωσης στη θεραπεία. Η ανασφάλεια προσκόλλησης και οι διαπροσωπικές δυσκολίες, με τη σειρά τους, οδηγούν αναπόφευκτα σε επιδείνωση της διαχείρισης της νόσου, η οποία τελικά προκαλεί στον ασθενή περαιτέρω άγχος. Όλοι αυτοί οι παράγοντες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε επιδείνωση της διαχείρισης της νόσου. Είναι χαρακτηριστικό πως οι έρευνες που έχουν γίνει μέχρι τώρα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, έχουν δείξει πως εμφανίζουν έκπτωση στις δεξιότητες νοσηματοποίησης (Agostini, Scaiooli, Belluzzi & Campieri, 2019; Colonnello & Agostini, 2020; Dzirlo, Richter, Steinmair & Löffler-Stastka, 2021).

5.2 Σκοπός της έρευνας

Δεδομένης της σχέσης ανάμεσα στην προσκόλληση και τις δεξιότητες νοσηματοποίησης, καθώς και της επίδρασης που αυτές έχουν στη διαχείριση και την πορεία της ασθένειας, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί η σχέση των δύο μεταβλητών με τις στρατηγικές αντιμετώπισης. Μέχρι αυτή τη στιγμή, δεν έχει διενεργηθεί καμία έρευνα που να διερευνά την επίδραση της προσκόλλησης και της νοσηματοποίησης στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του ρόλου της προσκόλλησης και της νοσηματοποίησης (αναστοχαστική λειτουργία) σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες στις ΙΦΝΕ. Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν είναι οι εξής:

- Αν θα υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ατόμων με νόσο του Crohn και των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα ως προς την προσκόλληση (άγχος – μη άγχος και ασφάλεια – αποφυγή) και τον τύπο αυτής (ασφαλής – μη ασφαλής), την αναστοχαστική λειτουργία (βεβαιότητα – αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης) και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες (στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος, στην αξιολόγηση του προβλήματος και στην αναζήτηση συναισθηματική υποστήριξης, στρατηγικές άρνησης/αποφυγής).
- Αν οι ατομικές διαφορές στις στρατηγικές διαχείρισης (στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος, στην αξιολόγηση του προβλήματος και στην αναζήτηση συναισθηματική υποστήριξης, στρατηγικές άρνησης/αποφυγής) θα ερμηνευόταν από τις τιμές της προσκόλλησης (άγχος – μη άγχος και ασφάλεια – αποφυγή) και της αναστοχαστικής λειτουργίας (βεβαιότητα – αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης), αφού θα σταθμιζόταν η επίδραση των δημογραφικών και των σχετικών με την υγεία χαρακτηριστικών.

Κεφάλαιο 6: Μέθοδος

6.1 Δείγμα

Στην έρευνα, συμμετείχαν συνολικά 132 άτομα, 90 γυναίκες και 42 άνδρες, που έχουν διαγνωστεί με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Για τη στρατολόγηση των συμμετεχόντων, χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), η οποία είναι μια μη πιθανοτική μορφή δειγματοληψίας (Martínez-Mesa, González-Chica, Duquia et al., 2016). Για την επιλογή της συγκεκριμένη μεθόδου, λήφθηκε υπόψη η προσβασιμότητα του ερευνητή στον υπό διερεύνηση πληθυσμό, καθώς και το γεγονός ότι δεν μπορούσε να προσδιοριστεί το σύνολο του πληθυσμού (Stratton, 2021), αφού στην Ελλάδα δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή των ατόμων με ΙΦΝΕ. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, καθώς οι συμμετέχοντες ήταν ελεύθεροι να επιλέξουν να συμμετάσχουν χωρίς καμία πίεση ή εξαναγκασμό. Οι προϋποθέσεις συμμετοχής των υποκειμένων στην έρευνα ήταν να έχουν διαγνωστεί με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (Ελκώδης Κολίτιδα, Νόσο του Crohn ή απροσδιόριστο ΙΦΝΕ), να είναι τουλάχιστον 18 ετών, να γνωρίζουν Ελληνικά και να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους στην έρευνα αφού ενημερωθούν για τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας καθώς και επεξεργασίας των δεδομένων.

6.2 Υλικό

Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος που περιλάμβανε ερωτήσεις για την ηλικία, το φύλο, την ύπαρξη τέκνων, την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τη διάγνωση, την ηλικία διάγνωσης και τη μορφή θεραπείας. Η δραστηριότητα της νόσου, αξιολογήθηκε με τον δείκτη Harvey-Bradshaw Index (HBI) και τον Απλό Δείκτη Δραστηριότητας της Ελκώδους Κολίτιδας (Simple Colitis Activity Index-SCAI) για τους ασθενείς με νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα, αντίστοιχα. Στο δείκτη Harvey-Bradshaw Index (HBI), μια βαθμολογία μικρότερη του 5 δηλώνει υποτροπή της

νόσου, από 5 έως 7 ήπια δραστηριότητα, από 8 έως 16 μέτρια δραστηριότητα και πάνω από 16 σοβαρή δραστηριότητα (Harvey & Bradshaw, 1980; Sandborn, Feagan, Hanauer et al., 2002). Ο Απλός Δείκτης Δραστηριότητας της Ελκώδους Κολίτιδας (Simple Colitis Activity Index- SCAI), κατηγοριοποιεί τους ασθενείς σε δύο κατηγορίες, αυτούς με ανενεργή νόσο και βαθμολογία μικρότερη του 5 και αυτούς με ενεργή νόσο, με βαθμολογία μεγαλύτερη του 5 Bennebroek Evertsz', Nieuwkerk, Stokkers et al., 2013).

Η αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης της ασθένειας, πραγματοποιήθηκε με το ερωτηματολόγιο Brief COPE (Carver, 1997) που αποτελεί τη σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου Coping Orientation to Problems Experienced (COPE) (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), ενός από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης (Kato, 2015). Το Brief COPE βασίζεται σε αναγνωρισμένα θεωρητικά μοντέλα, όπως είναι το συναλλακτικό μοντέλο άγχους του Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) και το μοντέλο αυτορρύθμισης συμπεριφοράς των Carver, Scheier και Weintraub (1989). Η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου σχεδιάστηκε για να είναι ευκολότερη η χρήση του, λόγω του μειωμένου χρόνου που απαιτείται για τη συμπλήρωσή του. Το Brief COPE έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά χρησιμοποιώντας κοινοτικά δείγματα από την Ελλάδα και την Κύπρο (Kapsou, Demetriou, Panayiotou & Kokkinos, 2008; Kapsou, Panayiotou, Kokkinos & Demetriou, 2010). Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα πολυδιάστατο μέτρο αξιολόγησης και περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται σε μια τετραβάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από το «Συνήθως δεν ενεργώ με αυτόν τον τρόπο» έως το «Συνήθως ενεργώ με αυτόν τον τρόπο πολύ».

Η αρχική παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου, περιλάμβανε 14 παράγοντες, δηλαδή στρατηγικές αντιμετώπισης, ενώ άλλες έρευνες έχουν εντοπίσει από δύο έως 15 παράγοντες (Solberg, Gridley & Peters, 2022). Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκε η προσέγγιση των Terry και Hynes (1998) με τέσσερις ευρείες στρατηγικές αντιμετώπισης που συμπεριλαμβάνουν τις: 1) στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος, τις 2) στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος, τις 3) στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής στήριξης και τις 4) στρατηγικές αποφυγής ή άρνησης. Η υποκλίμακα στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος

αποτελείται από 6 ερωτήματα ($\alpha = ,655$), η υποκλίμακα στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος από 6 ερωτήματα ($\alpha = ,833$), η υποκλίμακα στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής στήριξης από 6 ερωτήματα ($\alpha = ,712$) και τέλος η υποκλίμακα στρατηγικές αποφυγής ή άρνησης από 10 ερωτήματα ($\alpha = ,589$). Όλες οι υποκλίμακες, παρουσιάζουν αποδεκτή ($\alpha > ,50$) έως καλή αξιοπιστία ($\alpha > ,80$), όπως εκτιμήθηκε μέσω του συντελεστή Cronbach alpha στο δείγμα της έρευνας.

Για την αξιολόγηση της αναστοχαστικής λειτουργίας, χρησιμοποιήθηκε η πιο πρόσφατη έκδοση του Ερωτηματολογίου Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) των Fonagy και συνεργατών (2016). Το RFQ είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς οκτώ ερωτήσεων που αναπτύχθηκε για να συλλάβει την αναστοχαστική λειτουργία γενικά. Αυτό σημαίνει πως δεν αποσκοπεί στην σύλληψη των διαφορετικών διαστάσεων της νοηματοδότησης, ούτε στοχεύει στην σύλληψη της διαδικασίας της νοηματοδότησης, όπως αυτή εκτυλίσσεται στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Luyten, Malcorps, Fonagy & Ensink, 2019). Έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, ενώ ακολουθεί το μοντέλο δύο παραγόντων του αρχικού ερωτηματολογίου (Griva, Pomini, Gournellis et al., 2020). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο υποκλίμακες που περιλαμβάνουν την: 1) «Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης» και 2) «Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης». Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε μια επταβάθμια κλίμακα Likert, η οποία περιέχει απαντήσεις που κυμαίνονται από το 1 (Διαφωνώ Απολύτως) έως το 7 (Συμφωνώ απολύτως). Η υποκλίμακα «Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης» μετρά τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο είναι σίγουρο για τις νοητικές καταστάσεις και σχετίζεται με την υπέρ-νοητικοποίηση, ενώ αξιολογείται από το πόσο διαφωνεί με δηλώσεις όπως είναι για παράδειγμα η δήλωση «*Το πώς σκέφτονται οι άλλοι είναι για μένα ένα μυστήριο*». Η δήλωση των των 7 σημείων βαθμολογείται εκ νέου (3, 2, 1, 0, 0, 0, 0 με 3 = διαφωνώ έντονα) με τέτοιο τρόπο, ώστε η συμφωνία σε οποιοδήποτε βαθμό ή μια ουδέτερη απάντηση, να δείχνει βέλτιστη αναστοχαστική λειτουργία, δηλαδή ότι το άτομο έχει συνείδηση της «αδιαφάνειας» των ψυχικών καταστάσεων, ενώ η έντονη διαφωνία αντικατοπτρίζει την υπερ-νοητικοποίηση. Αντιθέτως, η υποκλίμακα «Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης» αφορά στην αβεβαιότητα σχετικά με τις νοητικές καταστάσεις και αξιολογείται από το βαθμό στον οποίο ένα άτομο συμφωνεί με δηλώσεις, όπως είναι για παράδειγμα η δήλωση

«Μερικές φορές κάνω πράγματα χωρίς να ξέρω πραγματικά γιατί». Βαθμολογείται εκ νέου (0, 0, 0, 0, 1, 2, 3, με 3 = συμφωνώ απόλυτα), με τις υψηλές βαθμολογίες να αντιπροσωπεύουν την υπό-νοητικοποίηση και τις χαμηλότερες βαθμολογίες να αντιπροσωπεύουν τη βέλτιστη αναστοχαστική λειτουργία. Επί του παρόντος, δεν έχουν καθιερωθεί κλινικά όρια για τις δύο υποκλίμακες του RFQ. Η υποκλίμακα «Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης» αποτελείται από 6 ερωτήματα ($\alpha = ,835$) καθώς και η υποκλίμακα «Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης» ($\alpha = ,821$). Οι δύο υποκλίμακες, παρουσιάζουν καλή αξιοπιστία ($\alpha > ,80$), όπως εκτιμήθηκε μέσω του συντελεστή Cronbach alpha στο δείγμα της έρευνας.

