



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ »

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ_

«ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ»

ΚΑΚΟΛΥΡΗ ΜΑΡΙΑ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μάργαρη Νικολέττα

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2024

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Κακολύρη Μαρίας που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η 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 της συγγραφέας/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 της συγγραφέας/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Παιδικό τραύμα και συσχέτισή του με την κατάθλιψη
και τις αγχώδεις διαταραχές»

Μαρία Κακολύρη

Επιτροπή Κρίσης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Νικολέττα Μάργαρη

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια :

Μαρία Λαβδανίτη

Πάτρα, Μάρτιος 2024

«Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην καθηγήτρια κυρία Μάργαρη Νικολέττα για την καθοδήγηση και την υποστήριξή της κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας και να αφιερώσω την εργασία αυτή στην οικογένειά μου»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το παιδικό τραύμα είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής και αγχωδών διαταραχών στην ενήλικη ζωή, που σχετίζεται με πρωιμότερη έναρξη, δυσμενέστερη πορεία με χρόνια ή υποτροπιάζοντα συμπτώματα, αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς και μεγαλύτερη πιθανότητα για ύπαρξη ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Το παιδικό τραύμα προκαλεί αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου και ιδίως στον άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια, επηρεάζοντας το σύστημα του στρες και προκαλώντας ευαλωτότητα για κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Εκτός των αλλαγών στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου μια σειρά από ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αποφευκτική συμπεριφορά, η αυτομομφή, τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα, η μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα, συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

Σκοπός και Μέθοδος: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθεί η σχέση ανάμεσα στις τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και στην ανάπτυξη κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών στην ενήλικη ζωή, καθώς και ο ρόλος των δημογραφικών παραγόντων, όπως το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων. Συμμετείχαν 60 λήπτες υπηρεσιών από το Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.) Πάτρας καθώς και από ιδιωτικό ιατρείο. Χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο Early Trauma Inventory Short Form- Self Report (ETISR-SF) για την εκτίμηση του παιδικού τραύματος και η κλίμακα DASS21 για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στις τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και στην βαρύτητα των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης. Το φύλο δεν διαπιστώθηκε να επηρεάζει τον αντίκτυπο του παιδικού τραύματος. Επίσης, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την κακοποίηση των παιδιών. Τέλος, τα ευρήματα της έρευνας παρέχουν ενδείξεις για μειωμένη ανταπόκριση στην φαρμακοθεραπεία των ασθενών με ιστορικό παιδικού τραύματος.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα παρέχουν ενδείξεις για τη συσχέτιση του παιδικού τραύματος με μεγαλύτερη βαρύτητα των συμπτωμάτων και χειρότερη πρόγνωση των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών, γεγονός που υποδηλώνει την αναγκαιότητα των προληπτικών παρεμβάσεων.

Λέξεις κλειδιά: παιδικό τραύμα, δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, παιδική κακοποίηση, παιδική σωματική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση, ψυχική υγεία, κατάθλιψη, άγχος

Childhood trauma and its correlation with depressive and anxiety disorders

ABSTRACT

Introduction: Childhood trauma is a strong risk factor for the development of major depressive disorder and anxiety disorders in adulthood, associated with earlier onset, worse course of illness, characterized from chronic or recurrent symptoms, increased risk of suicidal behavior, and greater likelihood of psychiatric comorbidity. Childhood trauma causes changes in the structure and function of the developing brain and especially in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, affecting the stress system and causing vulnerability to depression and anxiety disorders. In addition to changes in the structure and function of the brain, a number of psychological factors, such as low self-esteem, avoidant behavior, self-blame, maladaptive schemas, reduced mental resilience, contribute to the onset of depression.

Purpose and Methods: The purpose of this research is to study the relationship between traumatic childhood experiences and the development of depression and anxiety disorders in adulthood, as well as the role of demographic factors, such as gender and parents' educational level. Sixty recipients of services from the Association of Families for Mental Health Patras as well as from a private practice participated. The Early Trauma Inventory Short Form-Self Report (ETISR-SF) was used to assess childhood trauma and the DASS21 scale was used to assess symptoms of anxiety and depression.

Results: A positive correlation was observed between childhood traumatic experiences and the severity of anxiety and depression symptoms. Gender was not found to influence the impact of childhood trauma. Also, parents' educational level was not found to be related to child abuse. Finally, the research findings provide evidence for a reduced response to pharmacotherapy in patients with a history of childhood trauma.

Conclusions: The results indicate the association between childhood trauma and greater symptoms severity and worse prognosis of depressive and anxiety disorders, suggesting the need for preventive interventions.

Key words: Early life adversity, childhood trauma, adverse childhood experience, childhood maltreatment, childhood physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, mental health, depression, anxiety

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
Κατάλογος Πινάκων	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Παιδικό τραύμα	
1.1 Παιδικό τραύμα και ψυχοπαθολογία.....	11
1.2 Ο αντίκτυπος του παιδικού τραύματος στις υπηρεσίες υγείας.....	13
1.3 Παιδικό τραύμα και κατάθλιψη.....	15
1.4 Παιδικό τραύμα και αγχώδεις διαταραχές.....	16
1.5 Παιδικό τραύμα και εγκέφαλος.....	20
1.6 Ο άξονας υποθάλαμος- υπόφυση- επινεφρίδια.....	22
1.7. Ψυχολογικοί παράγοντες.....	25
1.8 Παιδικό τραύμα και έκπτωση σωματικής υγείας.....	27
1.9 Παιδικό τραύμα και αυτοκτονικότητα.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Κακοποίηση	
2.1 Σωματική κακοποίηση.....	31
2.2 Συναισθηματική κακοποίηση.....	33
2.3 Παιδική σεξουαλική κακοποίηση.....	36
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Σκοπός.....	40
2. Μεθοδολογία έρευνας.....	40
3. Αποτελέσματα.....	42

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	42
3.2 Μεγαλύτερος αντίκτυπος.....	45
3.3 Η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων.....	50
4. Συζήτηση.....	54
5. Περιορισμοί.....	61
6. Συμπεράσματα- προτάσεις.....	61
Βιβλιογραφία	63
Παράρτημα.....	81

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία.....	43
Πίνακας 2: Συχνότητες σωματικής, συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης.....	44
Πίνακας 3: Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας.....	45
Πίνακας 4: Τραυματικές εμπειρίες με τον μεγαλύτερο αντίκτυπο.....	46
Πίνακας 5: Ερωτηματολόγιο ETISR-SF.....	47
Γράφημα 1: Ερωτηματολόγιο ETISR-SF.....	47
Πίνακας 6: Ερωτηματολόγιο DASS21.....	48
Γράφημα 2: Ερωτηματολόγιο DASS21.....	48
Πίνακας 7: Συσχετίσεις ερωτηματολογίων ETISR-SF και DASS21.....	49
Πίνακας 8: ETISR-SF και φύλο.....	50
Πίνακας 9: DASS21 και φύλο.....	50
Πίνακας 10: ETISR-SF και ηλικιακή ομάδα.....	51
Πίνακας 11: DASS21 και ηλικιακή ομάδα.....	51
Πίνακας 12: ETISR-SF και εκπαιδευτικό επίπεδο	52
Πίνακας 13: DASS21 και εκπαιδευτικό επίπεδο.....	52
Πίνακας 14: ETISR-SF και φαρμακευτική αγωγή.....	53
Πίνακας 15: DASS21 και φαρμακευτική αγωγή.....	53
Πίνακας 16: ETISR-SF και εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων.....	54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα της υγείας ενός ενήλικα και οι πιθανότητες να διατηρήσει τη γνωσιακή του ικανότητα κατά τη γήρανση εξαρτώνται από την ποιότητα της φροντίδας που έλαβε ως παιδί. Οι σωματικές και συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις κατά την ανατροφή ανάμεσα στους απογόνους και τους φροντιστές τους είναι θεμελιώδους σημασίας για την πρώιμη νεογνική ανάπτυξη και την ωρίμανση του εγκεφάλου. Παραμελημένοι ή κακοποιημένοι απόγονοι συχνά εμφανίζουν αναπτυξιακές διαταραχές, μεταξύ των οποίων απώλεια βάρους, γαστρεντερικές διαταραχές, καθυστερημένη ανάπτυξη, διαταραχές στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και στον γνωσιακό έλεγχο και ανοσοποιητική ανεπάρκεια. Μακροπρόθεσμα παραμελημένοι ή κακοποιημένοι απόγονοι παρουσιάζουν μια αυξημένη τάση για παχυσαρκία και ποικίλες άλλες ασθένειες των ενηλίκων. Αυτές οι καταστάσεις που εμφανίζονται από τη μητρική αποστέρηση στους ανθρώπους θεωρούνται ότι πηγάζουν από μειωμένα επίπεδα σημαντικών αυξητικών παραγόντων και από αυξημένη απελευθέρωση των ορμονών του στρες. Αυτοί που ανατράφηκαν χωρίς έναν στοργικό φροντιστή σχεδόν όλοι εξελίσσονται σε δυσλειτουργικούς ενήλικες με προβλήματα υγείας. Η έρευνα πάνω στα σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα διαφόρων τύπων γονεϊκής φροντίδας χρονολογείται πάνω από έναν αιώνα. Η ιστορία του πεδίου είναι τραγική και εντυπωσιακή ταυτόχρονα. Οι αρχικές εργασίες πάνω στα πρωτεύοντα έδωσαν μεν πολλές πληροφορίες αλλά ήταν κακοποιητικές. Η αρχική εργασία πάνω στα

τρωκτικά χλευάστηκε προτού αναγνωριστεί η αξία της. Το τελικό μάθημα ήταν ότι η φροντίδα των βρεφών και των νηπίων έχει μεγάλη σημασία. Η μελέτη των αποτελεσμάτων του στρες στη μητρική συμπεριφορά είναι σημαντική, καθώς σχεδόν 10-20% των μητέρων υποφέρουν από επιλόχειο κατάθλιψη, η οποία εμποδίζει την μητρική φροντίδα και την ανάπτυξη των απογόνων τους (Dumas T., 2022).