Για την αξιολόγηση της προσκόλλησης, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI), των Brennan και συνεργατών (1998). Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τον τύπο δεσμού σε δύο διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση, είναι το «άγχος» για εγκατάλειψη, που σχετίζεται με το φόβο εγκατάλειψης από τους ερωτικούς συντρόφους, την υπερεπαγρύπνηση για σημάδια απόρριψης και το θυμό για τους χωρισμούς. Η δεύτερη διάσταση, είναι η «αποφυγή» εγγύτητας/οικειότητας, η οποία σχετίζεται με την απροθυμία του ατόμου να δημιουργήσει στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Το ερωτηματολόγιο, αποτελείται από δύο κλίμακες, όπου η πρώτη αφορά το άγχος που σχετίζεται με την προσκόλληση και η δεύτερη την αποφυγή που σχετίζεται με την προσκόλληση. Κάποιες από τις δηλώσεις της κλίμακας άγχος είναι για παράδειγμα: «Ανησυχώ στην ιδέα ότι μπορεί να με εγκαταλείψουν», «Χρειάζομαι συχνά επιβεβαίωση από τον σύντροφό μου ότι με αγαπάει» και «Έχω διαπιστώσει ότι οι σύντροφοί μου δεν θέλουν να έρθουν τόσο κοντά μου όσο εγώ θα ήθελα». Κάποιες από τις δηλώσεις της κλίμακας αποφυγής είναι «Προτιμώ να μη δείχνω στον σύντροφό μου τι πραγματικά νοιώθω», «Αισθάνομαι άβολα, όταν οι ερωτικοί σύντροφοι με πλησιάζουν πάρα πολύ» και «Προτιμώ να μην δένομαι συναισθηματικά με τους ερωτικούς συντρόφους». Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τη συμφωνία τους με κάθε δήλωση, σε μια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το 1 (Διαφωνώ Απολύτως) έως το 5 (Συμφωνώ απολύτως). Οι δύο διαστάσεις, αντιστοιχούν εννοιολογικά στο μοντέλο του εαυτού και το μοντέλο του άλλου του Bartholomew (1990; Bartholomew & Horowitz 1991) και αποτελούν τη βάση των τεσσάρων τύπων προσκόλλησης που πρότεινε: α) ασφαλής (secure), β) εμμονικός/αμφιθυμικός

(preoccupied), γ) απορριπτικός-αποφευκτικός (dismissive-avoidant) και δ) φοβικός-αποφευκτικός (fearful-avoidant). Η Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI), έχει μεταφραστεί στα και προσαρμοστεί στα Ελληνικά με ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, ενώ εμφανίζει και υψηλή συσχέτιση με άλλες κλίμακες αξιολόγησης των διαπροσωπικών σχέσεων (Kafetsios, 2002; Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2002). Η υποκλίμακα του «άγχους» αποτελείται από 19 δηλώσεις ($\alpha = ,926$) και η υποκλίμακα «αποφυγή» από 17 δηλώσεις ($\alpha = ,891$). Οι δύο υποκλίμακες, παρουσιάζουν πολύ καλή αξιοπιστία ($\alpha > ,80$), όπως εκτιμήθηκε μέσω του συντελεστή Cronbach alpha στο δείγμα της έρευνας.

6.3 Διαδικασία

Για τη συλλογή των δεδομένων, υπήρξε επικοινωνία με τον Σύλλογο Ατόμων με νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Ελλάδας (HELLESCC), ο οποίος αποτελεί το μεγαλύτερο φορέα στην Ελλάδα που εκπροσωπεί τους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Στη συνέχεια, ενημερώθηκε ένα μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου για τον σκοπό της έρευνας, όπου και εγκρίθηκε ο διαμοιρασμός του ερωτηματολογίου στα μέλη-ασθενείς του Συλλόγου σε όλη την Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο εστάλη μέσω ηλεκτρονικής φόρμας στο Σύλλογο, ο οποίος ανέλαβε την προώθησή του στα μέλη του. Στο εισαγωγικό μέρος του ερωτηματολογίου, αναφερόταν ο σκοπός της έρευνας, οι αρχές δεοντολογίας και η εθελοντική συμμετοχή των συμμετεχόντων. Για τη συμμετοχή των υποκειμένων στην έρευνα, απαιτούνταν η ενήμερη συγκατάθεσή τους. Στο εισαγωγικό μέρος της έρευνας, αναγράφονταν επίσης τα στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή. Η διαδικασία δειγματοληψίας, ολοκληρώθηκε όταν παρήλθε ένα συγκεκριμένο χρονικό όριο (χρονικός κορεσμός) (Martínez-Mesa et al., 2016). Πριν την αποστολή του ερωτηματολογίου, είχε πραγματοποιηθεί πιλοτικός έλεγχος του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου σε 10 άτομα, προκειμένου να γίνουν ενδεχόμενες διορθώσεις στη διαμόρφωση των ερωτήσεων, ώστε να είναι περισσότερο φιλικές ως προς το χρήστη (Thomas, 2004).

Κεφάλαιο 7: Αποτελέσματα

7.1. Περιγραφική ανάλυση κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Το σύνολο του δείγματος ανήλθε στα 132 άτομα, εκ των οποίων οι 90 ήταν γυναίκες (68,2%) και οι 42 ήταν άνδρες (31,8%) με μέση ηλικία τα 44 έτη. Οι 79 συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι (59,8%), οι 33 ήταν άγαμοι (33%), οι 18 διαζευγμένοι (13,6%) και 2 χήροι (1,5%). Περίπου το 1/3 των συμμετεχόντων είχε τέκνα (65,2%). Οι μισοί από τους συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, οι 33 απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου (25%), οι 21 είχαν πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές (15,9%) και οι 12 είχαν μεταλυκειακή εκπαίδευση (9,1%). Οι 27 συμμετέχοντες ήταν άνεργοι (20,5%), οι 30 ήταν συνταξιούχοι (22,7%), οι 21 αυτοαπασχολούμενοι (15,9%), οι 24 ιδιωτικοί υπάλληλοι (18,%) και τέλος οι 30 ήταν δημόσιοι υπάλληλοι (22,7%).

Πίνακας 1

Περιγραφικοί Δείκτες των Κοινωνικο-Δημογραφικών Χαρακτηριστικών του Δείγματος

Μεταβλητή	<i>n</i>	%
Φύλο		
Θήλυ	90	68,2
Άρρεν	42	31,8
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος/η	33	25
Έγγαμος/η	79	59,8
Διαζευγμένος/η	18	13,6
Χήρος/α	2	1,5
Τέκνα		
Ναι	86	65,2
Όχι	46	34,8
Εκπαιδευτικό Επίπεδο		
Γυμνάσιο/Λύκειο	33	25

Μεταλυκειακή Εκπαίδευση	12	9,1
ΑΕΙ/ΤΕΙ	66	50
Μεταπτυχιακές Σπουδές	21	15,9
Επαγγελματική Κατάσταση		
Άνεργος/η	27	20,5
Συνταξιούχος	30	22,7
Αυτοαπασχολούμενος/η	21	15,9
Ιδιωτικός/ή Υπάλληλος	24	18,2
Δημόσιος Υπάλληλος	30	22,7

7.2. Περιγραφική ανάλυση χαρακτηριστικών της νόσου

Οι 84 από τους συμμετέχοντες είχαν διαγνωστεί με νόσο του Crohn (63,6%), οι 42 με ελκώδη κολίτιδα (31,2%) και 6 με αταξινόμητη ΙΦΝΕ (4,5%). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων λάμβανε φαρμακευτική αγωγή (68,2%), οι 30 λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση (22,7%), οι 3 είχαν υποβληθεί μόνο σε χειρουργική επέμβαση (2,3%) και 9 συμμετέχοντες δε λάμβαναν κάποιου είδους θεραπεία (6,8%).

Πίνακας 2

Περιγραφικοί Δείκτες Διάγνωσης και Θεραπείας

Μεταβλητή	n	%
Διάγνωση		
Ελκώδης Κολίτιδα	42	31,2
Νόσος του Crohn	84	63,6
Αταξινόμητη ΙΦΝΕ	6	4,5
Θεραπεία		
Φαρμακευτική Αγωγή	90	68,2
Χειρουργική Επέμβαση	3	2,3

Όλα τα παραπάνω	30	22,7
Καμία θεραπεία	9	6,8

Στον Πίνακα 3, παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν τα 32,14 έτη. Η μέση τιμή του Δείκτη Δραστηριότητας Ελκώδους Κολίτιδας (SCAI) ήταν 7,58, μια βαθμολογία που υποδηλώνει ενεργότητα της νόσου (βαθμολογία SCAI \geq 5). Η μέση τιμή του Δείκτη Δραστηριότητας Νόσου Crohn (Harvey- Bradshaw (HBI) ήταν 5,92, μια βαθμολογία που υποδηλώνει ήπια ενεργότητα της νόσου (βαθμολογία HBI = 5-7).

Πίνακας 3

Περιγραφικοί Δείκτες Δραστηριότητας της Νόσου

Μεταβλητή	n	M.T	T.A	Εύρος
Ηλικία Διάγνωσης	132	32,14	12,32	
Δείκτης SCAI	48	7,58	4,51	0-15
Δείκτης Harvey- Bradshaw (HBI)	84	5,92	3,23	0-18

7.3 Περιγραφική ανάλυση στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου

Στον Πίνακα 4, παρουσιάζονται περιγραφικά στοιχεία σχετικά με τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες για την αντιμετώπιση της νόσου. Η μέση τιμή των Στρατηγικών που είναι εστιασμένες στην αξιολόγηση προβλήματος ήταν 17,72 (T.A. = 4,36), για τις Στρατηγικές αποφυγής/άρνησης ήταν 16,21 (T.A. = 3,57), για τις Στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην επίλυση προβλήματος 16,05 (T.A. = 3,28) και για τις Στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης 12,81 (T.A. = 3,94).

Πίνακας 4

Περιγραφικοί Δείκτες Στρατηγικών Αντιμετώπισης της Νόσου

Μεταβλητή	n	M.T	T.A	Εύρος
-----------	---	-----	-----	-------

Στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση προβλήματος	132	16,05	3,28	6-24
Στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση προβλήματος	132	17,72	4,36	6-24
Στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης	132	12,81	3,94	6-24
Στρατηγικές αποφυγής/άρνησης	132	16,21	3,57	6-24

7.4 Περιγραφική ανάλυση τύπου δεσμού

Στον Πίνακα 5, παρουσιάζονται περιγραφικά στοιχεία σχετικά με τον τύπο δεσμού των συμμετεχόντων. Η πλειονότητα του δείγματος έχει ασφαλή δεσμό (61,4%) ενώ 51 άτομα (38,6%) έχει ανασφαλή τύπο δεσμού. Αναλυτικότερα, οι 24 συμμετέχοντες είχαν Μη ασφαλή - Εμμονικό/Αμφιθυμικό τύπο δεσμού (18,2%), οι 12 Μη ασφαλή – Απορριπτικό/Αποφευκτικό τύπο δεσμού (9,1%) και οι 15 είχαν Μη ασφαλή – Φοβικό/Αποφευκτικό τύπο δεσμού (11,4%).

Πίνακας 5

Περιγραφικοί Δείκτες Τύπου Δεσμού

Μεταβλητή	<i>n</i>	%
Ασφαλής	81	61,4
Σύνολο Ασφαλούς Τύπου Δεσμού	51	38,6
Μη ασφαλής - Εμμονικός/Αμφιθυμικός	24	18,2
Μη ασφαλής – Απορριπτικός/ Αποφευκτικός	12	9,1
Μη ασφαλής – Φοβικός/Αποφευκτικός	15	11,4
Σύνολο Ανασφαλούς Τύπου Δεσμού	51	38,6

Στον Πίνακα 6, παρουσιάζονται περιγραφικά στοιχεία σχετικά με τις δύο διαστάσεις της προσκόλλησης. Η μέση τιμή της βαθμολογίας του Άγχους ήταν 2,50 (T.A = ,90) και η μέση τιμή της Αποφυγής ήταν 2,30 (T.A = ,80).

Πίνακας 6

Περιγραφικοί Δείκτες Άγχους και Αποφυγής στις Διαπροσωπικές Σχέσεις

Μεταβλητή	n	M.T	T.A	Εύρος
Άγχος	132	2,50	,90	1-5
Αποφυγή	132	2,30	,80	1-5

7.5 Περιγραφική ανάλυση αναστοχαστικής λειτουργίας

Στον Πίνακα 7, παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το εύρος των τιμών σχετικά με τις διαστάσεις της αναστοχαστικής λειτουργίας των συμμετεχόντων. Η μέση τιμή της βαθμολογίας της Βεβαιότητας Ψυχικής Κατάστασης ήταν 1,21 (T.A = ,92) και η μέση τιμή της Αβεβαιότητα Ψυχικής Κατάστασης ήταν 0,80 (T.A = ,80).

Πίνακας 7

Περιγραφικοί Δείκτες Αναστοχαστικής Λειτουργίας

Μεταβλητή	n	M.T	T.A	Εύρος
Βεβαιότητα Ψυχικής Κατάστασης	132	1,21	,92	1-5
Αβεβαιότητα Ψυχικής κατάστασης	132	,80	,80	1-5

7.6 Συγκριτική ανάλυση ψυχολογικών χαρακτηριστικών κατά διαγνωστική κατηγορία

Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες με βάση τη διάγνωση, αφού εξαιρέθηκαν τα 6 άτομα με αταξινόμητη ΙΦΝΕ. Η στατιστική δοκιμασία t-test για ανεξάρτητα δείγματα εφαρμόστηκε για να εξεταστούν οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε όλες τις υποκλίμακες των ερωτηματολογίων, που αφορούσαν στις στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου, την αναστοχαστική λειτουργία και την προσκόλληση. Τα αποτελέσματα του ελέγχου, παρουσιάζονται στον Πίνακα 8. Οι συμμετέχοντες με Ελκώδη κολίτιδα (Μ.Τ = 16,98, Τ.Α = 2,99) είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος ($t = 2,354, p = ,020$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με νόσο του Crohn (Μ.Τ = 15,51, Τ.Α = 3,43). Επίσης, οι συμμετέχοντες με Ελκώδη κολίτιδα (Μ.Τ = 17,45, Τ.Α = 4,03) είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις στρατηγικές Αποφυγής/Άρνησης ($t = 2,893, p = ,005$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με νόσο του Crohn (Μ.Τ = 15,39, Τ.Α = 3,17). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις υπόλοιπες μεταβλητές.

Πίνακας 8

Συγκριτική Ανάλυση Ψυχολογικών Χαρακτηριστικών κατά διαγνωστική κατηγορία

	Ελκώδης κολίτιδα		Νόσος Crohn		t	p
	n = 42		n = 84			
	M.T	T.A	M.T	T.A		
Στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση προβλήματος	16,98	2,99	15,51	3,43	2,354	,020
Στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση προβλήματος	18,29	4,50	17,24	4,32	1,264	,209
Στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης	12,98	4,14	12,89	3,90	,111	,912
Στρατηγικές αποφυγής/άρνησης	17,45	4,03	15,39	3,17	2,893	,005

Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	1,27	1,04	1,26	,84	,064	,949
Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	,86	,73	,71	,79	1,032	,304
Άγχος – Μη άγχος	2,39	,62	2,48	,97	-,625	,533
Αποφυγή - Ασφάλεια	2,37	,95	2,28	,74	,564	,573

7.7 Συγκριτική ανάλυση δημογραφικών και σχετικών με την υγεία χαρακτηριστικών κατά διαγνωστική κατηγορία

Χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία Pearson χ^2 , για να διερευνηθούν οι διαφορές στις κατηγορικές μεταβλητές μεταξύ των δύο διαγνωστικών κατηγοριών, αφού εξαιρέθηκαν τα 6 άτομα με αταξινόμητη ΙΦΝΕ. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας έδειξαν πως υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη θεραπεία ($\chi^2 (3, N = 126) = 21,279, p = ,000$).

Πίνακας 9

Συγκριτική Ανάλυση Δημογραφικών και Σχετικών με την Υγεία Χαρακτηριστικών κατά Διαγνωστική Κατηγορία

Μεταβλητή	Ελκώδης Κολίτιδα (n)	Νόσος του Crohn (n)	Pearson's χ^2
Φύλο			$\chi^2 (1) = 2,571$
Θήλυ	24	60	$p = ,109$
Άρρεν	18	24	$N = 126$
Οικογενειακή Κατάσταση			
Άγαμος/η	9	18	$\chi^2 (3) = 4,016$
Έγγαμος/η	30	49	$p = ,260$
Διαζευγμένος/η	3	15	$N = 126$
Χήρος/α	0	2	

Τέκνα			$\chi^2 (1) = 3,095$
Ναι	33	53	$p = ,079$
Όχι	9	31	$N = 126$
Εκπαιδευτικό Επίπεδο			
Γυμνάσιο/Λύκειο	15	18	$\chi^2 (3) = 6,060$
Μεταλυκειακή Εκπαίδευση	3	9	$p = ,109$
ΑΕΙ/ΤΕΙ	21	39	$N = 126$
Μεταπτυχιακές Σπουδές	3	18	
Επαγγελματική Κατάσταση			
Άνεργος/η	12	12	$\chi^2 (4) = 7,393$
Συνταξιούχος	9	21	$p = ,117$
Αυτοαπασχολούμενος/η	6	15	$N = 126$
Ιδιωτικός/ή Υπάλληλος	3	18	
Δημόσιος Υπάλληλος	12	18	
Θεραπεία			
Φαρμακευτική Αγωγή	36	48	$\chi^2 (3) = 21,279$
Χειρουργική Επέμβαση	3	0	$p = ,000$
Όλα τα παραπάνω	3	27	$N = 126$
Καμία θεραπεία	0	9	
Τύπος Δεσμού			$\chi^2 (1) = ,151$
Ασφαλής δεσμός	27	51	$p = ,697$
Ανασφαλής δεσμός	15	33	$N = 126$

7.8 Συσχετίσεις μεταβλητών

7.8.1 Συσχετίσεις κοινωνιοδημογραφικών μεταβλητών με χαρακτηριστικά της νόσου

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων με τη στατιστική δοκιμασία Pearson Correlation, για να διερευνηθεί η συσχέτιση των κοινωνιοδημογραφικών μεταβλητών με

χαρακτηριστικά της νόσου. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας, παρουσιάζονται στον Πίνακα 10. Η διάγνωση, σχετίζεται αρνητικά με το φύλο ($r = -,198, p < ,05$) και τα τέκνα ($r = -,282, p < ,01$), ενώ σχετίζεται θετικά με το μορφωτικό επίπεδο ($r = ,197, p < ,05$). Η ηλικία διάγνωσης, σχετίζεται θετικά με την ηλικία ($r = ,746, p < ,01$), την οικογενειακή κατάσταση ($r = ,241, p < ,01$) και τα τέκνα ($r = ,261, p < ,01$). Ο Δείκτης Δραστηριότητας Ελκώδους Κολίτιδας (SCAI), σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία ($r = -,369, p < ,01$), την οικογενειακή κατάσταση ($r = -,525, p < ,01$), τα τέκνα ($r = -,505, p < ,01$), το μορφωτικό επίπεδο ($r = -,618, p < ,01$) και την επαγγελματική κατάσταση ($r = -,468, p < ,01$). Τέλος, ο Δείκτης Δραστηριότητας Νόσου Crohn (HBI), σχετίζεται θετικά με τα τέκνα ($r = ,264, p < ,05$).

Πίνακας 10

Συσχετίσεις Κοινωνιοδημογραφικών Μεταβλητών με Χαρακτηριστικά της Νόσου

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Φύλο	1										
2. Ηλικία	-,028	1									
3. Οικογενειακή κατάσταση	- ,282**	,403**	1								
4. Τέκνα	-,149	,453**	,699**	1							
5. Μορφωτικό επίπεδο	-,108	-,018	,158	,018	1						
6. Επαγγελματική κατάσταση	-,033	-,028	-,008	-,022	,452**	1					
7. Διάγνωση	-,198*	-,138	-,064	- ,282**	,197*	,029	1				
8. Ηλικία διάγνωσης	-,054	,746**	,241**	,261**	-,091	-,147	-,008	1			
9.Θεραπεία	,068	-,210*	,049	-,117	,133	,060	,211*	-,466**	1		
10. Δείκτης Δραστηριότητας Ελκώδους Κολίτιδας	,207	- ,369**	- ,525**	- ,505**	- ,618**	- ,468**	a	-,072	,281	1	
11. Δείκτης Δραστηριότητας Νόσου Crohn	,098	-,051	,112	,264*	,185	,005	a	-,002	-,004	a	1

a. Δεν υπολογίζεται

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

7.8.2 Συσχετίσεις κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τις στρατηγικές αντιμετώπισης

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων με τη στατιστική δοκιμασία Pearson Correlation, για να διερευνηθεί η συσχέτιση των κοινωνιοδημογραφικών μεταβλητών με

τις στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 11. Οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά με την ηλικία ($r = -.294, p < .01$), την οικογενειακή κατάσταση ($r = -.225, p < .01$) και τα τέκνα ($r = -.384, p < .01$), ενώ σχετίστηκαν θετικά με την επαγγελματική κατάσταση ($r = .184, p < .05$). Οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά με την ηλικία ($r = -.269, p < .01$) και τα τέκνα ($r = -.223, p < .05$), ενώ σχετίστηκαν θετικά με το φύλο ($r = .182, p < .05$). Οι στρατηγικές που εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά με την ηλικία ($r = -.182, p < .05$), ενώ σχετίστηκαν θετικά με το φύλο ($r = .186, p < .05$) και τα τέκνα ($r = .186, p < .01$). Τέλος, οι στρατηγικές αποφυγής/άρνησης, συσχετίστηκαν θετικά με το μορφωτικό επίπεδο ($r = .400, p < .01$).

Πίνακας 11

Συσχετίσεις Κοινωνιοδημογραφικών Μεταβλητών με Στρατηγικές Αντιμετώπισης της Νόσου

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Φύλο	1									
2. Ηλικία	-.028	1								
3. Οικογενειακή κατάσταση	-.282**	.403**	1							
4. Τέκνα	-.149	.453**	.699**	1						
5. Μορφωτικό επίπεδο	-.108	-.018	.158	.018	1					
6. Επαγγελματική κατάσταση	-.033	-.028	-.008	-.022	.452**	1				
7. Στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση προβλήματος	.155	-.294**	-.225**	-.384**	.127	.184*	1			
8. Στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση προβλήματος	.182*	-.269**	-.116	-.223*	-.019	.048	.637**	1		
9. Στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση	.186*	-.182*	-.029	-.116	.342**	.021	.520**	.256**	1	

συναισθηματικής υποστήριξης										
10.Στρατηγικές αποφυγής/άρνησης	-.091	.032	-.012	.017	.400**	.135	.215*	.079	.286**	1

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

7.8.3 Συσχετίσεις χαρακτηριστικών της νόσου και στρατηγικών αντιμετώπισης

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων με τη στατιστική δοκιμασία Pearson Correlation, για να διερευνηθεί η συσχέτιση των χαρακτηριστικών της νόσου των συμμετεχόντων με τις στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 12. Οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος, βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με τον Δείκτη Δραστηριότητας της Νόσου Crohn (HBI) ($r = ,452$, $p < ,01$). Οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος, βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά με τη διάγνωση ($r = - ,198$, $p < ,05$) και το Δείκτη Δραστηριότητας Ελκώδους Κολίτιδας (SCAI) ($r = -,282$, $p < ,01$), ενώ συσχετίστηκαν θετικά με τον Δείκτη Δραστηριότητας της Νόσου Crohn (HBI) ($r = ,197$, $p < ,05$). Οι στρατηγικές που εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με την ηλικία διάγνωσης ($r = ,746$, $p < ,01$), τη θεραπεία ($r = ,241$, $p < ,01$) και το Δείκτη Δραστηριότητας Ελκώδους Κολίτιδας (SCAI) ($r = ,261$, $p < ,01$). Τέλος, οι στρατηγικές αποφυγής/άρνησης, βρέθηκαν να σχετίζονται αρνητικά με την ηλικία διάγνωσης ($r = -,210$, $p < ,05$).