Η παιδική κακομεταχείριση είναι η κακοποίηση και η παραμέληση που συμβαίνει σε παιδιά ηλικίας κάτω των δεκαοκτώ ετών. Περιλαμβάνει όλους τους τύπους σωματικής ή/και συναισθηματικής κακομεταχείρισης, σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση και εμπορική ή άλλη εκμετάλλευση, που οδηγεί σε πραγματική ή δυνητική βλάβη στην υγεία του παιδιού, στην επιβίωση, στην ανάπτυξη ή στην αξιοπρέπειά του στα πλαίσια μίας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης ή ισχύος (WHO, 2019). Σημείο κλειδί στον ορισμό είναι η προδοσία του παιδιού από ένα άτομο σε θέση ευθύνης, εμπιστοσύνης ή ισχύος. Αυτό καθιστά την παιδική κακοποίηση μια ιδιαίτερα ισχυρή μορφή πρώιμου στρες και είναι η παιδική κακοποίηση περισσότερο από άλλους στρεσογόνους παράγοντες, όπως οι φυσικές καταστροφές, που χαρακτηριστικά εμφανίζεται ως προάγγελος της ψυχοπαθολογίας. Αυτό είναι λογικό καθώς οι γονείς, οι φίλοι και άλλα υπεύθυνα άτομα μπορούν να περιορίσουν τις επιπτώσεις του στρες στο αναπτυσσόμενο παιδί. Ως εκ τούτου, τα παιδιά μπορούν να αντέξουν σημαντικές αντιξοότητες, εάν αισθάνονται προστατευμένα και φροντισμένα. Ωστόσο, αν οι αντιξοότητες προέρχονται από τους φροντιστές ή από ομάδα συνομηλίκων, δημιουργείται μια στρεσογόνος κατάσταση με μακροπρόθεσμες συνέπειες (Teicher et al., 2022). Η παιδική κακοποίηση έχει υψηλή επίπτωση, ιδίως σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Σε πρόσφατη έρευνα, ένα ποσοστό 15% των ενηλίκων συμμετεχόντων χωρίς ιστορικό ψυχικής διαταραχής ανέφεραν ότι έχουν βιώσει κάποιον τύπο μέτριας προς σοβαρής παιδικής κακομεταχείρισης. Για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια/ σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, διπολική διαταραχή και μείζονα κατάθλιψη τα ποσοστά έκθεσης σε μέτρια προς σοβαρή κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία ήταν 56,1%, 56,3% και 57,1% αντίστοιχα. Για τους ασθενείς με εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή το ποσοστό έκθεσης σε παιδική κακοποίηση ήταν ιδιαίτερα υψηλό και έφτανε το 75,4% (Struck et al., 2020).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Παιδικό τραύμα

1.1 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η ιδέα του παιδικού τραύματος περιλαμβάνει τραυματικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, όπως η απώλεια γονέων, το διαζύγιο των γονέων, οι ψυχιατρικές διαταραχές των φροντιστών, οι ασθένειες του παιδιού, η ενδοοικογενειακή βία, η έλλειψη βασικής φροντίδας, η εγκατάλειψη, η στέρηση τροφής και καταφυγίου, η απουσία ενθάρρυνσης και υποστήριξης. Οι κύριες κατηγορίες πρώιμου στρες περιλαμβάνουν τη συναισθηματική κακοποίηση, οποιαδήποτε συμπεριφορά επηρεάζει την ευημερία ή τον ψυχισμό του παιδιού, τη σωματική κακοποίηση- σωματική επίθεση με κίνδυνο τραυματισμού γενικά- οποιασδήποτε μορφής σεξουαλική δραστηριότητα περιλαμβάνει παιδιά, τη συναισθηματική παραμέληση- αδυναμία του φροντιστή να παρέχει τις βασικές συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες και τέλος σωματική παραμέληση που είναι αποτυχία να παρέχει βασικές ανάγκες φροντίδας. Το άτομο που έχει βιώσει πρώιμο στρες δεν είναι απαραίτητο ότι δείχνει ξεκάθαρα τι έχει συμβεί, αλλά μπορεί να υπάρχουν ορισμένα σημάδια. Μερικά χαρακτηριστικά που παρατηρούνται σε αυτούς που βίωσαν πρώιμο στρες είναι η ενοχή, η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αίσθημα ότι χάθηκε η αθωότητα και ότι τα όνειρα καταστράφηκαν, οι πτωχές κοινωνικές δεξιότητες, ο θυμός και η καταπιεσμένη επιθετικότητα, τα ασαφή όρια κοινωνικών ρόλων, η ψευδωριμότητα και τα προβλήματα αυτοελέγχου. Τα συμπτώματα αυτών που έχουν βιώσει πρώιμο τραύμα μπορούν να χωριστούν σε εσωτερικευμένα συμπτώματα, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η αναστολή, οι σωματικές ενοχλήσεις, η φυσιολογική διέγερση, ο φόβος, η αποφυγή και η επαναβίωση και η εξωτερίκευση των συμπτωμάτων, όπως επιθετικότητα, εγκληματική συμπεριφορά, πορνεία, υπερβολικά αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας, προβλήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά. Το

παιδικό τραύμα επηρεάζει την κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα και οδηγεί σε σοβαρές συνέπειες στη διάρκεια της ζωής (Carr et al., 2013). Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η συνύπαρξη κακοποίησης και παραμέλησης είναι αρκετά συχνή, με άλλα λόγια η εμφάνιση ενός μόνο τύπου πρώιμου στρες είναι ασυνήθης, γεγονός που δηλώνει το μέγεθος της βίας και τη συσχέτισή της με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ανάμεσα στις άλλες συνέπειες του πρώιμου στρες, που δημιουργούνται μακροπρόθεσμα είναι και η δυσπροσαρμοστική χρήση βίας ως μέθοδος επίλυσης συγκρούσεων στους ενήλικες που έχουν βιώσει παραμέληση ή και κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Καθώς κατά την παιδική και εφηβική ηλικία αναπτύσσονται κρίσιμες εγκεφαλικές δομές, τα αποτελέσματα από το πρώιμο στρες είναι σοβαρά και μακροχρόνια. Το παιδικό τραύμα μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές στην ενήλικη ζωή. Ο αντίκτυπος του πρώιμου τραύματος είναι έντονος και επιβλαβής, με νευροβιολογικές και νευροενδοκρινικές συνέπειες, που οδηγούν σε μεγαλύτερη ευαλωτότητα για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στη διάρκεια της ζωής (Carr et al., 2013). Σε μια ανασκόπηση 44 άρθρων βρέθηκε ότι η σωματική κακοποίηση, η σεξουαλική κακοποίηση και η παραμέληση σχετίζονται με τις διαταραχές της διάθεσης και τις αγχώδεις διαταραχές, η συναισθηματική κακοποίηση με τις διαταραχές προσωπικότητας και τη σχιζοφρένεια και η σωματική παραμέληση με τις διαταραχές προσωπικότητας. Οι αντιξοότητες στην παιδική ηλικία δεν μπορούν να θεωρηθούν ο μοναδικός παράγοντας για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Η ατομική ευαλωτότητα για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας καθορίζεται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η κληρονομικότητα. Λόγω της υψηλής επίπτωσης του παιδικού τραύματος παγκοσμίως και των σημαντικών επιπτώσεών του τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο κοινωνίας, είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι μηχανισμοί μέσω των οποίων το παιδικό τραύμα εκλύει, διατηρεί και επιδεινώνει ψυχιατρικές διαταραχές στην ενήλικη ζωή (Carr et al., 2013). Έχει διαπιστωθεί ότι η επίδραση των γενετικών πολυμορφισμών που σχετίζονται με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είναι ισχυρότερη όταν υπάρχει στο ιστορικό των ατόμων παιδικό τραύμα (Peyrot et al., 2014)

Η παιδική κακοποίηση θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις και μεταανалύσεις σταθερά αναδεικνύουν συσχετίσεις ανάμεσα στην παιδική κακοποίηση και σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάχρηση ουσιών, το σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας, η διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων, οι αυτοτραυματισμοί, αυτοκτονικότητα και οι διαταραχές που ανήκουν στο φάσμα της ψύχωσης. Παιδιά που έχουν υποστεί κακομεταχείριση μπορεί να είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν προβλήματα ψυχικής υγείας λόγω της

επίδρασης της έκθεσης σε κακοποίηση ή παραμέληση, ωστόσο μπορεί να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο, λόγω της ύπαρξης άλλων γενετικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για ψυχική ασθένεια. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα παιδιά με ιστορικό κακοποίησης είναι πιο πιθανό να έχουν οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας και κατά συνέπεια υψηλότερο πολυγονιδιακό δείκτη για ψυχικές ασθένειες. Επιπλέον, είναι πιθανότερο να προέρχονται από χαμηλότερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και να έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού (Baldwin et al., 2023). Σε μια μεταανάλυση 34 μελετών με περισσότερους από 54000 συμμετέχοντες, βρέθηκε μικρή αιτιολογική συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική κακοποίηση και συγκεκριμένες ψυχιατρικές διαταραχές. Η κακοποίηση μπορεί να επηρεάζει ευρύτερους παράγοντες, όπως την αλλαγή στη εγκεφαλική δομή και λειτουργία, τη συναισθηματική απορρύθμιση, τη προκατάληψη στην επεξεργασία πληροφοριών, που μπορεί να βρίσκονται πίσω από διαφορετικές ψυχικές διαταραχές. Όλοι οι τύποι κακοποίησης είτε περιλάμβαναν απειλή, όπως στη σωματική, τη σεξουαλική ή τη συναισθηματική κακοποίηση, είτε περιλάμβαναν αποστέρηση, όπως στην παραμέληση, συσχετίστηκαν με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ωστόσο η συναισθηματική κακοποίηση και η ιδρυματική παραμέληση συσχετίστηκαν πιο ισχυρά με προβλήματα ψυχικής υγείας από τις άλλες μορφές κακοποίησης. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η επίκριση από τους γονείς εσωτερικεύεται και οδηγεί σε αρνητική εικόνα του εαυτού. Επιπλέον η συναισθηματική κακοποίηση είναι ιδιαίτερα πιθανόν να συνυπάρχει με άλλες μορφές κακοποίησης και η ισχυρότερη συσχέτιση μπορεί να αντανάκλα την αθροιστική επίδραση και των άλλων μορφών κακοποίησης. Η ιδρυματική παραμέληση έχει σχετιστεί ισχυρά με προβλήματα ψυχικής υγείας. Η συγκεκριμένη παρατήρηση βασίζεται στη μελέτη ERA (English & Romanian Adoptees Study), που εξέτασε τις συνέπειες στην ψυχική υγεία από την ιδρυματική παραμέληση, που λάμβανε χώρα κατά τη διάρκεια της δικτατορίας του Τσαουσέσκου στη Ρουμανία, κατά την οποία η φτώχεια και οι περιορισμοί στην αντισύλληψη οδήγησαν στην εγκατάλειψη χιλιάδων παιδιών στα ορφανοτροφεία. Η ιδρυματική παραμέληση αποτελεί μια ακραία μορφή τραύματος και συνέβη στα πρώτα χρόνια της ζωής (από τη γέννηση μέχρι τα τρία έτη), παρεμβαίνοντας στην ανάπτυξη της αρχιτεκτονικής του εγκεφάλου και στα νευροβιολογικά συστήματα που επηρεάζουν την ψυχοπαθολογία (Baldwin et al., 2023)

1.2 Ο ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η επιστημονική έρευνα έχει αναδείξει ότι η παιδική κακοποίηση προκαλεί επιβλαβείς αλλαγές στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Η ζημιά στον εγκέφαλο και οι σχετιζόμενες συναισθηματικές και συμπεριφορικές προεκτάσεις, μαζί με τον άμεσο αντίκτυπο της σωματικής και σεξουαλικής επίθεσης ή της βαθιάς παραμέλησης θεωρούνται ότι οδηγούν σε μεγαλύτερη ανάγκη και χρήση υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής σε άτομα με ιστορικό παιδικής κακοποίησης. Στην νότια Αυστραλία χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από 443.754 άτομα με

παρακολούθησή τους μέχρι την ηλικία των 32 ετών και αναλύθηκε η συχνότητα και οι αιτίες προσέλευσης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών μεταξύ παιδιών με διαφορετικά θέματα παιδικής κακοποίησης. Εξετάστηκαν συγκεκριμένες αιτίες για τις επισκέψεις στα επείγοντα με την χρήση των κωδικών των διαγνώσεων της στατιστικής ταξινόμησης ICD-10 για την παιδική κακοποίηση και για πέντε ευρύτερους λόγους, που μπορεί να θεωρηθούν ως συνέπειες ή εκδηλώσεις της παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων ήταν σημαντικά συχνότερες για αυτούς που είχαν οποιοδήποτε θέμα παιδικής κακοποίησης σε σύγκριση με αυτούς με αρνητικό ιστορικό. Οι επισκέψεις στα επείγοντα λόγω αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, δηλητηρίασης, τραυματισμού, κατάχρησης ουσιών ή ψυχικής ασθένειας ήταν ιδιαίτερα υψηλές (3 με 15 φορές συχνότερες οι επισκέψεις που είχαν σχέση με ζητήματα ψυχικής υγείας/ κατάχρησης ουσιών και 1,5 με 3,2 φορές συχνότερες οι επισκέψεις για τραυματισμούς και άλλα ατυχήματα για τα άτομα με ιστορικό παιδικής κακοποίησης). Τα προσαρμοσμένα αποτελέσματα σε διαδοχικές ηλικιακές ομάδες δείχνουν περαιτέρω πολύ μεγάλη αύξηση στις επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενήλικης ζωής. Η πολύ μεγάλη συχνότητα επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων για αυτοτραυματισμό, κατάχρηση ουσιών και για θέματα ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της ενήλικης ζωής αναδεικνύουν την έκταση των συνεχιζόμενων αναγκών των θυμάτων παιδικής κακοποίησης, παρέχοντας περαιτέρω κίνητρο για την πρόληψη καθώς και για επαρκείς υπηρεσίες (Gnanamanickam et al., 2022).

Μια έρευνα στην Ιρλανδία σε 213 λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που εξέταζε την παρουσία παιδικού τραύματος στο ιστορικό τους, διαπίστωσε σημαντική επίπτωση του παιδικού τραύματος. Το 76% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες στην παιδική τους ηλικία, χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Η συναισθηματική παραμέληση ήταν ο πιο συχνός τύπος παιδικού τραύματος με συχνότητα 61% και ακολουθούσαν η συναισθηματική κακοποίηση (47%), η σωματική παραμέληση (47%), η σωματική κακοποίηση (28%) και η σεξουαλική κακοποίηση (24%). Μεγαλύτερη συχνότητα παιδικού τραύματος διαπιστώθηκε σε αυτούς με κατάχρηση αλκοόλ ή και άλλων ουσιών, ενώ τα άτομα με κύρια διάγνωση αγχώδους διαταραχής είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα παιδικού τραύματος (50%). Από τους ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη, που ήταν η πιο συχνή διαταραχή του άξονα Ι στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών, το 75% είχε βιώσει παιδικό τραύμα με τη συναισθηματική παραμέληση να αποτελεί το συχνότερο τύπο. Το παιδικό τραύμα συσχετίζεται σημαντικά με τις διαταραχές προσωπικότητας και ιδίως με την αντικοινωνική, την παθητική επιθετική, την παρανοειδή και την οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Μεταξύ των ατόμων με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αναφέρθηκε η μεγαλύτερη συχνότητα (62%) παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, η συχνότητα αυτή είναι σημαντικά

μεγαλύτερη όταν συγκρίνονται με άτομα χωρίς αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Τα άτομα με υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή και συννοσηρή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας είχαν σε μεγαλύτερη συχνότητα παιδική σεξουαλική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση και συναισθηματική παραμέληση όταν συγκρίνονταν με άτομα που έπασχαν μόνο από υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή. Ο μεγαλύτερος αριθμός διαφορετικών τύπων παιδικής κακοποίησης που έχει βιώσει ένα άτομο σχετίζεται με τη βαρύτητα της υποκείμενης ψυχοπαθολογίας και με περισσότερες και συχνότερες νοσηλείες σε ψυχιατρικές κλινικές. Κατά τη σύγκριση των ασθενών με προηγούμενες νοσηλείες και εκείνων που δεν είχαν νοσηλευτεί ποτέ, παρά μόνο αντιμετωπίζονταν σε εξωτερική βάση, διαπιστώθηκε μεγαλύτερη συχνότητα συναισθηματικής παραμέλησης στην ομάδα με τις νοσηλείες (Wota et al., 2014).

1.3 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι δυσμενείς εμπειρίες κατά τη παιδική ηλικία, όπως η κακοποίηση και η παραμέληση, σχετίζονται με αύξηση του κινδύνου κατάθλιψης κατά τέσσερις φορές. Συγκεκριμένα, το στρες κατά την παιδική ηλικία και οι τραυματικές εμπειρίες όπως η παιδική κακομεταχείριση έχουν σχετιστεί στενά με ψυχοπαθολογία στους ενήλικες, ιδίως με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Το παιδικό τραύμα όχι μόνο αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη κατάθλιψης, αλλά καθιστά και την πρόγνωση της ασθένειας πιο δυσμενή. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι σε όσο μικρότερη ηλικία συμβεί το τραύμα, τόσο πιθανότερο είναι το άτομο να νοσήσει από κατάθλιψη. Ωστόσο, αν το τραύμα εκτυλίσσεται στην εφηβική ηλικία αυξάνεται η πιθανότητα ανάπτυξης μετατραυματικής διαταραχής στρες. Πράγματι, το τραύμα κατά την παιδική ηλικία προκαλεί υπερευαισθησία στον άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια, γεγονός που προκαλεί μεγαλύτερη ευαλωτότητα για μείζονα κατάθλιψη (Zare L et al., 2016).

Η μεγάλη κλίμακας μελέτη για το άγχος και την κατάθλιψη στην Ολλανδία (Netherlands Study of Depression and Anxiety, NESDA), στην οποία το 44,8% των συμμετεχόντων είχε βιώσει παιδικό τραύμα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σχετίζεται με επτά φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για μακροχρόνια απουσία από την εργασία και με πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για μειωμένη εργασιακή απόδοση, ενώ η έκθεση σε αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία σχετίστηκε ισχυρά με μειωμένη εργασιακή λειτουργικότητα. Ο συσχετισμός αυτός ήταν πιο σαφής αναφορικά με την μακροχρόνια απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας, όπου παρατηρήθηκε μια αυξημένη αναλογία στα επίπεδα παιδικού τραύματος. Το παιδικό τραύμα σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο επιμονής των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή μιας συννοσηρής διαταραχής. Γενικότερα, οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν πιο συνεχή και επίμονη φύση με μεγαλύτερο κίνδυνο εργασιακής ανικανότητας, ενώ οι αγχώδεις διαταραχές είναι περισσότερο

επεισοδιακές. Επιπρόσθετα, οι άνθρωποι που βιώνουν άγχος μπορεί να προτιμούν να εξακολουθούν να πηγαίνουν στην εργασία τους γιατί το εργασιακό περιβάλλον τους αποσπά από τις συμπεριφορές αποφυγής (De Venter et al., 2020)

Πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της μελέτης NESDA και παρακολούθησε ένα μεγάλο δείγμα Ολλανδών ασθενών με παρούσα ή σε ύφεση καταθλιπτική ή/και αγχώδη διαταραχή για έξι χρόνια παρείχε σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το παιδικό τραύμα και τα κλινικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης και του άγχους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι συμμετέχοντες με ιστορικό παιδικού τραύματος διακρίνονταν από μεγαλύτερη βαρύτητα όλων των συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων καταθλιπτικών, αγχωδών, ανησυχίας και φοβιών, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο αντίκτυπος του παιδικού τραύματος είναι ευρύς και μη ειδικός στις πολλαπλές εκφράσεις της ψυχοπαθολογίας. Οι ισχυρότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν στις διαστάσεις της διάθεσης, των γνωσιακών συμπτωμάτων, της μελαγχολικής κατάθλιψης, της γενικής δυσφορίας και των σωματικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αν και η συναισθηματική και η σωματική κακοποίηση έδειξαν να έχουν ελαφρώς δυσμενέστερες συνέπειες, δεν παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των διαφορετικών τύπων παιδικού τραύματος. Ως εκ τούτου, ο αντίκτυπος του παιδικού τραύματος πιθανόν πηγάζει από το πλαίσιο της κακοποίησης, συμπεριλαμβανομένης της συχνής επαναληψιμότητας του τραύματος, ιδίως της συναισθηματικής κακοποίησης και της συνύπαρξης διαφορετικών τύπων παιδικού τραύματος. Τα συμπτώματα ήταν συστηματικά εντονότερα καθόλη τη διάρκεια της εξαετούς παρακολούθησης, υποδηλώνοντας χρονιότητα για τους ασθενείς με παιδικό τραύμα και ιδίως για αυτούς με βαρύ παιδικό τραύμα. Εκτός από τα συμπτώματα της διάθεσης και τα γνωσιακά συμπτώματα, όπως διαταραχές της συγκέντρωσης και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, η πιο σημαντική επίδραση φάνηκε στην διαπροσωπική ευαισθησία, η οποία σε προηγούμενες έρευνες (Sakado et al., 2000) είχε βρεθεί ότι είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη και την φτωχότερη πορεία των καταθλιπτικών επεισοδίων. Επίσης, το παιδικό τραύμα συσχετίστηκε τόσο με τα μελαγχολικά όσο και με τα άτυπα/ σχετιζόμενα με την ενέργεια στοιχεία της κατάθλιψης. Από τα διαφορετικά συμπτώματα του άγχους, η εντονότερη επίδραση διαπιστώθηκε στη διάσταση της κοινωνικής φοβίας (Kuzminskaite et al., 2022).