Πίνακας 12

Συσχετίσεις Χαρακτηριστικών της Νόσου και Στρατηγικών Αντιμετώπισης

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Διάγνωση	1								
2. Ηλικία διάγνωσης	-.028	1							
3.Θεραπεία	-.282**	.403**	1						
4. Δείκτης Δραστηριότητας Ελκώδους Κολίτιδας	-,149	.453**	.699**	1					

5. Δείκτης Δραστηριότητας Νόσου Crohn	-,108	-,018	,158	,018	1				
6.Στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση προβλήματος	-,033	-,028	-,008	-,022	,452**	1			
7.Στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση προβλήματος	-,198*	-,138	-,064	-,282**	,197*	,029	1		
8.Στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης	-,054	,746**	,241**	,261**	-,091	-,147	-,008	1	
9.Στρατηγικές αποφυγής/άρνησης	,068	-,210*	,049	-,117	,133	,215*	,079	,286**	1

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

7.8.4 Συσχετίσεις κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών με την αναστοχαστική λειτουργία

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων με τη στατιστική δοκιμασία Pearson Correlation, για να διερευνηθεί η συσχέτιση των κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών με την αναστοχαστική λειτουργία. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας, παρουσιάζονται στον Πίνακα 13. Η βεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης, σχετίζεται αρνητικά με το μορφωτικό επίπεδο ($r = -,306$, $p < ,01$) και την επαγγελματική κατάσταση ($r = -,182$, $p < ,05$). Η αβεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης, σχετίζεται θετικά με την ηλικία ($r = ,264$, $p < ,01$) και το μορφωτικό επίπεδο ($r = -,213$, $p < ,05$).

Πίνακας 13

Συσχετίσεις Κοινωνιοδημογραφικών Χαρακτηριστικών με την Αναστοχαστική Λειτουργία

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Φύλο	1							
2. Ηλικία	-,028	1						

3. Οικογενειακή κατάσταση	-,282**	,403**	1					
4. Τέκνα	-,149	,453**	,699**	1				
5. Μορφωτικό επίπεδο	-,108	-,018	,158	,018	1			
6. Επαγγελματική κατάσταση	-,033	-,028	-,008	-,022	,452**	1		
7. Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	-,154	-,042	,129	,048	-,306**	-,182*	1	
8. Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	,118	,264**	,079	,094	,213*	,068	-,592**	1

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

7.8.5 Συσχετίσεις των χαρακτηριστικών της νόσου με την αναστοχαστική λειτουργία

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων με τη στατιστική δοκιμασία Pearson Correlation, για να διερευνηθεί η συσχέτιση των χαρακτηριστικών της νόσου με την αναστοχαστική λειτουργία. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας, παρουσιάζονται στον Πίνακα 14. Η αβεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης, σχετίζεται θετικά με την ηλικία διάγνωσης ($r = ,178$, $p < ,05$) και αρνητικά με το Δείκτη Δραστηριότητας Ελκώδους Κολίτιδας (SCAI) ($r = -,365$, $p < ,01$).

Πίνακας 14

Συσχετίσεις Χαρακτηριστικών της Νόσου με την Αναστοχαστική Λειτουργία

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7
1. Διάγνωση	1						
2. Ηλικία διάγνωσης	-,028	1					
3. Θεραπεία	-,282**	,403**	1				
4. Δείκτης Δραστηριότητας Ελκώδους Κολίτιδας	-,149	,453**	,699**	1			
5. Δείκτης Δραστηριότητας Νόσου Crohn	-,108	-,018	,158	,018	1		
6. Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	-,134	-,061	,129	,225	-,134	1	

7.Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	,058	,178*	-,039	-,365*	-,034	-,592**	1
-------------------------------------	------	-------	-------	--------	-------	---------	---

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

7.8.6 Συσχετίσεις των κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών με το είδος δεσμού

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων με τη στατιστική δοκιμασία Pearson Correlation, για να διερευνηθεί η συσχέτιση των κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών με το είδος του δεσμού. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας, παρουσιάζονται στον Πίνακα 15. Η μεταβλητή του άγχους, σχετίζεται αρνητικά με την οικογενειακή κατάσταση ($r = -.293$, $p < .01$) και τα τέκνα ($r = -.190$, $p < .05$), ενώ σχετίζεται θετικά με το μορφωτικό επίπεδο ($r = .266$, $p < .01$). Η μεταβλητή της αποφυγής, σχετίζεται θετικά με την επαγγελματική κατάσταση ($r = .249$, $p < .01$).

Πίνακας 15

Συσχετίσεις Κοινωνιοδημογραφικών Χαρακτηριστικών με τον Τύπο Δεσμού

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Φύλο	1								
2. Ηλικία	-,028	1							
3. Οικογενειακή κατάσταση	-,282**	,403**	1						
4. Τέκνα	-,149	,453**	,699**	1					
5. Μορφωτικό επίπεδο	-,108	-,018	,158	,018	1				
6.Επαγγελματική κατάσταση	-,033	-,028	-,008	-,022	,452**	1			
7.Άγχος	,060	-,056	-,293**	-,190*	,266**	,058	1		
8.Αποφυγή	,000	-,107	-,125	-,129	,119	,249**	,555**	1	
9.Ασφαλής – Μη ασφαλής δεσμός	,059	-,118	-,018	-,007	,287**	,032	,733**	,684**	1

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

7.8.7 Συσχετίσεις των χαρακτηριστικών της νόσου και του είδους δεσμού

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων με τη στατιστική δοκιμασία Pearson Correlation, για να διερευνηθεί η συσχέτιση των κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών

με το είδος του δεσμού. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας, παρουσιάζονται στον Πίνακα 16. Η μεταβλητή του άγχους, σχετίζεται αρνητικά με τη θεραπεία ($r = -,206, p < ,05$). Η μεταβλητή του ασφαλούς – μη ασφαλούς δεσμού, σχετίζεται θετικά με την ηλικία διάγνωσης ($r = ,264, p < ,05$).

Πίνακας 16

Συσχετίσεις Χαρακτηριστικών της Νόσου με τον Τύπο Δεσμού

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

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Διάγνωση	1							
2. Ηλικία διάγνωσης	-,028	1						
3.Θεραπεία	-	,403**	1					
	,282**							
4. Δείκτης Δραστηριότητας Ελκώδους Κολίτιδας	-,149	,453**	,699**	1				
5. Δείκτης Δραστηριότητας Νόσου Crohn	-,108	-,018	,158	,018	1			
6.Άγχος	,171	,065	-,206*	,139	,094	1		
7.Αποφυγή	-,154	-,042	,129	,048	,017	-,182*	1	
8.Ασφαλής – Μη ασφαλής δεσμός	,118	,264**	,079	,094	,119	,733**	,684**	1

7.8.8. Συσχετίσεις του τύπου δεσμού, της αναστοχαστικής λειτουργίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων με τη στατιστική δοκιμασία Pearson Correlation, για να διερευνηθεί η συσχέτιση του τύπου δεσμού, της αναστοχαστικής λειτουργίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας, παρουσιάζονται στον Πίνακα 17. Η βεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης, σχετίζεται αρνητικά με τις μεταβλητές του άγχους ($r = -,499, p < ,01$), της αποφυγής ($r = -,246, p < ,01$) και του ασφαλούς-ανασφαλούς δεσμού ($r = -,355, p < ,01$). Αντιθέτως, η αβεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης, σχετίζεται θετικά με τις μεταβλητές του άγχους ($r = ,489, p < ,01$), της αποφυγής ($r = ,222, p < ,05$) και του ασφαλούς-ανασφαλούς δεσμού ($r = ,411, p$

< ,01), ενώ σχετίζεται αρνητικά με τη μεταβλητή της βεβαιότητας της ψυχικής κατάστασης ($r = -,592, p < ,01$).

Οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος, σχετίζονται θετικά με τον ασφαλή – μη ασφαλή δεσμό ($r = ,176, p < ,05$). Οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, σχετίζονται θετικά με το άγχος ($r = ,188, p < ,05$) και αρνητικά με τη βεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης ($r = -,324, p < ,01$). Τέλος, οι στρατηγικές αποφυγής/άρνησης, σχετίζονται θετικά με το άγχος ($r = ,319, p < ,01$), την αποφυγή ($r = ,272, p < ,01$), τον ασφαλή-ανασφαλή δεσμό ($r = ,324, p < ,01$) και την αβεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης ($r = ,320, p < ,01$), ενώ σχετίζονται αρνητικά με τη βεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης ($r = -,335, p < ,01$).

Πίνακας 17

Συσχετίσεις του Είδους Δεσμού, της Αναστοχαστικής Λειτουργίας και των Στρατηγικών Αντιμετώπισης

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Άγχος	1								
2.Αποφυγή	,555**	1							
3.Ασφαλής – Μη ασφαλής δεσμός	,733**	,684**	1						
4.Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	-,499**	-,246**	-,355**	1					
5.Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	,489**	,222*	,411**	-,592**	1				
6.Στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση προβλήματος	-,033	-,028	-,008	-,165	,001	1			
7.Στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση προβλήματος	-,073	-,066	,176*	-,033	-,043	,029	1		
8.Στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης	,188*	-,134	,113	-,324**	,108	-,147	-,008	1	

9.Στρατηγικές αποφυγής/άρνησης	,319**	,272**	,324**	-,335**	,320**	,215*	,079	,286**	1
-----------------------------------	--------	--------	--------	---------	--------	-------	------	--------	---

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

7.9. Πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις μεταβλητών

7.9.1 Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Στρατηγικές εστιασμένες στην επίλυση προβλήματος

Εφαρμόσαμε τη στατιστική δοκιμασία της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να δημιουργήσουμε ένα μοντέλο πρόβλεψης της διασποράς των τιμών για τις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος (εξαρτημένη μεταβλητή), από τις επιμέρους διαστάσεις της αναστοχαστικής λειτουργίας και της ποιότητας δεσμού (ανεξάρτητες μεταβλητές), αφού σταθμίσαμε την επίδραση των βασικών δημογραφικών/ιατρικών χαρακτηριστικών που βρέθηκαν να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις εξαρτημένες μεταβλητές (βλ. αποτελέσματα συσχετίσεων). Με άλλα λόγια, εξετάσαμε την αναστοχαστική λειτουργία και την ποιότητα του δεσμού, ως προγνωστικούς παράγοντες των στρατηγικών που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος. Τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 18, έδειξαν ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές, ερμηνεύουν το 29,6% της διακύμανσης των τιμών στις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος ($R^2 = ,296$, $F(12,119) = 7,183$, $p < .000$). Ειδικότερα, μόνο η αποφυγή προέβλεπε σε σημαντικό και αρνητικό βαθμό ($\beta = -1,351$, $t = -3,227$, $p = ,002$), τη χρήση στρατηγικών που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος.

Πίνακας 18

Πολλαπλή Παλινδρόμηση για τους Παράγοντες που Προβλέπουν τις Στρατηγικές Εστιασμένες στην Επίλυση Προβλήματος

	β	p	95% CI	
			LL	UL

Φύλο	,561	,000	-,638	1,759
Ηλικία	-,108	,356	-,162	-,055
Οικογενειακή κατάσταση	-,448	,000	-1,417	,521
Μορφωτικό επίπεδο	,316	,362	-,309	,941
Επαγγελματική κατάσταση	,435	,319	,016	,854
Διάγνωση	-1,409	,042	-2,468	-,351
Θεραπεία	-,590	,009	-1,139	-,042
Δραστηριότητα νόσου	-,024	,748	-,170	,122
Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	-,477	,209	-1,223	,270
Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	,148	,745	-,752	1,049
Άγχος	,164	,723	-,751	1,080
Αποφυγή	-1,351	,002	-2,180	-,522

$R^2 = ,296$ $R^2_{adj} = ,225$ Durbin-Watson = 2,493

Σημείωση: Το LL και το UL αντιπροσωπεύουν τα χαμηλότερα όρια και τα ανώτατα όρια του διαστήματος εμπιστοσύνης.

7.9.2 Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Στρατηγικές εστιασμένες στην αξιολόγηση προβλήματος

Εφαρμόσαμε τη στατιστική δοκιμασία της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να δημιουργήσουμε ένα μοντέλο πρόβλεψης της διασποράς των τιμών για τις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος (εξαρτημένη μεταβλητή), από τις επιμέρους διαστάσεις της αναστοχαστικής λειτουργίας και της ποιότητας δεσμού (ανεξάρτητες μεταβλητές), αφού σταθμίσαμε την επίδραση των βασικών δημογραφικών/ιατρικών χαρακτηριστικών που βρέθηκαν να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις εξαρτημένες μεταβλητές. Τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 19, έδειξαν ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές, ερμηνεύουν το 18,9% της διακύμανσης των τιμών στις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος ($R^2 = ,189$, $F(12,119) = 2,304$, $p < .05$). Καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, δεν προέβλεπε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τη χρήση στρατηγικών που είναι εστιασμένες στην αξιολόγηση του προβλήματος.

Πίνακας 19

*Πολλαπλή Παλινδρόμηση για τους Παράγοντες που Προβλέπουν τις Στρατηγικές
Εστιασμένες στην Αξιολόγηση Προβλήματος*

	β	p	95% CI	
			LL	UL
Φύλο	1,987	,023	,276	3,699
Ηλικία	-,150	,000	-,227	-,073
Οικογενειακή κατάσταση	,293	,676	-1,091	1,677
Μορφωτικό επίπεδο	,053	,906	-,839	,945
Επαγγελματική κατάσταση	,237	,435	-,361	,835
Διάγνωση	,224	,769	-1,286	1,735
Θεραπεία	-1,181	,003	-1,963	-,398
Δραστηριότητα νόσου	-,026	,803	-,235	,182
Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	-,032	,953	-1,098	1,034
Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	,549	,400	-,737	1,834
Άγχος	-,717	,279	-2,025	,590
Αποφυγή	-,654	,276	-1,838	,529

$R^2 = ,189$ $R^2_{adj} = ,107$ Durbin-Watson = 2,478

Σημείωση: Το LL και το UL αντιπροσωπεύουν τα χαμηλότερα όρια και τα ανώτατα όρια του διαστήματος εμπιστοσύνης.

7.9.3. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Στρατηγικές εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης

Εφαρμόσαμε τη στατιστική δοκιμασία της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να δημιουργήσουμε ένα μοντέλο πρόβλεψης της διασποράς των τιμών για τις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης (εξαρτημένη μεταβλητή), από τις επιμέρους διαστάσεις της αναστοχαστικής λειτουργίας και της ποιότητας δεσμού (ανεξάρτητες μεταβλητές), αφού σταθμίσαμε την επίδραση των βασικών δημογραφικών/ιατρικών χαρακτηριστικών που βρέθηκαν να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις εξαρτημένες μεταβλητές. Τα αποτελέσματα της πολλαπλής

παλινδρόμησης, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 20, έδειξαν ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές ερμηνεύουν το 42% της διακύμανσης των τιμών στις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης ($R^2 = ,420$, $F(12,119) = 7,183$, $p < ,000$). Η ανεξάρτητη μεταβλητή του Άγχους ($\beta = 1,585$, $t = 3,140$, $p = ,002$) φαίνεται να προβλέπει σε στατιστικά σημαντικό και θετικό βαθμό τη χρήση στρατηγικών που είναι εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης. Η μεταβλητή Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης, προέβλεπε σε σημαντικό και αρνητικό βαθμό ($\beta = -1,504$, $t = -3,653$, $p = ,000$), τη χρήση στρατηγικών που είναι εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, καθώς και η μεταβλητή της Αποφυγής ($\beta = -1,850$, $t = -4,048$, $p = ,000$).

Πίνακας 20

Πολλαπλή Παλινδρόμηση για τους Παράγοντες που Προβλέπουν τις Στρατηγικές Εστιασμένες στην Αναζήτηση Συναισθηματικής Υποστήριξης

	β	p	95% CI	
			LL	UL
Φύλο	1,137	,088	-,172	2,445
Ηλικία	-,083	,006	-,142	-,024
Οικογενειακή κατάσταση	,816	,129	-,241	1,874
Μορφωτικό επίπεδο	1,087	,002	,405	1,770
Επαγγελματική κατάσταση	-,286	,219	-,743	,172
Διάγνωση	-2,212	,000	-3,367	-1,057
Θεραπεία	,626	,041	,028	1,224
Δραστηριότητα νόσου	-,081	,319	-,240	,079
Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	-1,504	,000	-2,319	-,688
Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	-,974	,052	-1,957	,009
Άγχος	1,585	,002	,585	2,584
Αποφυγή	-1,850	,000	-2,754	-,945

$R^2 = ,420$ $R^2_{adj} = ,362$ Durbin-Watson = 2,752

Σημείωση: Το LL και το UL αντιπροσωπεύουν τα χαμηλότερα όρια και τα ανώτατα όρια του διαστήματος εμπιστοσύνης.

7.9.4 Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τις Στρατηγικές αποφυγής/άρνησης

Εφαρμόσαμε τη στατιστική δοκιμασία της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για να δημιουργήσουμε ένα μοντέλο πρόβλεψης της διασποράς των τιμών για τις στρατηγικές αποφυγής/άρνησης (εξαρτημένη μεταβλητή), από τις επιμέρους διαστάσεις της αναστοχαστικής λειτουργίας και της ποιότητας δεσμού (ανεξάρτητες μεταβλητές), αφού σταθμίσαμε την επίδραση των βασικών δημογραφικών/ιατρικών χαρακτηριστικών που βρέθηκαν να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις εξαρτημένες μεταβλητές. Τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 21, έδειξαν ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές, ερμηνεύουν το 37% της διακύμανσης των τιμών στις στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης ($R^2 = ,370$, $F(12,119) = 7,183$, $p < .000$). Η ανεξάρτητη μεταβλητή της Αβεβαιότητας ψυχικής κατάστασης ($\beta = -,952$, $t = 2,030$, $p = ,045$), φαίνεται να προβλέπει σε σημαντικό και θετικό βαθμό τη χρήση στρατηγικών αποφυγής/άρνησης απορρίπτεται.

Πίνακας 21

Πολλαπλή Παλινδρόμηση για τους Παράγοντες που Προβλέπουν τις Στρατηγικές Αποφυγής/Άρνησης

	β	p	95% CI	
			LL	UL
Φύλο	-1,490	,019	-2,726	-,254
Ηλικία	,007	,814	-,049	,062
Οικογενειακή κατάσταση	-,680	,180	-1,679	,319
Μορφωτικό επίπεδο	1,503	,000	,859	2,148
Επαγγελματική κατάσταση	-,206	,347	-,638	,226
Διάγνωση	-1,597	,004	-2,687	-,506
Θεραπεία	-,176	,538	-,741	,389
Δραστηριότητα νόσου	,156	,043	,005	,306
Βεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	-,470	,229	-1,239	,300
Αβεβαιότητα ψυχικής κατάστασης	,952	,045	,023	1,880

Άγχος	-,150	,754	-1,093	,794
Αποφυγή	,552	,203	-,302	1,407
<hr/>				
$R^2 = ,370$ $R^2_{adj} = ,307$ Durbin-Watson = 2,035				

Σημείωση: Το LL και το UL αντιπροσωπεύουν τα χαμηλότερα όρια και τα ανώτατα όρια του διαστήματος εμπιστοσύνης.

Κεφάλαιο 8: Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας, ήταν να διερευνήσει την επίδραση του τύπου προσκόλλησης και της αναστοχαστικής λειτουργίας στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες σε άτομα με ΙΦΝΕ. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν εν μέρει τις ερευνητικές υποθέσεις και βρίσκονται σε συμφωνία με τη θεωρία αλλά και τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Αρχικά, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες με ελκώδη κολίτιδα επέλεξαν περισσότερο στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με νόσο του Crohn. Το συγκεκριμένο εύρημα, έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι τα άτομα με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn, χρησιμοποιούν παρόμοιες στρατηγικές αντιμετώπισης (Kinash, Fischer, Lukie & Carr, 1993; Larsson, Lööf, Rönnblom & Nordin, 2008). Η συγκεκριμένη διαφορά, δεν μπορεί να ερμηνευτεί σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη μεταβλητή, καθώς τα αποτελέσματα των αναλύσεων, έδειξαν πως υπήρχε διαφορά μόνο ανάμεσα στην βαρύτητα της νόσου σε κάθε ομάδα. Οι συμμετέχοντες με διάγνωση ελκώδους κολίτιδας εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές δραστηριότητας της νόσου, σε σύγκριση με τα άτομα με νόσο του Crohn. Τα υψηλότερα επίπεδα δραστηριότητας, σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα και σωματικές ενοχλήσεις. Το εύρημα αυτό, είναι σε συμφωνία με προηγούμενη έρευνα σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, όπου οι στρατηγικές αντιμετώπισης με εστίαση στο πρόβλημα, συνδέονταν με αυξημένα σωματικά παράπονα (Mussell, Böcker, Nagel & Singer, 2004). Επίσης, οι συμμετέχοντες με ελκώδη κολίτιδα, είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις στρατηγικές αποφυγής/άρνησης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με νόσο του Crohn. Και αυτό το εύρημα είναι σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες, όπου διαπιστώθηκε πως οι στρατηγικές αποφυγής, σχετίζονταν με την υψηλότερη δραστηριότητα και υποτροπή της νόσου (Graff, Walker, Clara et al., 2009; Voth & Sirois, 2009).

Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν επίσης πως η βεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης σχετίζεται αρνητικά με τις μεταβλητές του άγχους προσκόλλησης και της αποφυγής προσκόλλησης. Αντιθέτως, η αβεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τις μεταβλητές του άγχους προσκόλλησης και της αποφυγής προσκόλλησης. Τα αποτελέσματα αυτά έχουν θεωρητικό νόημα και βρίσκονται σε σύμφωνία με άλλες έρευνες που έχουν διερευνήσει τη σχέση της αναστοχαστικής λειτουργίας με τον τύπο προσκόλλησης στα άτομα με ΙΦΝΕ (Agostini, Scaiola, Belluzzi & Campieri, 2019). Η συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές αυτές, μας δείχνει πως η αντίληψη που έχουν τα άτομα για τις σχέσεις προσκόλλησής τους, είναι πιθανό να εξαρτάται από τις αναστοχαστικές τους δεξιότητες (Fonagy & Bateman, 2016). Αν υποθέσουμε πως τα άτομα με ΙΦΝΕ αντιμετωπίζουν έντονο άγχος εξαιτίας των συμπτωμάτων της ασθένειας, τότε στο πλαίσιο της υπό-νοητικοποίησης, μπορούν να χρησιμοποιήσουν αμυντικές στρατηγικές που υπερενεργοποιούν ή απενεργοποιούν αντίστοιχα το σύστημα προσκόλλησής τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, είτε να αναζητούν στην πρώτη περίπτωση υποστήριξη μέσω απαιτητικών και διεκδικητικών συμπεριφορών, είτε να απομακρύνονται μέσω στρατηγικών αποστασιοποίησης ή άρνησης. Και οι δύο αυτές αμυντικές στρατηγικές, είναι πιθανόν να οδηγούν σε συμπεριφορές οι οποίες επιδεινώνουν τα διαπροσωπικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν (Fonagy & Bateman, 2016; Shaver et al., 2005). Αυτό το εύρημα είναι επίσης εξαιρετικά σημαντικό, δεδομένων των ευρημάτων προηγούμενων ερευνών, οι οποίες έχουν δείξει πως τα άτομα με ΙΦΝΕ, εμφανίζουν σημαντική έκπτωση στην αναστοχαστική τους λειτουργία, συγκρινόμενα με άλλες ομάδες με ψυχικές διαταραχές, όπως είναι τα άτομα με μη συναισθηματική ψύχωση και συναισθηματικές διαταραχές (Dzirlo, Richter, Steinmair & Löffler-Stastka, 2021) καθώς και της σχέσης ανάμεσα στον τύπο προσκόλλησης και των στρατηγικών αντιμετώπισης.

Οι στρατηγικές που είναι εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης σχετίζονταν θετικά με το άγχος προσκόλλησης και αρνητικά με τη βεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης. Οι στρατηγικές αποφυγής/άρνησης σχετίζονταν επίσης θετικά με το άγχος προσκόλλησης και την αποφυγή προσκόλλησης, καθώς και με την αβεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με άλλες έρευνες, καθώς τα άτομα με ασφαλή τύπο προσκόλλησης τείνουν να χρησιμοποιούν στρατηγικές με εστίαση στο πρόβλημα, ενώ

τα άτομα με ανασφαλή προσκόλληση προτιμούν να χρησιμοποιούν στρατηγικές αποφυγής ή συναισθηματικής υποστήριξης (Hawkins et al., 2007; Li, 2008; Seiffge-Krenke & Beyers, 2005).