1.4 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ & ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Παρά την εκτεταμένη έρευνα, η αιτιολογική συσχέτιση ανάμεσα στο πρώιμο συναισθηματικό τραύμα και τις αγχώδεις διαταραχές δεν έχει πλήρως διασαφηνιστεί. Ωστόσο, αιτιολογικά μοντέλα των αγχωδών διαταραχών υποδεικνύουν μια προδιάθεση για την ανάπτυξη αυτών των διαταραχών σε άτομα με ιστορικό αντίξωων συνθηκών κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Οι τραυματικές εμπειρίες και οι

συναισθηματικές καταστάσεις που σχετίζονται με αυτές μπορούν να δημιουργήσουν και να ενισχύσουν αρνητικές πεποιθήσεις και ιδέες ανεπάρκειας του ατόμου για τον εαυτό του και το περιβάλλον του, προδιαθέτοντάς το να βιώσει υψηλότερα επίπεδα άγχους όταν βρεθεί αντιμέτωπο με καινούργιες ψυχοπρεστικές καταστάσεις, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης αγχωδών διαταραχών στο μέλλον. Η εμπειρία τραυματικών γεγονότων στην παιδική ηλικία μπορεί να αυξήσει την ευαισθησία των απαντήσεων στο στρες μέσω τροποποίησης της ρύθμισης του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση- επινεφρίδια και επακόλουθα επηρεάζοντας την εγκεφαλική λειτουργία και την ανθρώπινη συμπεριφορά, αυξάνοντας τον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχοπαθολογικών διαταραχών ιδιαίτερα στο φάσμα του άγχους (Nemeroff, 2004). Αναφορικά με τα παραπάνω, ορισμένες μελέτες καταδεικνύουν ότι τα δυσμενή γεγονότα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας μπορούν να προκαλέσουν υπερδραστηριότητα του κεντρικού παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τις συμπεριφορικές απαντήσεις στο στρες, οδηγώντας σε αυξημένη ευαλωτότητα στις αγχώδεις διαταραχές. Η απορρύθμιση του άξονα υποθάλαμος –υπόφυση- επινεφρίδια ενισχύει την απάντηση στο στρες και καθιστά τα άτομα υπεραντιδραστικά στο περιβάλλον, προκαλώντας μεταβολές στην κριτική ικανότητα κατά τη διάρκεια ψυχοπρεστικών καταστάσεων, που βιώνονται με έναν υπερευαίσθητο και υπερτιμημένο τρόπο, ιδίως αναφορικά με τις σωματικές αντιδράσεις του ατόμου. Αυτή η κατάσταση μπορεί να ενταθεί στην ενήλικη ζωή, αυξάνοντας την ευαλωτότητα για ανάπτυξη διαταραχής πανικού, η οποία χαρακτηρίζεται από ξαφνικά και επαναλαμβανόμενα συμπτώματα έντονης αδιαθεσίας, που συνοδεύονται από σωματικά και γνωσιακά συμπτώματα (Hirshfeld-Becker et al., 2008). Ωστόσο, σύμφωνα με άλλη μελέτη, τα μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης που προκύπτουν από την απορρύθμιση του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια, μπορούν ανεξέλεκτα να αυξήσουν την απάντηση στο στρες σε άτομα με διαταραχή πανικού (Petrowski et al., 2010).

Μεταξύ των διαφορετικών τύπων τραύματος η σεξουαλική και η σωματική κακοποίηση έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών, αλλά και οι υπόλοιποι τύποι τραύματος έχουν σημαντικό αντίκτυπο (Roemer et al., 1997). Εξετάζοντας τη συσχέτισή τους με το πρώιμο τραύμα, η διαταραχή πανικού, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η διαταραχή κοινωνικού άγχους είναι οι πιο επικρατούσες αγχώδεις διαταραχές, πιθανόν λόγω της υψηλής επίπτωσής τους στο γενικό πληθυσμό. Δύο μελέτες που εξέτασαν την επίδραση του φύλου έδειξαν ότι οι άνδρες με διαταραχή πανικού είχαν σε μεγαλύτερη συχνότητα νοσηλείες κατά την παιδική ηλικία, ενώ οι γυναίκες είχαν βιώσει πιο συχνά σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Μεταξύ εκείνων με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, η επίπτωση της εξάρτησης των γονέων από ουσίες ήταν υψηλότερη στους άνδρες. Μεταξύ των ατόμων με διαταραχή κοινωνικού άγχους, η συχνότητα της ενδοοικογενειακής βίας ήταν υψηλότερη μεταξύ των ανδρών (Sareen et al., 2013), ενώ η παρουσία

οικογενειακής διαμάχης και ψυχικών διαταραχών στην οικογένεια ήταν υψηλότερη μεταξύ των γυναικών (De Wit et al., 2005).

Σύμφωνα με μια μεταανάλυση, το πρώιμο συναισθηματικό τραύμα είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών, ανεξάρτητα από τον τύπο της τραυματικής εμπειρίας, και συγκεκριμένα αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1.9 με 3.6 φορές. Πιο αναλυτικά, η παιδική σωματική κακοποίηση αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης αγχωδών διαταραχών κατά 2.6 φορές συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν αντίστοιχες εμπειρίες στην παιδική τους ηλικία, ενώ τα άτομα που είχαν βιώσει συναισθηματική κακοποίηση διέτρεχαν 3.5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν αγχώδη διαταραχή. Υψηλότερη επίπτωση σωματικού τραύματος βρέθηκε μεταξύ των ασθενών με διαταραχή πανικού, υψηλότερη επίπτωση συναισθηματικού τραύματος αναφέρθηκε μεταξύ των ασθενών με διαταραχή κοινωνικού άγχους, ενώ τα αποτελέσματα αναφορικά με την σεξουαλική κακοποίηση ήταν διφορούμενα. Αναφορικά με τη διαταραχή κοινωνικού άγχους, η εμπειρία συναισθηματικού τραύματος αύξησε τον κίνδυνο κατά 50% συγκριτικά με τον σχετιζόμενο κίνδυνο από σεξουαλικό ή σωματικό τραύμα (Fernandes & Osorio, 2015). Μια πιθανή εξήγηση για το συγκεκριμένο εύρημα σχετίζεται με την ιδέα των αρνητικών πεποιθήσεων, που αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και τη διατήρηση της διαταραχής κοινωνικού άγχους. Οι αρνητικές γνώσεις μπορεί να εμφανιστούν οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια μιας δυσμενούς κοινωνικής κατάστασης και προέρχονται από αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις δράσεις και τις ικανότητες του ατόμου και τις απαντήσεις από το περιβάλλον και τις εξωτερικές εκτιμήσεις. Μέσα από την παρουσία τέτοιων πεποιθήσεων που συνδέονται με τραυματικά γεγονότα πρώιμα στη ζωή, καινούργιες δυσμενείς εμπειρίες ενεργοποιούν μνήμες αποτυχίας, απόρριψης και παραμέλησης και ευνοούν τις προβλέψεις κακής επίδοσης ή περαιτέρω απόρριψης στη νέα κοινωνική κατάσταση. Αυτές οι εμπειρίες δρουν ως εκλυτικοί παράγοντες για τη δημιουργία ή και την επέκταση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και τελικά οδηγούν σε αυξημένη ευαλωτότητα για τη δημιουργία διαταραχής κοινωνικού άγχους (Miers et al., 2014).

Στην μεταανάλυση Fernandes & Osorio, 2015 ο πρώιμος αποχωρισμός από τους γονείς αναδείχθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου που σχετίστηκε με την παρουσία αγχωδών διαταραχών στην ενήλικη ζωή. Ο πρώιμος αποχωρισμός από τους γονείς έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία (Thompson et al., 2008) ως σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία και άμεσα παρεμβαίνει στην ατομική ευεξία σε ψυχολογικό, κοινωνικό και ακαδημαϊκό επίπεδο. Αυτή η συσχέτιση παρατηρείται γιατί η στέρηση των παροχών, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής υποστήριξης από τους γονείς, της φροντίδας, της παροχής προτύπων, της πρόσβασης στην πληροφορία, της επίβλεψης και της καθοδήγησης, δημιουργεί μια αντίληψη ευαλωτότητας, ανασφάλειας και

εχθρότητας στα παιδιά, διαταράσσοντας ή υπερδιεγείροντας προσαρμοστικές συμπεριφορές, γεγονός που καθιστά τα άτομα ευάλωτα ή υπεραντιδραστικά στην εξωτερική πραγματικότητα (Fernandes & Osorio, 2015) .

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που διενεργήθηκε στην Τσεχία και εξέταζε τη συμβολή των διαφορετικών τύπων τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας στις αγχώδεις διαταραχές και στις καταστάσεις χρόνιου πόνου, ο πόνος και το άγχος συσχετίστηκαν με υψηλότερη επίπτωση συναισθηματικής κακοποίησης και συναισθηματικής και σωματικής παραμέλησης σε πληθυσμό της κοινότητας και με υψηλότερη επίπτωση συναισθηματικής και σωματικής κακοποίησης και συναισθηματικής και φυσικής παραμέλησης σε κλινικό πληθυσμό. Τα άτομα που ανέφεραν συναισθηματική και σωματική κακοποίηση και συναισθηματική παραμέληση είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα νόσησης από αγχώδη διαταραχή ή διαταραχή προσαρμογής με ταυτόχρονο χρόνιο πόνο. Αν και στη συγκεκριμένη έρευνα το κλινικό δείγμα ήταν σχετικά μικρό, με μόλις 32 ασθενείς, βρέθηκε υψηλότερη αναλογία συναισθηματικής κακοποίησης και παραμέλησης και σωματικής κακοποίησης συγκριτικά με τα υγιή άτομα και συγκριτικά με τον πληθυσμό της κοινότητας που ανέφερε κάποια χρόνια πάθηση με ή χωρίς πόνο και άγχος (Kascakova et al., 2020)

Η έρευνα που εξετάζει τους παράγοντες κινδύνου της παιδικής ηλικίας για την ανάπτυξη κοινωνικού άγχους προτείνει ότι ο τρόπος ανατροφής, όπως η υπερπροστασία, η απόρριψη, η έλλειψη συναισθηματικής ζεστασιάς εμφανίζουν μια συγκεκριμένη συσχέτιση με την αναδρομικά αξιολογούμενη εμφάνιση της διαταραχής κοινωνικού άγχους. Είναι εύλογο κανείς να υποθέσει ότι η επικριτική συμπεριφορά των γονέων και άλλες μορφές συναισθηματικής κακοποίησης ασκούν μεγαλύτερη επίδραση σε άτομα που είναι επιρρεπή στην ευαισθησία στην απόρριψη (Spokas et al. 2009 & Sachs- Ericsson et al., 2006). Τα ευρήματα από μια μελέτη που εξέταζε άμεσα τη συσχέτιση της παιδικής κακοποίησης με τη διαταραχή κοινωνικού άγχους παρέχουν ενδείξεις ότι το παιδικό τραύμα συνδέεται με μεγαλύτερη βαρύτητα συμπτωμάτων διαταραχής κοινωνικού άγχους, φτωχότερη λειτουργικότητα, χαμηλότερη ποιότητα ζωής και ότι η συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση σχετίζονται στενά με τη βαρύτητα της διαταραχής κοινωνικού άγχους (Simon et al., 2009) . Στην έρευνα των Alden και συνεργατών οι αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία αποτέλεσαν προγνωστικό δείκτη για μεγαλύτερα επίπεδα εγκατάλειψης της θεραπείας και φτωχότερη ανταπόκριση στη γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μεταξύ των ασθενών με διαταραχή κοινωνικού άγχους. Η κακοποίηση από τους γονείς κατά την παιδική ηλικία συνδέεται με ασθενέστερη θεραπευτική συμμαχία και περισσότερες αρνητικές σχέσεις μεταξύ ασθενών και θεραπειών (Alden et al., 2006).