Η διάσταση της αποφυγής προέβλεπε σε σημαντικό και αρνητικό βαθμό τη χρήση στρατηγικών που είναι εστιασμένες στην επίλυση του προβλήματος και στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης. Κάτι τέτοιο είναι λογικό, αφού τα άτομα με αποφευκτικό δεσμό είναι λιγότερο πιθανό να στραφούν προς τους άλλους για υποστήριξη και τείνουν να χρησιμοποιούν αποστασιοποιητικές στρατηγικές αντιμετώπισης (Mikulincer, 1998; Mikulincer & Shaver, 2003). Όταν οι φιγούρες προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή, όπως είναι οι ρομαντικοί σύντροφοι ή οι στενοί φίλοι, είναι άμεσα διαθέσιμες και ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ατόμου, τότε αυτό νιώθει ασφάλει και είναι περισσότερο πιθανό να αναζητήσει την εγγύτητα ως μια αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης (Shaver & Mikulincer, 2010). Η μεταβλητή της βεβαιότητας της ψυχικής κατάστασης προέβλεπε σε σημαντικό και αρνητικό βαθμό τη χρήση στρατηγικών που είναι εστιασμένες στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης. Σύμφωνα με τους Fonagy και συνεργάτες (2017), εάν κάποιο άτομο διατηρεί ανέπαφη την αναστοχαστική του λειτουργία απέναντι στους στρεσογόνους παράγοντες, είναι πιο πιθανό να υιοθετήσει περισσότερο προσαρμοστικές στρατηγικές σε σχέση με ένα άτομο που έχει μειωμένα επίπεδα αναστοχαστικής λειτουργίας. Η βεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης αποτελεί ουσιαστικά έναν πόρο για το άτομο που ενισχύει την ψυχική του ανθεκτικότητα.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι η αποφυγή της συναισθηματικής εγγύτητας μπορεί να προβλέψει τη μειωμένη χρήση στρατηγικών που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος για τη διαχείριση του στρες. Περαιτέρω όσο μεγαλύτερη ήταν η αποφυγή και μικρότερο το άγχος στις σχέσεις συναισθηματικής εγγύτητας και όσο μεγαλύτερη ήταν η βεβαιότητα για την ψυχική κατάσταση του εαυτού και των άλλων τόσο λιγότερο πιθανή ήταν η διαχείριση του στρες με στρατηγικές που εστιάζουν στην αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης. Η αβεβαιότητα για την ψυχική κατάσταση του εαυτού και των άλλων αποτέλεσε τέλος προγνωστικό δείκτη για τη διαχείριση του στρες με στρατηγικές άρνησης και αποφυγής. Τα ως άνω αποτελέσματα ήταν ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, τη διάγνωση και τον χρόνο αυτής, καθώς και τη

δραστηριότητα της νόσου. Σε αυτή τη βάση, δεδομένου του επιβαρυντικού ρόλου του στρες στην πορεία των ΙΦΝΕ αλλά και της τεκμηριωμένης σπουδαιότητας των στρατηγικών που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος και στη ρύθμιση του συναισθήματος για τη διαχείριση του στρες, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχουν κλινική αξία.

Η παρούσα έρευνα έχει ωστόσο και ορισμένους περιορισμούς. Ο πρώτος περιορισμός σχετίζεται με τη μέθοδο δειγματοληψίας, η οποία δε μας επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της μελέτης. Καθίσταται επίσης πιο δύσκολο να γίνουν εμπειρικοί συσχετισμοί και να προσδιοριστεί μια αιτιώδης συνάφεια ανάμεσα στις μεταβλητές. Η δειγματοληψία ευκολίας εξαρτάται επίσης σε σημαντικό βαθμό από τα κίνητρα των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα, γεγονός που εισάγει μεροληψία κινήτρων στη μελέτη. Είναι έτσι πιθανό, το δείγμα να μην είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού των ατόμων με ΙΦΝΕ στην Ελλάδα, καθώς δεν υπάρχει επίσης επίσημη καταγραφή του αριθμού τους. Τέλος, δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου, οπότε και δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε ενδεχόμενες διαφορές στις μεταβλητές της προσκόλλησης, της αναστοχαστικής λειτουργίας και των στρατηγικών αντιμετώπισης.

Συμπερασματικά, από ό,τι γνωρίζουμε, αυτή είναι η πρώτη έρευνα που εξετάζει τη σχέση του τύπου προσκόλλησης και της αναστοχαστικής λειτουργίας με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες στις ΙΦΝΕ. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αντιπροσωπεύουν μια πρώτη προσπάθεια να κατανοηθεί η περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ της χρόνιας νόσου, της νοηματοποίησης, του τύπου προσκόλλησης και των στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου. Αναδείχθηκε δε πως τόσο η βεβαιότητα της ψυχικής κατάστασης όσο και ο ασφαλής τύπος δεσμού σχετίζονται με αποτελεσματικότερους τρόπους αντιμετώπισης των ΙΦΝΕ. Η καλύτερη κατανόηση αυτών των ψυχολογικών δυναμικών μπορεί να προσφέρει νέες γνώσεις για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διαχείριση του στρες και υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής σε άτομα με ΙΦΝΕ. Μπορεί επίσης να ανοίξει νέους δρόμους στην ψυχοδυναμική σκέψη για τη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών και της κατάθλιψης στις ΙΦΝΕ με βάση τη θεωρία προσκόλλησης και της νοηματοποίησης.

Βιβλιογραφία

- Adshead, G., & Guthrie, E. (2015). The role of attachment in medically unexplained symptoms and long-term illness. *BJPsych Advances*, 21(3), 167-174. doi:10.1192/apt.bp.114.013045
- Agostini, A., Filippini, N., Cevolani, D., Agati, R., Leoni, C., Tambasco, R., Calabrese, C., Rizzello, F., Gionchetti, P., Ercolani, M., Leonardi, M., & Campieri, M. (2011). Brain functional changes in patients with ulcerative colitis: a functional magnetic resonance imaging study on emotional processing. *Inflammatory bowel diseases*, 17(8), 1769–1777. <https://doi.org/10.1002/ibd.21549>
- Agostini, A., Moretti, M., Calabrese, C., Rizzello, F., Gionchetti, P., Ercolani, M., & Campieri, M. (2014). Attachment and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *International journal of colorectal disease*, 29(10), 1291-1296.
- Agostini, A., Rizzello, F., Ravegnani, G., Gionchetti, P., Tambasco, R., Straforini, G., Ercolani, M., & Campieri, M. (2010). Adult attachment and early parental experiences in patients with Crohn's disease. *Psychosomatics*, 51(3), 208–215. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.51.3.208>
- Agostini, A., Scaioli, E., Belluzzi, A., & Campieri, M. (2019). Attachment and Mentalizing Abilities in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology research and practice*, 2019, 7847123. <https://doi.org/10.1155/2019/7847123>
- Agostini, A., Spuri Fornarini, G., Ercolani, M., & Campieri, M. (2016). Attachment and perceived stress in patients with ulcerative colitis, a case-control study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(9-10), 561–567. <https://doi.org/10.1111/jpm.12331>
- Ainsworth, M. D. S. (1967). Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love.
- Ainsworth, M. S. (1989). *Attachments beyond infancy*. *American psychologist*, 44(4), 709.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S.N. (2015). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation* (1st ed.). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
- Alatab, S., Sepanlou, S. G., Ikuta, K., Vahedi, H., Bisignano, C., Safiri, S., ... & Naghavi, M. (2020). The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries

and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet gastroenterology & hepatology*, 5(1), 17-30.

- Ananthakrishnan A. N. (2015). Epidemiology and risk factors for IBD. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 12(4), 205–217. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.34>
- Ananthakrishnan, A. N., Kaplan, G. G., & Ng, S. C. (2020). Changing Global Epidemiology of Inflammatory Bowel Diseases: Sustaining Health Care Delivery Into the 21st Century. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 18(6), 1252–1260. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.01.028>
- Antonsen, B. T., Johansen, M. S., Rø, F. G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2016). Is reflective functioning associated with clinical symptoms and long-term course in patients with personality disorders?. *Comprehensive psychiatry*, 64, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.05.016>
- Aslam, N., Lo, S. W., Sikafi, R., Barnes, T., Segal, J., Smith, P. J., & Limdi, J. K. (2022). A review of the therapeutic management of ulcerative colitis. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 15, 17562848221138160. <https://doi.org/10.1177/17562848221138160>
- Badoud, D., Prada, P., Nicastro, R., Germond, C., Luyten, P., Perroud, N., & Debbané, M. (2018). Attachment and reflective functioning in women with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 32(1), 17-30.
- Balint, E. M., Gander, M., Pokorny, D., Funk, A., Waller, C., & Buchheim, A. (2016). High Prevalence of Insecure Attachment in Patients with Primary Hypertension. *Frontiers in psychology*, 7, 1087. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01087>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147–178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
- Bennebroek Evertsz', F., Nieuwkerk, P. T., Stokkers, P. C., Ponsioen, C. Y., Bockting, C. L., Sanderman, R., & Sprangers, M. A. (2013). The patient simple clinical colitis activity index (P-SCCAI) can detect ulcerative colitis (UC) disease activity in remission: a comparison of

- the P-SCCAI with clinician-based SCCAI and biological markers. *Journal of Crohn's & colitis*, 7(11), 890–900. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2012.11.007>
- Birrenbach, T., & Böcker, U. (2004). Inflammatory bowel disease and smoking: a review of epidemiology, pathophysiology, and therapeutic implications. *Inflammatory bowel diseases*, 10(6), 848–859. <https://doi.org/10.1097/00054725-200411000-00019>
- Bitton, A., Dobkin, P. L., Edwardes, M. D., Sewitch, M. J., Meddings, J. B., Rawal, S., Cohen, A., Vermeire, S., Dufresne, L., Franchimont, D., & Wild, G. E. (2008). Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsychosocial model. *Gut*, 57(10), 1386–1392. <https://doi.org/10.1136/gut.2007.134817>
- Black, C., & Ford, A. (2020). Global burden of irritable bowel syndrome: Trends, predictions and risk factors. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 17(8), 473–486. <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0286-8>
- Borelli, J. L., Cohen, C., Pettit, C., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Maternal and Child Sexual Abuse History: An Intergenerational Exploration of Children's Adjustment and Maternal Trauma-Reflective Functioning. *Frontiers in psychology*, 10, 1062. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01062>
- Bouchard, M. A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47.
- Bowlby, E. J. M. (1969/1982). *Attachment and loss. Attachment*. (2nd ed.) Vol. 1. Basic Books.
- Bowlby, E. J. M. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In: *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger* (pp. 1-429). The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bowlby, E. J. M. (1980/2008). *Loss-Sadness and Depression: Attachment and Loss Volume 3* (Vol. 3). Random House.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger* (pp. 1-429). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical application of attachment theory*. New York: Basic Books.

- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Selfreport measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford Press.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Selfreport measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford Press
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York, NY: Guilford Press.
- Calvo, V., Palmieri, A., Marinelli, S., Bianco, F., & Kleinbub, J. R. (2014). Reciprocal empathy and working alliance in terminal oncological illness: The crucial role of patients' attachment style. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(5), 517-534.
- Carver C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol'too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of coping: an empirical contribution to the construct validation of the brief-COPE with a Greek-speaking sample. *Journal of health psychology*, 15(2), 215–229. <https://doi.org/10.1177/1359105309346516>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child development*, 65(4), 971–991.

- Cassidy, J., Ehrlich, K. B., & Sherman, L. J. (2014). Child-parent attachment and response to threat: A move from the level of representation. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Mechanisms of social connection: From brain to group* (pp. 125–143). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14250-008>
- Chao, C. Y., Lemieux, C., Restellini, S., Afif, W., Bitton, A., Lakatos, P. L., Wild, G., & Bessissow, T. (2019). Maladaptive coping, low self-efficacy and disease activity are associated with poorer patient-reported outcomes in inflammatory bowel disease. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 25(3), 159–166. https://doi.org/10.4103/sjg.SJG_566_18
- Chen, E., Brody, G. H., & Miller, G. E. (2017). Childhood close family relationships and health. *American Psychologist*, 72(6), 555.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *The American journal of psychiatry*, 158(1), 29–35. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.29>
- Cohen, I., Benyamini, Y., Tulchinsky, H., & Dotan, I. (2017, February). Illness perceptions and coping with health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. In *JOURNAL OF CROHNS & COLITIS* (Vol. 11, pp. S229-S230). GREAT CLARENDON ST, OXFORD OX2 6DP, ENGLAND: OXFORD UNIV PRESS.
- Cohn, D. A., Silver, D. H., Cowan, C. P., Cowan, P. A., Pearson, J., (1992). Working models of childhood attachment and couple relationships. *Journal of Family Issues* 13(4), 432-449.
- Collins, N. L., Read, S. J., (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644-663.
- Collins N. L. (1996). Working models of attachment: implications for explanation, emotion and behavior. *Journal of personality and social psychology*, 71(4), 810–832. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.4.810>
- Collins, N. L., Ford, M. B., Guichard, A. C., & Allard, L. M. (2006). Working models of attachment and attribution processes in intimate relationships. *Personality & social psychology bulletin*, 32(2), 201–219. <https://doi.org/10.1177/0146167205280907>

- Colonnello, V., & Agostini, A. (2020). Disease course, stress, attachment, and mentalization in patients with inflammatory bowel disease. *Medical hypotheses, 140*, 109665. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109665>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87–127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Cui, G., & Yuan, A. (2018). A systematic review of epidemiology and risk factors associated with Chinese inflammatory bowel disease. *Frontiers in Medicine, 5*, 183.
- Cushing, K., & Higgins, P. D. R. (2021). Management of Crohn Disease: A Review. *JAMA, 325*(1), 69–80. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.18936>
- Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of affective disorders, 236*, 274–290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.091>
- Danese, S., & Fiocchi, C. (2011). Ulcerative colitis. *The New England journal of medicine, 365*(18), 1713–1725. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1102942>
- Davies, K. A., Macfarlane, G. J., McBeth, J., Morriss, R., & Dickens, C. (2009). Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain, 143*(3), 200–205. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.02.013>
- De Roo, M., Wong, G., Rempel, G. R., & Fraser, S. N. (2019). Advancing Optimal Development in Children: Examining the Construct Validity of a Parent Reflective Functioning Questionnaire. *JMIR pediatrics and parenting, 2*(1), e11561. <https://doi.org/10.2196/11561>
- Deisinger, J. A., Cassisi, J. E., & Whitaker, S. L. (1996). Relationships between coping style and PAI profiles in a community sample. *Journal of Clinical Psychology, 52*(3), 303-310.
- Desai, J., Elnaggar, M., Hanfy, A. A., & Doshi, R. (2020). Toxic Megacolon: Background, Pathophysiology, Management Challenges and Solutions. *Clinical and experimental gastroenterology, 13*, 203–210. <https://doi.org/10.2147/CEG.S200760>
- Dunn, S. H., & Conley, Y. P. (2015). A systematic review of genetic influences on coping. *Biological research for nursing, 17*(1), 87–93. <https://doi.org/10.1177/1099800414527340>

- Dzirlo, L., Richter, F., Steinmair, D., & Löffler-Stastka, H. (2021). Reflective Functioning in Patients with Irritable Bowel Syndrome, Non-Affective Psychosis and Affective Disorders-Differences and Similarities. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2780. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052780>
- Dzirlo, L., Richter, F., Steinmair, D., & Löffler-Stastka, H. (2021). Reflective Functioning in Patients with Irritable Bowel Syndrome, Non-Affective Psychosis and Affective Disorders-Differences and Similarities. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2780. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052780>
- Ehrlich, K. B. (2019). Attachment and psychoneuroimmunology. *Current opinion in psychology*, 25, 96-100.
- Ehrlich, K. B., Miller, G. E., & Jones, J. D. (2016). Attachment and psychoneuroimmunology In Cassidy J & Shaver PR (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 180–201). *New York: Guilford Press.*[*Google Scholar*].
- Ehrlich, K. B., Miller, G. E., Shalowitz, M., Story, R., Levine, C., Williams, D., ... & Chen, E. (2019). Secure base representations in children with asthma: Links with symptoms, family asthma management, and cytokine regulation. *Child development*, 90(6), e718-e728.
- Ekeblad, A., Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2016). Reflective functioning as predictor of working alliance and outcome in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 84(1), 67–78. <https://doi.org/10.1037/ccp0000055>
- Enck, P., Aziz, Q., Barbara, G., Farmer, A., Fukudo, S., Mayer, E., Niesler, B., Quigley, E., Rajilić-Stojanović, M., Schemann, M., Schwille-Kiuntke, J., Simren, M., Zipfel, S., & Spiller, R. (2016). Irritable bowel syndrome. *Nature Reviews. Disease Primers*, 2, 16014. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.14>
- Endler, N., & Parker, J. D. A. (1999). Coping Inventory for Stressful Situations (CISS™) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t13031-000>
- Fadgyas-Stanculete, M., Buga, A.-M., Popa-Wagner, A., & Dumitrascu, D. (2014). The relationship between irritable bowel syndrome and psychiatric disorders: From molecular changes to clinical manifestations. *Journal of Molecular Psychiatry*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/2049-9256-2-4>

- Favez, N., Cairo Notari, S., Antonini, T., & Charvoz, L. (2017). Attachment and couple satisfaction as predictors of expressed emotion in women facing breast cancer and their partners in the immediate post-surgery period. *British journal of health psychology*, 22(1), 169–185. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12223>
- Feeney, J. A., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.
- Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., ... & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *The British Journal of Psychiatry*, 207(2), 173-174.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual review of psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571–579. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.3.571>
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, 64, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217–233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic dialogues*, 8(1), 87-114.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>

- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PloS one*, *11*(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, *12*(3), 201-218.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., and Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Fraley, R. C. (2002). Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, *6*(2), 123–151. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03
- Fraley, R. C., & Dugan, K. A. (2021). The consistency of attachment security across time and relationships. In Thompson, R.A., Simpson, J.A., & Berlin L.J. (Eds), *Attachment: The Fundamental Questions* (pp. 147-153). Guilford Press.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*, *4*(2), 132-154.
- Fraley, R. C., Vicary, A. M., Brumbaugh, C. C., & Roisman, G. I. (2011). Patterns of stability in adult attachment: an empirical test of two models of continuity and change. *Journal of personality and social psychology*, *101*(5), 974–992. <https://doi.org/10.1037/a0024150>
- Furukawa, T., Suzuki-Moor, A., Saito, Y., & Hamanaka, T. (1993). Reliability and validity of the Japanese version of the coping inventory for stressful situations (CISS): a contribution to the cross-cultural studies of coping. *Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatria et neurologia Japonica*, *95*(8), 602-620.
- Gajendran, M., Loganathan, P., Catinella, A. P., & Hashash, J. G. (2018). A comprehensive review and update on Crohn's disease. *Disease-a-month : DM*, *64*(2), 20–57. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2017.07.001>

- Gajendran, M., Loganathan, P., Jimenez, G., Catinella, A. P., Ng, N., Umapathy, C., ... & Hashash, J. G. (2019). A comprehensive review and update on ulcerative colitis. *Disease-a-month*, 65(12), 100851.
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The Social Biofeedback Theory Of Parental Affect-Mirroring:: The Development Of Emotional Self-Awareness And Self-Control In Inf. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1181-1212.
- Graff, L. A., Walker, J. R., Clara, I., Lix, L., Miller, N., Rogala, L., Rawsthorne, P., & Bernstein, C. N. (2009). Stress coping, distress, and health perceptions in inflammatory bowel disease and community controls. *The American journal of gastroenterology*, 104(12), 2959–2969. <https://doi.org/10.1038/ajg.2009.529>
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430.
- Griva, F., Pomini, V., Gournellis, R., Doumos, G., Thomakos, P., & Vaslamatzis, G. (2020). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of Reflective Functioning Questionnaire. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 31(3), 216–224. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.313.216>
- Harvey, R. F., & Bradshaw, J. M. (1980). A simple index of Crohn's-disease activity. *Lancet (London, England)*, 1(8167), 514. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(80\)92767-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(80)92767-1)
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1), 1-22.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, 52(5), 946–955. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.5.946>
- Holmes, B. M., & Johnson, K. R. (2009). Adult attachment and romantic partner preference: A review. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(6-7), 833-852.
- Kafetsios, K. (2002). Emotional intelligence abilities across the life-span: Attachment, age and gender effects. Paper presented at the 12th Conference of the International Society for Research on Emotions, Cuenca, Spain.

- Kapsou, M., Demetriou, A. P., Panayiotou, G., & Kokkinos, C. M. (2008). Factor analysis of Brief COPE in a sample of Greek Cypriot adults. *International Journal of Psychology*.
- Kato, T. (2015). Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress and Health, 31*(4), 315-323.
- Katznelson H. (2014). Reflective functioning: a review. *Clinical psychology review, 34*(2), 107–117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003>
- Kayal, M., & Shah, S. (2019). Ulcerative Colitis: Current and Emerging Treatment Strategies. *Journal of clinical medicine, 9*(1), 94. <https://doi.org/10.3390/jcm9010094>
- Kelly, C. S., Berg, C. A., & Helgeson, V. S. (2020). Adult attachment insecurity and associations with diabetes distress, daily stressful events and self-management in type 1 diabetes. *Journal of behavioral medicine, 43*(5), 695–706. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00111-7>
- Kidd, T., Hamer, M., & Steptoe, A. (2011). Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress. *Psychoneuroendocrinology, 36*(6), 771–779. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.10.014>
- Kidd, T., Poole, L., Ronaldson, A., Leigh, E., Jahangiri, M., & Steptoe, A. (2016). Attachment anxiety predicts depression and anxiety symptoms following coronary artery bypass graft surgery. *British Journal of Health Psychology, 21*(4), 796-811.
- Kinash, R. G., Fischer, D. G., Lukie, B. E., & Carr, T. L. (1993). Coping patterns and related characteristics in patients with IBD. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses, 18*(1), 12–19. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1993.tb01279.x>
- Knowles, S. R., Wilson, J. L., Connell, W. R., & Kamm, M. A. (2011). Preliminary examination of the relations between disease activity, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Crohn's disease guided by the common sense model of illness. *Inflammatory bowel diseases, 17*(12), 2551–2557. <https://doi.org/10.1002/ibd.21650>
- Kramer U. (2010). Coping and defence mechanisms: what's the difference?--second act. *Psychology and psychotherapy, 83*(Pt 2), 207–221. <https://doi.org/10.1348/147608309X475989>

- Kumar, A., Cole, A., Segal, J., Smith, P., & Limdi, J. K. (2022). A review of the therapeutic management of Crohn's disease. *Therapeutic advances in gastroenterology*, *15*, 17562848221078456. <https://doi.org/10.1177/17562848221078456>
- Kyriakos, N., Papaefthymiou, A., Giakoumis, M., Galanopoulos, M., Galanis, P., Mylonas, I., Karatzas, P., Mantzaris, G., & Liatsos, C. (2022). Prevalence of inflammatory bowel disease in young Greek Army male recruits from 2006 to 2018: a 13-year retrospective study from a tertiary center. *European journal of gastroenterology & hepatology*, *34*(2), 153–160. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000002071>
- Ladas, S. D., Mallas, E., Giorgiotis, K., Karamanolis, G., Trigonis, D., Markadas, A., Sipsa, V., & Raptis, S. A. (2005). Incidence of ulcerative colitis in Central Greece: a prospective study. *World journal of gastroenterology*, *11*(12), 1785–1787. <https://doi.org/10.3748/wjg.v11.i12.1785>
- Larsson, K., Lööf, L., & Nordin, K. (2017). Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: a qualitative descriptive study. *Journal of clinical nursing*, *26*(5-6), 648–657. <https://doi.org/10.1111/jocn.13581>
- Larsson, K., Lööf, L., Rönnblom, A., & Nordin, K. (2008). Quality of life for patients with exacerbation in inflammatory bowel disease and how they cope with disease activity. *Journal of psychosomatic research*, *64*(2), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.007>
- Lazarus R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of personality*, *74*(1), 9–46. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x>
- Lazarus, R. S. (1996). The role of coping in the emotions and how coping changes over the life course. In *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 289-306). Academic Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Liverani, E., Scaioli, E., Digby, R. J., Bellanova, M., & Belluzzi, A. (2016). How to predict clinical relapse in inflammatory bowel disease patients. *World journal of gastroenterology*, *22*(3), 1017–1033. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i3.1017>