Σύμφωνα με μια έρευνα που εξέταζε την επίδραση των διαφορετικών μορφών παιδικής κακοποίησης στο κοινωνικό άγχος και στην έκβαση της φαρμακοθεραπείας με παροξετίνη, η μεγαλύτερη συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση και η σωματική παραμέληση κατά την παιδική ηλικία, αλλά όχι η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση σχετίστηκαν με μεγαλύτερη βαρύτητα συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους, με σημαντικότερη δυσλειτουργία και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Από τους διαφορετικούς τύπους παιδικής κακοποίησης, η συναισθηματική κακοποίηση αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης για την βαρύτητα των συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους προ της φαρμακοθεραπείας. Επιπλέον, η συναισθηματική κακοποίηση συνδέθηκε με μεγαλύτερη συχνότητα πρόωρης διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής. Τέλος, όσον αφορά την έκβαση της θεραπείας, οι ασθενείς με ιστορικό συναισθηματικής κακοποίησης, εκτός από τα πιο σοβαρά συμπτώματα πριν την έναρξη της θεραπείας, επίσης έτειναν να εμφανίζουν μεγαλύτερη βελτίωση κατά τη διάρκεια των δώδεκα εβδομάδων θεραπείας με παροξετίνη (Bruce et al., 2012). Σύμφωνα με την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία για την κατάθλιψη, η παιδική κακοποίηση συνδέεται με μια χρόνια μορφή μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής με μικρότερη ανταπόκριση στην αντικαταθλιπτική θεραπεία (Klein et al., 2009). Επιπλέον, η πιθανότητα διακοπής της φαρμακευτικής θεραπείας αυξάνεται σε ασθενείς με ιστορικό πατρικής παραμέλησης (Johnstone et al., 2009).

1.5 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ & ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Το παιδικό τραύμα συνδέεται με σημαντικές αλλαγές στην εγκεφαλική δομή, λειτουργία, συνδεσιμότητα και αρχιτεκτονική των δικτύων. Σταθερά ευρήματα αποτελούν η μειωμένη κλασματική ανισοτροπία του μεσολοβίου και ο μικρότερος όγκος υποκάμπου στους ενήλικες, αλλά όχι απαραίτητα στους νέους. Το παιδικό τραύμα συνδέεται, επίσης, με εξασθενημένη ανάπτυξη του πρόσθιου φλοιού του προσαγωγίου, του κογχομετωπιαίου και του ραχιαίου πλάγιου προμετωπιαίου φλοιού, με ενισχυμένη απάντηση της αμυγδαλής στην απειλή και με αμβλυμένη απόκριση του ραβδωτού σώματος σε προσδοκία ανταμοιβής (Dannlowski et al., 2012). Αρχικά οι ερευνητές υπέθεσαν ότι η παιδική κακοποίηση καταστρέφει τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο. Τελικά είναι περισσότερο πιθανό ότι οδηγεί σε πολύ συγκεκριμένες φαινοτυπικές προσαρμογές. Αυτό αντικατοπτρίζεται σε αυστηρά ελεγχόμενες αντικειμενικές μελέτες ανάλυσης ολόκληρου του εγκεφάλου που αξιολογούν τις δομικές συνέπειες της έκθεσης σε διαφορετικούς τύπους παιδικής κακοποίησης. Συνοπτικά, η έκθεση σε λεκτική κακοποίηση από τους γονείς συνδέεται ειδικά με μεταβολές στον όγκο της φαιάς ουσίας στον αριστερό ακουστικό φλοιό και με μείωση της ακεραιότητας της αριστερής τοξοειδούς δεσμίδας που διασυνδέει τις περιοχές Broca και Wernicke και είναι μία σημαντική νευρική οδός για τη γλώσσα(

Tomoda et al. 2011 & Choi et al., 2009). Η οπτική παρατήρηση σκηνών ενδοοικογενειακής βίας από την άλλη μεριά συνδέθηκε ειδικά με μείωση του όγκου της φαιάς ουσίας στον πρωτοταγή οπτικό φλοιό και με μειωμένη ακεραιότητα της κατώτερης διαμήκου δεσμίδας που διασυνδέει το μεταιχμιακό και το οπτικό σύστημα και παίζει σημαντικό ρόλο στη μνήμη μας και στις συναισθηματικές μας αντιδράσεις σε πράγματα που βλέπουμε (Tomoda et al. 2012 & Choi et al., 2012). Σε αντιδιαστολή, η διεισδυτική σεξουαλική κακοποίηση σχετίστηκε ειδικά με λέπτυνση του τμήματος του σωματοαισθητικού φλοιού στις γυναίκες, που είναι υπεύθυνος για την αισθητικότητα της κλειτορίδας και της περιβάλλουσας γεννητικής περιοχής (Heim et al., 2013), ενώ η συναισθηματική κακοποίηση συνδέθηκε με λέπτυνση των φλοιικών περιοχών, που σχετίζονται με την αυτογνωσία και την αυτοεκτίμηση. Κατά συνέπεια, η παιδική κακοποίηση φαίνεται να οδηγεί σε νευροπλαστικές προσαρμογές, που μπορεί να προστατεύουν το παιδί που ζει κάτω από κακοποιητικές συνθήκες με την εξασθένηση της αισθητηριακής επεξεργασίας συγκεκριμένων δυσμενών εμπειρών, αλλά μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη συμπεριφορικών προβλημάτων, όπως η σεξουαλική δυσλειτουργία αργότερα στη ζωή (Teicher et al., 2022).

Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχουν σχετιζόμενες με το φύλο διαφορές στη συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική κακοποίηση και στη δομή του εγκεφάλου, με τις μεγαλύτερες διαφορές να αναφέρονται στο μεσολόβιο και στον ιππόκαμπο κακοποιημένων ανδρών παρά γυναικών. Επίσης, φαίνεται να υπάρχουν συγκεκριμένες κρίσιμες περίοδοι, όπου η έκθεση σε παιδική κακοποίηση σχετίζεται με μεγαλύτερες αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Για παράδειγμα η απόκριση της αμυγδαλής σε απειλητικά οπτικά ερεθίσματα αμβλύθηκε σε ενήλικες που ανέφεραν σωματική κακοποίηση σε ηλικίες από τριών έως έξι ετών, αλλά οξύνθηκε σε ενήλικους που ανέφεραν έκθεση σε συναισθηματικό εκφοβισμό από συνομηλίκους σε ηλικίες δεκατριών με δεκαπέντε ετών (Zhu et al., 2019). Τα παραπάνω ενδεχομένως αποτελούν ωφέλιμες νευροπλαστικές προσαρμογές. Μία αμβλυμένη απάντηση μάχης φυγής μπορεί να είναι ωφέλιμη για παιδιά με γονείς κατά διαστήματα κακοποιητικούς και φροντιστικούς προκειμένου να διατηρηθεί ο δεσμός προσκόλλησης. Στα εφηβικά χρόνια μια ενισχυμένη απάντηση μάχης φυγής μπορεί να είναι ωφέλιμη, ιδίως σε εφήβους που βιώνουν εκφοβισμό. Ωστόσο μια αμβλυμένη απάντηση της αμυγδαλής αργότερα στη ζωή σχετίζεται με δυσκολία στην αναγνώριση επικίνδυνων καταστάσεων και αυξημένο κίνδυνο για κατάχρηση ουσιών, ενώ η οξυμένη απάντηση της αμυγδαλής σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο άγχους και κατάθλιψης (Teicher et al., 2022).

Οι προαναφερόμενες σχετιζόμενες με το παιδικό τραύμα παραλλαγές σε ευαίσθητες στο στρες εγκεφαλικές δομές είναι παρούσες σε κακοποιημένα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά όχι απαραίτητα σε πάσχοντες από ψυχικές ασθένειες χωρίς ιστορικό κακοποίησης (Poletti et al., 2016). Η παραπάνω παρατήρηση σε συνδυασμό

με τις σημαντικές διαφορές στις κλινικές εκδηλώσεις και στην ανταπόκριση στη θεραπεία έχουν οδηγήσει στην υπόθεση ότι τα κακοποιημένα άτομα και τα άτομα χωρίς ιστορικό κακοποίησης με την ίδια αρχική διάγνωση κατά DSM είναι κλινικά και νευροβιολογικά διακριτά και αντιπροσωπεύουν ένα μοναδικό οικοφαινότυπο (Teicher et al., 2013). Επιπλέον, τα άτομα με τον οικοφαινότυπο της παιδικής κακοποίησης φαίνεται να εμφανίζουν μια σειρά από μοριακές και φυσιολογικές διαφορές. Αυτές περιλαμβάνουν ανώμαλη λειτουργία του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση –επινεφρίδια και ανώμαλες απαντήσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος σε στρεσογόνους παράγοντες, που είναι αυξημένες ή αμβλυμένες ανάλογα τη μελέτη, πιθανόν λόγω διαφορών στην ηλικία, στον τύπο και στον χρόνο έκθεσης στην παιδική κακοποίηση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι τα κακοποιημένα άτομα με μια ποικιλία από ψυχιατρικές διαταραχές εμφανίζουν ανεβασμένους δείκτες φλεγμονής (Baldwin et al., 2018). Οι θεωρίες για την αιτιολογία των ψυχιατρικών διαταραχών έχουν εστιάσει στις ανωμαλίες του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια και πιο πρόσφατα στη νευροφλεγμονή, τυπικά χωρίς να λαμβάνουν υπόψη ότι αυτές οι ανωμαλίες ίσως περιορίζονται στην υποκατηγορία των ασθενών με παιδική κακοποίηση. Επιπλέον, η κακοποίηση θεωρείται ότι παράγει μόνιμες βιολογικές μεταβολές μέσω μιας σειράς επιγενετικών τροποποιήσεων ή μέσω των αλληλεπιδράσεων γονιδίων, εμπειρίας και ανάπτυξης, που επίσης είναι ειδικές για τον υποτύπο της κακοποίησης. Η προσπάθεια για περιγραφή της βιολογικής βάσης των ψυχικών διαταραχών, χωρίς να ληφούν υπόψη αυτές οι σημαντικές διαφορές, είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε αντικρουόμενα αποτελέσματα (Teicher et al., 2022).