- Lopez, F. G., Mauricio, A. M., Gormley, B., Simko, T., & Berger, E. (2001). Adult attachment orientations and college student distress: The mediating role of problem coping styles. *Journal of counseling & development*, 79(4), 459-464.
- Lovell, R., & Ford, A. (2012). Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 10(7), 712–721. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029>
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., and Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. In Bateman, A. W., & Fonagy, P. (eds) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, p.p.43–65.
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 37-62.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 250–262. <https://doi.org/10.1037/a0032360>
- Manousos, O. N., Koutroubakis, I., Potamianos, S., Roussomoustakaki, M., Gourtsoyiannis, N., & Vlachonikolis, I. G. (1996). A prospective epidemiologic study of Crohn's disease in Heraklion, Crete. Incidence over a 5-year period. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 31(6), 599–603. <https://doi.org/10.3109/00365529609009134>
- Martínez-Mesa, J., González-Chica, D. A., Duquia, R. P., Bonamigo, R. R., & Bastos, J. L. (2016). Sampling: how to select participants in my research study?. *Anais brasileiros de dermatologia*, 91(3), 326–330. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20165254>
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General hospital psychiatry*, 31(2), 123-130.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Hunter, J. J., Greenberg, G. R., & Steinhart, A. H. (2005). Attachment insecurity moderates the relationship between disease activity and depressive symptoms in ulcerative colitis. *Inflammatory bowel diseases*, 11(10), 919–926. <https://doi.org/10.1097/01.mib.0000179468.78876.2d>
- McCombie, A. M., Mulder, R. T., & Garry, R. B. (2013). How IBD patients cope with IBD: a systematic review. *Journal of Crohn's & colitis*, 7(2), 89–106. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2012.05.021>

- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *The Clinical journal of pain, 16*(4), 360–364. <https://doi.org/10.1097/00002508-200012000-00014>
- Meredith, P. J., & Strong, J. (2019). Attachment and chronic illness. *Current opinion in psychology, 25*, 132-138.
- Meredith, P., O'Nsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical psychology review, 28*(3), 407-429.
- Merlo, L. J., & Lakey, B. (2007). Trait and social influences in the links among adolescent attachment, depressive symptoms, and coping. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 36*(2), 195–206. <https://doi.org/10.1080/15374410701277846>
- Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of personality and social psychology, 74*(5), 1209.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 11*(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In: Zanna, M., (eds), *Advances in experimental social psychology*. Vol. 35. Academic Press; New York.pp. 53–152
- Monstad, I., Hovde, Ø., Solberg, I. C., & Moum, B. A. (2014). Clinical course and prognosis in ulcerative colitis: results from population-based and observational studies. *Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology, 27*(2), 95.
- Morosan, L., Ghisletta, P., Badoud, D., Toffel, E., Eliez, S., & Debbané, M. (2020). Longitudinal Relationships Between Reflective Functioning, Empathy, and Externalizing Behaviors During Adolescence and Young Adulthood. *Child psychiatry and human development, 51*(1), 59–70. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00910-8>

- Mosli, M., Alawadhi, S., Hasan, F., Abou Rached, A., Sanai, F., & Danese, S. (2021). Incidence, Prevalence, and Clinical Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease in the Arab World: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Inflammatory intestinal diseases*, 6(3), 123–131. <https://doi.org/10.1159/000518003>
- Mussell, M., Böcker, U., Nagel, N., & Singer, M. V. (2004). Predictors of disease-related concerns and other aspects of health-related quality of life in outpatients with inflammatory bowel disease. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 16(12), 1273–1280. <https://doi.org/10.1097/00042737-200412000-00007>
- Nazzaro, M. P., Boldrini, T., Tanzilli, A., Muzi, L., Giovanardi, G., & Lingiardi, V. (2017). Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality?. *Psychiatry research*, 256, 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.045>
- Ng, S. C., Shi, H. Y., Hamidi, N., Underwood, F. E., Tang, W., Benchimol, E. I., Panaccione, R., Ghosh, S., Wu, J. C. Y., Chan, F. K. L., Sung, J. J. Y., & Kaplan, G. G. (2017). Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet (London, England)*, 390(10114), 2769–2778. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)
- Nicholls, W., Hulbert-Williams, N., & Bramwell, R. (2014). The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. *Psycho-oncology*, 23(10), 1083–1095. <https://doi.org/10.1002/pon.3664>
- Opie, J. E., McIntosh, J. E., Esler, T. B., Duschinsky, R., George, C., Schore, A., Kothe, E. J., Tan, E. S., Greenwood, C. J., & Olsson, C. A. (2021). Early childhood attachment stability and change: a meta-analysis. *Attachment & human development*, 23(6), 897–930. <https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1800769>
- Parker, J. D., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of personality*, 6(5), 321–344.
- Petrak, F., Hardt, J., Clement, T., Börner, N., Egle, U. T., & Hoffmann, S. O. (2001). Impaired health-related quality of life in inflammatory bowel diseases: psychosocial impact and coping styles in a national German sample. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 36(4), 375–382. <https://doi.org/10.1080/003655201300051171>

- Pietromonaco, P. R., & Powers, S. I. (2015). Attachment and Health-Related Physiological Stress Processes. *Current opinion in psychology*, *1*, 34–39.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.001>
- Pietromonaco, P. R., Uchino, B., & Dunkel Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, *32*(5), 499.
- Pinquart, M., Feussner, C., & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & human development*, *15*(2), 189–218.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2013.746257>
- Piovani, D., Danese, S., Peyrin-Biroulet, L., Nikolopoulos, G. K., Lytras, T., & Bonovas, S. (2019). Environmental Risk Factors for Inflammatory Bowel Diseases: An Umbrella Review of Meta-analyses. *Gastroenterology*, *157*(3), 647–659.e4.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.04.016>
- Rafnsson, F. D., Smari, J., Windle, M., Mears, S. A., & Endler, N. S. (2006). Factor structure and psychometric characteristics of the Icelandic version of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). *Personality and Individual Differences*, *40*(6), 1247-1258.
- Ramos, L. R., Sachar, D. B., DiMaio, C. J., Colombel, J. F., & Torres, J. (2016). Inflammatory Bowel Disease and Pancreatitis: A Review. *Journal of Crohn's & colitis*, *10*(1), 95–104.
<https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv153>
- Robles, T. F., & Kane, H. S. (2014). The attachment system and physiology in adulthood: Normative processes, individual differences, and implications for health. *Journal of personality*, *82*(6), 515-527.
- Sandborn, W. J., Feagan, B. G., Hanauer, S. B., Lochs, H., Löfberg, R., Modigliani, R., Present, D. H., Rutgeerts, P., Schölmerich, J., Stange, E. F., & Sutherland, L. R. (2002). A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease. *Gastroenterology*, *122*(2), 512–530.
<https://doi.org/10.1053/gast.2002.31072>
- Sartor R. B. (2006). Mechanisms of disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Nature clinical practice. Gastroenterology & hepatology*, *3*(7), 390–407.
<https://doi.org/10.1038/ncpgasthep0528>

- Sechi, C., Vismara, L., Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., & Lucarelli, L. (2020). Adult attachment styles, self-esteem, and quality of life in women with fibromyalgia. *Health Psychology Open*, 7(2), 2055102920947921.
- Seyedian, S. S., Nokhostin, F., & Malamir, M. D. (2019). A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease. *Journal of medicine and life*, 12(2), 113–122. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0075>
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2010). An overview of adult attachment theory. In Obegi J. H., & Berant E. (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 51–80). New York, NY: Guilford press.
- Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: the integration of three behavioral systems. In R. J. Steinberg, & M. L. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 68–99). New Haven, CT: Yale University Press.
- Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality & social psychology bulletin*, 31(3), 343–359. <https://doi.org/10.1177/0146167204271709>
- Sherman, L. J., Rice, K., & Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, 37, 109–141. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.06.001>
- Simpson, J. A. (1990). The influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971–980.
- Simpson, J.A., & Belsky, J. (2016). Attachment theory within a modern evolutionary framework. In: Cassidy, J., & Shaver, P.R (eds). *The handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd . Guilford Press; New York.
- Skamnelos, K., Katsanos, Z., Malakos, S., Kolios, I., Mitselos, D., Politis, D., Mpalomenos, A., Kavadias, N., Tzampouras, G., Mpaltagiannis, E., Tsianos, D., & Christodoulou, P. (2017). Trends in incidence of inflammatory bowel disease in northwest Greece, *Journal of Crohn's and Colitis*, 11(1), 466. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx002.874>
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective In Fetherman DL, Lerner RM, Perlmutter M.(Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 12, pp. 91–133).

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129(2), 216.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281.
- Solberg, M.A., Gridley, M.K., & Peters, R.M. (2022). The Factor Structure of the Brief Cope: A Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(6), 612-627. doi:[10.1177/01939459211012044](https://doi.org/10.1177/01939459211012044)
- Sørli, T., & Sexton, H. C. (2001). The factor structure of “The Ways of Coping Questionnaire” and the process of coping in surgical patients. *Personality and Individual Differences*, 30(6), 961-975.
- Stacks, A. M., Muzik, M., Wong, K., Beeghly, M., Huth-Bocks, A., Irwin, J. L., & Rosenblum, K. L. (2014). Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: links to sensitive parenting and infant attachment security. *Attachment & human development*, 16(5), 515–533. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.935452>
- Stanisławski, K. (2019). The coping circumplex model: an integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in psychology*, 10, 694.
- Stern, J. A., & Cassidy, J. (2018). Empathy from infancy to adolescence: An attachment perspective on the development of individual differences. *Developmental Review*, 47, 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.09.002>.
- Stowell, J. R., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2001). Perceived stress and cellular immunity: when coping counts. *Journal of behavioral medicine*, 24(4), 323–339. <https://doi.org/10.1023/a:1010630801589>
- Taubner, S., White, L. O., Zimmermann, J., Fonagy, P., & Nolte, T. (2013). Attachment-related mentalization moderates the relationship between psychopathic traits and proactive aggression in adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 41(6), 929–938. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9736-x>
- Terry D., Hynes G. (1998) Adjustment to a low-control situation: re-examining the role of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(4), 1078-1092.

- Thomas, S. J. (2004). *Using web and paper questionnaires for data-based decision making: From design to interpretation of the results*. Corwin Press.
- Tsianos, E. V., Masalas, C. N., Merkouropoulos, M., Dalekos, G. N., & Logan, R. F. (1994). Incidence of inflammatory bowel disease in north west Greece: rarity of Crohn's disease in an area where ulcerative colitis is common. *Gut*, 35(3), 369–372.
<https://doi.org/10.1136/gut.35.3.369>
- van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225–249.
<https://doi.org/10.1017/s0954579499002035>
- van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225–249.
<https://doi.org/10.1017/s0954579499002035>
- Van Liew, C., Santoro, M. S., Edwards, L., Kang, J., & Cronan, T. A. (2016). Assessing the structure of the ways of coping questionnaire in fibromyalgia patients using common factor analytic approaches. *Pain research and management*, 2016.
- Voth, J., & Sirois, F. M. (2009). The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. *Rehabilitation psychology*, 54(1), 99–108.
<https://doi.org/10.1037/a0014739>
- Wei, M., Heppner, P. P., & Mallinckrodt, B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of counseling psychology*, 50(4), 438.
- Weiss, R. S. (1982). *Attachment in adult life*. In C. M. Parkes, & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 171–184). New York, NY: Basic Books.
- Weiss, R. S. (1998). A taxonomy of relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 671–683.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβας, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.