1.6 Ο ΑΞΟΝΑΣ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ- ΥΠΟΦΥΣΗ- ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ

Ο άξονας υποθάλαμος- υπόφυση επινεφρίδια θεωρείται ένας από τους κύριους νευροβιολογικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων οι δυσμενείς εμπειρίες πρώιμα στη ζωή μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με το στρες. Επαναλαμβανόμενη ή υπέρμετρη έκθεση σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες έχει συνδεθεί με χρόνιες μεταβολές στη λειτουργία του άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια με δυσμενείς συνέπειες για τον εγκέφαλο και άλλα συστήματα του σώματος. Τα παραπάνω αποτελούν υπόθεση εργασίας για τα παιδιά και για τους νέους ανθρώπους που εκτέθηκαν σε τραυματικές εμπειρίες, ενώ η διαδικασία ανάπτυξης του εγκεφάλου τους ήταν ακόμη σε εξέλιξη κατά την έκθεσή τους στο τραυματικό γεγονός. Μια σειρά από μελέτες παρατήρησης έχουν διερευνήσει τη συσχέτιση των τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία και του άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια, συμπεριλαμβανομένης της βασικής λειτουργικότητας και της απάντησης σε κοινωνικό στρες. Συνολικά, αυτή η εργασία μας παρέχει σημαντικές ενδείξεις για απορρύθμιση των επιπέδων κορτιζόλης σε παιδιά και ενήλικες με έκθεση σε αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία (Koss et al., 2018). Παρόλα αυτά δεν υπάρχει ομοφωνία για την κατεύθυνση αυτών των

συσχετισμών. Η πρώτη έρευνα που χρησιμοποίησε κορτιζόλη στον σίελο κατέληξε ότι οι τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία συνδέονται με αυξημένη επαγόμενη από το στρες έκκριση κορτιζόλης και ανεβασμένα βασικά επίπεδα κορτιζόλης (Hunter et al., 2011). Ωστόσο υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις από άλλες μελέτες που υποδηλώνουν μειωμένη ενεργοποίηση του άξονα

Οι έρευνες προτείνουν ότι η διαταραγμένη λειτουργικότητα του άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια μπορεί να εμπλέκεται στην αιτιολογία των σχετιζόμενων με το στρες διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι τα καταθλιπτικά άτομα τείνουν να εμφανίζουν υπερδραστηριότητα του άξονα (Stetler et al., 2011). Επιπλέον, τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης έχουν προβλεπτική αξία στην εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης στο μέλλον σε υγιή άτομα. Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι διαφορετικά πρότυπα ενεργοποίησης του άξονα έχουν βρεθεί σε άλλες σχετιζόμενες με το στρες διαταραχές. Οι ασθενείς με μετατραυματική διαταραχή στρες και εκείνοι με μετατραυματική διαταραχή στρες και συννοσηρή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχει βρεθεί ότι έχουν χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης σιέλου από την ομάδα ελέγχου (Pan et al., 2018). Κατά συνέπεια, καταθλιπτικά άτομα που εκτέθηκαν σε τραυματικά γεγονότα θα μπορούσαν να εκδηλώνουν διαφορετικά πρότυπα δραστηριότητας του άξονα σε σύγκριση με αυτούς χωρίς τραύμα.

Το στάδιο ανάπτυξης του άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη σχέση ανάμεσα στην έκθεση σε στρες και τα επίπεδα κορτιζόλης. Η πρώτη παιδική ηλικία συνδέεται με μειωμένη απάντηση του άξονα στο στρες, ενώ κατά την αρχή της εφηβείας ο άξονας φαίνεται να εισέρχεται σε μια φάση υπερευαισθησίας στο περιβάλλον (Kuhlman et al., 2017). Η έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία είναι δυνατόν να μεταβάλλει τα τυπικά πρότυπα δραστηριότητας του άξονα που συναντώνται σε διαφορετικές περιόδους της πρώιμης ζωής. Η έκθεση σε παιδικό τραύμα, όπως η κακοποίηση και η οικογενειακή δυσλειτουργία έχουν σχετιστεί με αυξημένες απαντήσεις του άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας, αλλά ο ίδιος τύπος αντιξοοτήτων κατά τη διάρκεια του τέλους της παιδικής ηλικίας και κατά την εφηβεία σχετίζονταν με μειωμένη δραστηριότητα του άξονα (Bosch et al., 2012). Επίσης, παραμένει ασαφές σε ποιον βαθμό οι γενετικές επιρροές μπορεί να συμβάλουν σε αυτές τις συσχετίσεις. Τόσο η λειτουργία του άξονα, όσο και η κατάθλιψη επηρεάζονται από γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να αυξήσουν την ευαλωτότητα του ατόμου στις τραυματικές εμπειρίες. Μελέτες κληρονομικότητας σε διδύμους δείχνουν ότι κυμαίνεται από 30% με 40% για την κατάθλιψη (Smoller et al., 2019) και μεταξύ 40% και 60% για την κορτιζόλη σιέλου (Ouellet Morin et al., 2016). Έχει προταθεί ότι ο άξονας υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια και το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να απαντούν διαφορετικά σε διαφορετικούς τύπους στρεσογόνων παραγόντων κατά την παιδική ηλικία. Για

παράδειγμα υπάρχουν κάποιες αρχικές ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι οι εμπειρίες που σχετίζονται με απειλή (όπως κακοποίηση και ενδοοικογενειακή βία) αλλά όχι με στέρηση (π.χ. φτώχεια) σχετίζονται με μεταβολές στην λειτουργία του άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια (Busso et al., 2017).

Μία μελέτη διδύμων με 290 συμμετέχοντες από την μελέτη Twins Early Development Study αξιολόγησε τον διαμεσολαβητικό ρόλο του άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια μεταξύ του παιδικού τραύματος και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το παιδικό τραύμα αξιολογήθηκε στις ηλικίες μεταξύ τριών και έντεκα ετών και προέκυψε ο αθροιστικός κίνδυνος, καθώς και ο κίνδυνος που προέρχεται από ομάδες συγκεκριμένων τραυματικών εμπειριών. Η λειτουργία του άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια αξιολογήθηκε με βάση την ημερήσια κορτιζόλη σιέλου στην ηλικία των έντεκα ετών. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα εξετάστηκαν στην ηλικία των εικοσιένα ετών. Η γενετική συμμετοχή στα μεταβαλλόμενα επίπεδα κορτιζόλης και τα αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα μετρήθηκε με τη χρήση μίας μεθόδου που βασίζεται σε διδύμους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης τα παιδιά που εκτέθηκαν σε τρεις ή περισσότερες τραυματικές εμπειρίες είχαν χαμηλότερα επίπεδα ημερήσιας κορτιζόλης στην ηλικία των έντεκα ετών και βαρύτερα καταθλιπτικά συμπτώματα στην ηλικία των εικοσιένα ετών. Τα συγκεκριμένα ευρήματα παρέχουν κάποιες αρχικές ενδείξεις για αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και την κορτιζόλη στην αρχή της εφηβείας, που είναι μια περίοδος κατά την οποία τα επίπεδα της κορτιζόλης τείνουν να αυξάνονται. Επίσης βρέθηκε ότι τα χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης κατά την εφηβεία συνδέονται με εντονότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στην πρώιμη ενήλικη ζωή, ιδίως μεταξύ των ατόμων που εκτέθηκαν σε παιδικό τραύμα. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες σύμφωνα με τις οποίες τα καταθλιπτικά άτομα τείνουν να εμφανίζουν μια υπερενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια, ωστόσο συνάδει με προηγούμενες αναλύσεις που έχουν δείξει ότι άτομα με μετατραυματική διαταραχή στρες και συννοσηρή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχουν χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης. Ο άξονας υποθάλαμος υπόφυση επινεφρίδια αποτελεί ένα σημαντικό νευροβιολογικό μηχανισμό μέσω του οποίου τα τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας ενσωματώνονται βιολογικά και αυξάνουν την ευαλωτότητα του ατόμου για σχετιζόμενη με το στρες ψυχοπαθολογία. Οι εμπειρίες που περιελάμβαναν απειλή (όπως ο εκφοβισμός, η σωματική και συναισθηματική κακοποίηση) συσχετίστηκαν τόσο με απορρύθμιση της κορτιζόλης στην εφηβεία, όσο και με καταθλιπτικά συμπτώματα στην πρώιμη ενήλικη ζωή, αντιθέτως οι λιγότερο απειλητικές εμπειρίες όπως το διαζύγιο των γονέων δεν συσχετίστηκαν. Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι ο δυσλειτουργικός γονεϊκός ρόλος έδειξε ασθενή συσχέτιση με την κατάθλιψη, αλλά ο δυσλειτουργικός ρόλος του γονέα σε συνδυασμό με συναισθηματική κακοποίηση σχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης. Η κληρονομικότητα μπορεί να συμβάλλει στη συσχέτιση των τραυματικών γεγονότων

της παιδικής ηλικίας με τα αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα στην πρώιμη ενήλικη ζωή μέσω των μειωμένων επιπέδων κορτιζόλης στην εφηβεία, όμως το παιδικό τραύμα και η κορτιζόλη είναι πιθανό να αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για καταθλιπτικά συμπτώματα (Iob et al., 2021).

1.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πολλές έρευνες πάνω στους νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς μεταξύ της παιδικής κακοποίησης και της ψυχοπαθολογίας προτείνουν ότι οι αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία μπορεί να αυξήσουν την νευροβιολογική ευαισθησία στο στρες, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην ψυχιατρική νοσηρότητα και συννοσηρότητα. Πολλαπλοί ψυχολογικοί παράγοντες έχουν αναγνωριστεί ως δυνητικοί μεσολαβητές της κατάθλιψης που ακολουθεί τα τραυματικά γεγονότα, όπως τα καταθλιπτογόνα γνωσιακά πρότυπα, η αποφυγή και η συναισθηματική απορρύθμιση (Zhao et al., 2022). Τα παιδιά που έχουν βιώσει παιδικό τραύμα διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν δυσπροσαρμοστικά σχήματα και πυρηνικές πεποιθήσεις που περιλαμβάνουν την απόρριψη και την ανεπαρκή επίδοση και αυτονομία, τα οποία οδηγούν στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα μπορεί να αναπτυχθούν εν μέρει λόγω των ανικανοποίητων βασικών αναγκών κατά την διάρκεια των αρνητικών παιδικών εμπειριών και να θεωρούν τον εαυτό ως ανάξιο να αγαπηθεί. Η γνωσιακή τριάδα, η οποία ορίζεται ως αρνητική εικόνα για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον (Beck, 1967), μπορεί να μεσολαβεί στη συσχέτιση ανάμεσα στα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και στα καταθλιπτικά συμπτώματα της ανηδονίας και της ανεπάρκειας, καθώς επίσης να δρα ως ρυθμιστής στη σχέση των γεγονότων ζωής με το σύμπτωμα της αρνητικής αυτοεκτίμησης (Reinemann and Ellison, 2004). Τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα μπορεί να ενεργοποιηθούν από συγκεκριμένα γεγονότα ζωής και να παράγουν περαιτέρω αυτόματες αρνητικές σκέψεις, που αυξάνουν τον κίνδυνο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Beck, 1967). Οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις, οι γνωσιακές προκαταλήψεις, όπως οι σκέψεις προσωπικής αποτυχίας (Metel et al., 2019), ο ιδεομυρηκασμός (Rezaei et al., 2016), ο φόβος της αυτοσυμπόνιας (Messmann-Moore et al., 2020), η έλλειψη ψυχολογικής ευελιξίας (Makriganis et al., 2019) και η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Han et al., 2018) συνδέουν το παιδικό τραύμα με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα αρνητικά συναισθήματα, όπως η ντροπή και η ενοχή έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με τη σύνδεση ορισμένων τύπων αρνητικών γεγονότων της παιδικής ηλικίας με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Sekowski et al., 2020). Το αρνητικό συναίσθημα της απελπισίας θεωρείται ότι συνδέεται με μειωμένη θετική περιέργεια για καινούργιες εμπειρίες και αυξημένο άγχος αποχωρισμού και επίσης έχει εντοπιστεί ως μεσολαβητής στη συσχέτιση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην πρώιμη ενήλικη ζωή (Fuchshuber et al., 2018). Η αυτομομφή σχετίζεται σημαντικά με την ντροπή και αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Sekowski et al., 2020). Τέλος, οι

αποφευκτικές συμπεριφορές, ο αποφευκτικός τρόπος αντιμετώπισης (Carvalho et al. 2015) και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός (Wang et al., 2020) παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη κατάθλιψης σε άτομα με ιστορικό παιδικής κακοποίησης. Από όλες τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές, η αποφυγή είναι επίμονο χαρακτηριστικό στα άτομα που αναφέρουν αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία, γεγονός που αντανακλά την προσπάθεια του ατόμου να προστατέψει το εγώ από το υπέρμετρο στρες που ακολουθεί μία επώδυνη εμπειρία. Ωστόσο, αν και ο αποφευκτικός τρόπος αντιμετώπισης φαίνεται αποτελεσματικός βραχυπρόθεσμα, η υπέρμετρη χρήση αποφυγής μπορεί να σχετίζεται με αρνητικές επιπτώσεις, όπως το συναισθηματικό μούδιασμα και οι παρεισφρύσεις απειλητικού υλικού, που είναι λιγότερο αποτελεσματικά στην επίλυση στρεσογόνων καταστάσεων και απομακρύνουν το άτομο από την θετική ενίσχυση, όπως το κουράγιο, η ελπίδα και η κυριαρχία στα δυσάρεστα συναισθήματα. Ως αποτέλεσμα της προηγούμενης δυσλειτουργικής στρατηγικής, οι δυσπροσαρμοστικές εκβάσεις συμβαίνουν σε απάντηση στα στρεσογόνα γεγονότα και σχετίζονται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και κίνδυνο ψυχοπαθολογίας (Zhao et al., 2022) .

Αντίστροφα , δεν διατρέχουν όλα τα παιδιά που βιώνουν αντιξοότητες τον ίδιο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη, αντίθετα πολλά άτομα μπορεί να προσαρμόζονται στις αντιξοότητες (Liu et al., 2017). Ενδεχομένως, υπάρχουν προστατευτικοί παράγοντες που ρυθμίζουν τη σχέση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και την κατάθλιψη, όπως γενετικοί παράγοντες και ψυχική ανθεκτικότητα. Η ψυχική ανθεκτικότητα ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να εμφανίζει θετική προσαρμογή παρά τις αντίξοες συνθήκες και να διατηρεί σχετικά σταθερή και υγιή ψυχοσωματική λειτουργικότητα όταν έρχεται αντιμέτωπο με τραυματικές εμπειρίες. Η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί είτε να διαταραχθεί από τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας που τότε οδηγούν στην κατάθλιψη (Chen et al., 2021), είτε να προστατέψει την ψυχική υγεία ενάντια στα αρνητικά γεγονότα (Chang et al., 2021, Yu et al., 2021). Τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας χαρακτηρίζονται από μικρότερες μεταβολές της σεροτονινεργικής δραστηριότητας, προσαρμοστική ρύθμιση της νοραδρενεργικής δραστηριότητας, πιο ευαίσθητους βιολογικά ντοπαμινεργικούς υποδοχείς, πιο θετικά συναισθήματα, ψυχολογική ευελιξία και προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης στα στρεσογόνα γεγονότα (Southwick et al., 2005). Αυτή η ικανότητα δεν είναι καθεαυτό χαρακτηριστικό, αλλά αντίθετα μια πολυδιάστατη και συστηματική κατασκευή, που είναι δυναμική και αλληλεπιδρά με ένα ευρύ φάσμα διαπροσωπικών και κοινωνικοπεριβαλλοντικών παραγόντων (Liu, 2017). Η πνευματικότητα ως πηγή ελπίδας και επούλωσης των τραυμάτων συσχετίστηκε με μειωμένη πιθανότητα κατάθλιψης (Freeny et al., 2021). Η ενσυνειδητότητα ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να παρακολουθεί και να αποδέχεται τις ίδιες του τις εμπειρίες και βρέθηκε ότι αλλάζει τη συσχέτιση ανάμεσα στα αρνητικά γεγονότα και την καταθλιπτική έκβαση ως μία επιπρόσθετη δεξιότητα. Αποδυναμώνει την

επίδραση των τραυματικών γεγονότων στην ψυχική υγεία και έχει ιδιαίτερη σημασία στα άτομα με υψηλότερα επίπεδα παιδικής κακοποίησης (Beshai & Parmar, 2019). Τέλος η εξωτερική θέση ελέγχου έχει βρεθεί ότι έχει προστατευτικό ρόλο σε σχέση με την εσωτερική θέση ελέγχου σε χαμηλής κλίμακας στρεσογόνα γεγονότα ζωής, αλλά αποτυγχάνει να επιδράσει σε υψηλής κλίμακας αρνητικά γεγονότα (Reinemann & Ellison, 2004).

1.8 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΕΚΠΤΩΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το παιδικό τραύμα δεν επηρεάζει μόνο τον εγκέφαλο, αλλά οι επιπτώσεις του επεκτείνονται σε κακές συμπεριφορές για την υγεία και τη λειτουργικότητα ολόκληρου του σώματος. Μια πρόσφατη μεταανάλυση έχει συνδέσει τις πολλαπλές εκθέσεις σε παιδικό τραύμα με την έλλειψη σωματικής άσκησης, την παχυσαρκία, το κάπνισμα, τη ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, την κατάχρηση αλκοόλ και παράνομων ουσιών (Hughes et al., 2017). Σε συμφωνία με τα παραπάνω, στη NESDA βρέθηκε ότι τα άτομα με σοβαρό παιδικό τραύμα ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστές και είχαν μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με τα υγιή άτομα της ομάδας ελέγχου χωρίς παιδικό τραύμα (Kuzminskaite et al., 2020). Επιπλέον, τα μετααναλυτικά ευρήματα 38 μελετών επιβεβαίωσαν ότι τα άτομα που αναδρομικά ανέφεραν παιδικό τραύμα εμφάνισαν 40% αύξηση του κινδύνου καρδιομεταβολικής νόσου, δηλαδή καρδιαγγειακής νόσου, διαβήτη και μεταβολικού συνδρόμου στην ενήλικη ζωή (Jakubowski et al., 2018). Παρομοίως, στη NESDA βρέθηκε ότι τα άτομα με παιδικό τραύμα και ιδιαίτερα εκείνα με σοβαρό παιδικό τραύμα εμφάνιζαν περισσότερα υποκλινικά συμπτώματα καρδιαγγειακής νόσου (Bomhof- Roordink et al., 2015). Το παιδικό τραύμα και ιδίως η σεξουαλική κακοποίηση συνδέθηκε με μεγαλύτερη απορρύθμιση του μεταβολικού συνδρόμου. Τα αποτελέσματα αυτά αφορούσαν κυρίως τη δυσλιπιδαιμία και την κοιλιακή παχυσαρκία, αλλά όχι την υπέρταση και την υπεργλυκαιμία που αποτελούν επίσης χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου. Τα αποτελέσματα δεν μπορούσαν να αποδοθούν στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, έλλειψη σωματικής άσκησης) στα άτομα με παιδικό τραύμα (Van Reedt Dortland et al., 2012). Οι δυσμενείς επιπτώσεις του παιδικού τραύματος στην υγεία δεν περιορίζονται στον καρδιαγγειακό κίνδυνο, αλλά επίσης το παιδικό τραύμα έχει σχετιστεί με την παρουσία χρόνιου μυοσκελετικού πόνου (Generaal et al., 2016). Η έρευνα έχει δείξει ότι η έκθεση σε δυσμενή γεγονότα κατά την παιδική ηλικία οδηγεί σε δραματικά διαφορετικές πορείες ζωής, συμπεριλαμβανομένου δύο φορές μεγαλύτερου κινδύνου πρόωρης θνητότητας, αλλά και εμφάνισης διαφόρων σωματικών ασθενειών. Κατά συνέπεια, το παιδικό τραύμα φαίνεται να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για σχετιζόμενα με την ηλικία προβλήματα υγείας. Το γεγονός αυτό οδηγεί στην υπόθεση ότι το παιδικό τραύμα μπορεί να επιταχύνει τη διαδικασία της γήρανσης. Αν και η χρονολογική ηλικία παραμένει αμετάβλητη, οι άνθρωποι διαφέρουν στην βιολογική τους ηλικία, η οποία μπορεί να ξεπερνά ή να υπολείπεται της χρονολογικής ηλικίας. Η βιολογική

γήρανση είναι μια πολύπλευρη και περίπλοκη διαδικασία που εκδηλώνεται σε πολλαπλά επίπεδα. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχει ένας μοναδικός δείκτης που αποτυπώνει την βιολογική ηλικία ολοκληρωτικά, υπάρχουν πολλαπλοί δείκτες. Παραδείγματα μοριακών δεικτών της βιολογικής ηλικίας είναι το μικρό μήκος των τελομερών, η μείωση του αριθμού των αντιγράφων του μιτοχονδριακού DNA και η πιο προχωρημένη επιγενετική, τρανσκριπτομική ή μεταβολομική ηλικία. Στη NESDA μετρήθηκε η επιγενετική γήρανση μέσω αλληλούχησης όλων των θέσεων μεθυλίωσης του DNA και το μήκος των τελομερών μέσω ποσοτικής αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης. Τόσο η μεθυλίωση του DNA όσο και το μήκος των τελομερών έδειξαν επιτάχυνση της γήρανσης στα καταθλιπτικά άτομα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η πιο προχωρημένη επιγενετική γήρανση ήταν παρούσα στα καταθλιπτικά άτομα με παιδικό τραύμα. Επίσης η μεγαλύτερη φθορά των τελομερών κατά τη διάρκεια μιας παρακολούθησης έξι ετών βρέθηκε στα άτομα με βαρύτερο παιδικό τραύμα. Συνολικά, τα ευρήματα της NESDA υποστηρίζουν την υπόθεση ότι το παιδικό τραύμα μπορεί να δημιουργεί μακροχρόνιες βιολογικές ουλές, οι οποίες έχουν αντίκτυπο στην προχωρημένη ή πρόωρη γήρανση αργότερα στη ζωή (Kuzminskaite et al., 2021).

1.9 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 800.000 θάνατοι κάθε χρόνο οφείλονται σε αυτοκτονία. Στους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία περιλαμβάνονται οι ψυχιατρικές διαταραχές, το προηγούμενο ιστορικό αποπειρών, το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς, η έκθεση σε βία, οι πρώιμες εμπειρίες σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Σύμφωνα με τη διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας, η βαριά παιδική κακοποίηση όπως η σεξουαλική κακοποίηση ή η σωματική κακοποίηση, δημιουργούν μια κατάσταση εξοικείωσης με τον πόνο και μείωσης του φόβου του θανάτου, που βαθμιαία ενισχύει η ικανότητα του ατόμου να αποπειραθεί αυτοκτονία. Παρομοίως, σύμφωνα με το μοντέλο «Κραυγής Πόνου», οι αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία δημιουργούν ολοένα επιδεινούμενες αντιλήψεις ήττας και εγκλωβισμού, που οδηγούν στην αυτοκτονικότητα ως μέσο απόδρασης (Angelakis et al., 2019).

Η αυτοκτονικότητα είναι μείζων πρόβλημα για τους ενήλικες που έχουν βιώσει παιδική κακοποίηση, καθώς οι ενήλικες που έχουν βιώσει σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία διατρέχουν δύο με τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονικών αποπειρών και αυτοκτονικού ιδεασμού σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν ιστορικό παιδικού τραύματος. Οι ενήλικες που υπέστησαν σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία ή έναν συνδυασμό διαφορετικών τύπων παιδικού τραύματος είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονικότητα. Η παιδική κακοποίηση έχει σημαντικό αντίκτυπο στον κίνδυνο αυτοκτονίας, καθώς τα άτομα με ιστορικό παιδικού τραύματος διατρέχουν παρόμοιο

κίνδυνο για αυτοκτονία ανεξαρτήτως της βαρύτητας της ψυχιατρικής τους διάγνωσης ή της απουσίας γνωστού ψυχιατρικού ιστορικού. Η μεγάλη ηλικία επηρεάζει τη σχέση ανάμεσα στη σωματική κακοποίηση και τις αυτοκτονικές απόπειρες. Υπάρχει η θεωρία ότι άνθρωποι που κακοποιήθηκαν στην παιδική τους ηλικία δεν μπορούν να απορροφήσουν τον αντίκτυπο των ψυχοπιεστικών παραγόντων και των αρνητικών γεγονότων ζωής και βαθμιαία χάνουν την ανθεκτικότητά τους και γίνονται επιρρεπείς στην αυτοκτονία. Το φύλο δεν επηρεάζει τη συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική κακοποίηση και τις αυτοκτονικές απόπειρες, καθώς γυναίκες και άνδρες δεν διαφέρουν στη συνολική τους έκθεση σε αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία, αν και μπορεί να υπάρχει διαφορά στον τύπο της κακοποίησης. Οι γυναίκες πέφτουν συχνότερα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ οι άνδρες συνήθως αντιμετωπίζουν σωματική κακοποίηση (Angelakis et al., 2019).

Σε μια μελέτη του Rajalin και συνεργατών με 181 ασθενείς που είχαν κάνει πρόσφατα απόπειρα αυτοκτονίας εξετάστηκε το παιδικό τραύμα και τα διαπροσωπικά προβλήματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα χαρακτηριστικά των ασθενών που είχαν αντιμετωπίσει περισσότερες αντιξοότητες στην παιδική τους ηλικία ήταν η εσωστρέφεια, καθώς δυσκολεύονταν να κοινωνικοποιηθούν, να εμπιστευτούν τους άλλους και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, καθώς απέφευγαν να εκφράσουν τις ανάγκες τους από φόβο ότι θα γίνουν αντικείμενο κριτικής και τέλος η θυματοποίηση, καθώς συχνά γίνονταν αντικείμενο εκμετάλλευσης προσπαθώντας σκληρά να ευχαριστήσουν τους άλλους και αδυνατώντας να εκφράσουν τον θυμό τους. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά καθιστούν την εγκαθίδρυση ισχυρών σχέσεων δύσκολη, καθώς δεν θεωρούνται ελκυστικά από το περιβάλλον. Οι σταθερές και ισχυρές προσωπικές σχέσεις μπορεί να προστατεύουν από μία αυτοκτονική κρίση, κατά τη διάρκεια της οποίας η ικανότητα να αναζητήσει το άτομο και να αποδεχθεί τη βοήθεια από τους άλλους είναι κρίσιμης σημασίας. Ο ασθενής μπορεί να χάσει σημαντικές σχέσεις λόγω αυτών των διαπροσωπικών προβλημάτων, επιδεινώνοντας την κοινωνική απομόνωση και τα συναισθήματα απελπισίας. Η απομόνωση, είτε πραγματική είτε η υποκειμενική εμπειρία της μοναξιάς είναι ένας σημαντικός παράγοντας αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Rajalin et al., 2020).

Σε μελέτη που εστίασε στον αντίκτυπο του οικογενειακού ιστορικού αυτοκτονίας και του παιδικού τραύματος πάνω στον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς διαπίστωσε ότι το παιδικό τραύμα σχετιζόταν με την αυτοκτονία στις γυναίκες ανεξάρτητα από το οικογενειακό τους ιστορικό αυτοκτονιών, ενώ στους άνδρες που είχαν τόσο οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας όσο και παιδικό τραύμα, ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξανόταν ξεκάθαρα, όταν συγκρίνονταν με αυτούς που είχαν μόνο οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας. Επιπλέον, είναι γνωστό ότι οι αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία σχετίζονται με δυσπροσαρμοστικά πρότυπα στη συμπεριφορά και τον χαρακτήρα. Πολλά ψυχολογικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά της

προσωπικότητας έχουν συνδεθεί με αυτοκτονική συμπεριφορά, όπως η παρορμητικότητα και η αστάθεια στις διαπροσωπικές σχέσεις που απαντώνται συχνά σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η αποφυγή, η κοινωνική απομόνωση, η υποτακτικότητα συναντώνται συχνά σε ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές και ιδίως μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Η απόρριψη και η απομόνωση που σχετίζονται με διαπροσωπικές διαμάχες αναφέρονται ως κύριοι εκλυτικοί παράγοντες αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Rajalin et al., 2013).

Ενήλικες με ιστορικό παιδικού τραύματος έχουν συχνά έντονα παρορμητικά χαρακτηριστικά. Οι συνέπειες του παιδικού τραύματος μπορεί να είναι πιο καταστροφικές στις γυναίκες, καθώς οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να κατηγορούν τον εαυτό τους για την τραυματική εμπειρία και η αυτομομφή αυξάνει τον κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά. Η κατάθλιψη, η απελπισία, οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις είναι πολύ πιο επιβαρυντικοί παράγοντες για τις γυναίκες με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης από ότι για τους άνδρες με αντίστοιχο ιστορικό αναφορικά με τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας (Park et al., 2021).

Δεν διατρέχουν όλοι οι ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης τον ίδιο κίνδυνο για αυτοκτονία, καθώς το 90% από αυτούς δεν πρόκειται να πεθάνει από αυτοκτονία και περισσότεροι από το 50% δεν πρόκειται ούτε να αποπειραθούν. Η βαρύτητα της κατάθλιψης και η απώλεια των προσδοκιών, που ουσιαστικά αποτελεί μια έκφραση της απελπισίας, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονικές πράξεις. Το παιδικό τραύμα και ιδίως η συναισθηματική κακοποίηση διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Η συναισθηματική κακοποίηση συνδέεται στενά με τις διαταραχές της διάθεσης και σχετίζεται με υπερευαίσθησία στα συναισθηματικά ερεθίσματα, γεγονός που υποδηλώνει ανεπαρκή συναισθηματική ρύθμιση. Η συναισθηματική ρύθμιση μοιάζει να εμπλέκεται ειδικά στη νευροβιολογία του αυτοκτονικού κινδύνου, όχι μόνο μέσω της αναστολής των αρνητικών συναισθημάτων, αλλά και μέσω θετικών γνωσιακών και συμπεριφορικών απαντήσεων που επωφελούνται από τον προσαρμοστικό ρόλο των συναισθημάτων. Το παιδικό τραύμα μπορεί να τροποποιεί τον όγκο της φαιάς ουσίας στην αμυγδαλή και τον ιππόκαμπο, περιοχές κρίσιμες για τη συναισθηματική ρύθμιση στις διαταραχές της διάθεσης, γεγονός που πιθανόν σχετίζεται με τις αυτοκτονικές απόπειρες (Janiri et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Κακοποίηση

2.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σωματική τιμωρία ορίζεται ως η χρήση σωματικής βίας με σκοπό να προκαλέσει σε ένα παιδί σωματικό πόνο ή δυσφορία ώστε να διορθώσει ή να τιμωρήσει ένα παιδί για τη συμπεριφορά του (Gershoff, 2008). Μπορεί να περιλαμβάνει: χτύπημα, τσίμπημα, σφίξιμο, ράπισμα, χαστούκισμα, εξαναγκασμό του παιδιού να γονατίσει

πάνω σε επώδυνα αντικείμενα ή να λάβει οδηγηρή στάση του σώματος για μακρά χρονική περίοδο. Από το 2014, η χρήση σωματικής τιμωρίας από τους γονείς απαγορεύεται από το νόμο σε 38 πολιτείες και χώρες παγκοσμίως (Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, 2014b), συμπεριλαμβανομένης της Σουηδίας, της Δανίας, της Νορβηγίας, της Νέας Ζηλανδίας και της Ουρουγουάης. Στην Αυστραλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες ωστόσο, η χρήση σωματικής τιμωρίας προκειμένου να πειθαρχήσουν τα παιδιά στο σπίτι είναι ακόμη νόμιμη. Επί του παρόντος, υπάρχει νομική υπεράσπιση για τη χρήση της σωματικής τιμωρίας και στις τρεις χώρες. Σύμφωνα με πολυάριθμες νομοθετικές πράξεις στην Αυστραλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Ηνωμένες Πολιτείες, θεσπίστηκαν νομικές αιτιολογήσεις που κατοχυρώνουν το δικαίωμα των γονέων να κάνουν χρήση εύλογης σωματικής τιμωρίας προκειμένου να συνετίσουν το παιδί τους (Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, 2013a, 2013b, 2014a). Στις συγκεκριμένες χώρες τα αναφερόμενα ποσοστά επιπολασμού για τη χρήση της σωματικής τιμωρίας είναι υψηλά. Για παράδειγμα, το 2011 85% των Αυστραλών γονέων παραδέχθηκαν ότι χτύπησαν το παιδί τους (Godfrey 2011), ενώ το 41,5% των γονέων στο Ηνωμένο Βασίλειο εφάρμοσαν σωματική τιμωρία ή χτύπησαν το παιδί τους (Radford et al., 2011). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 2013, 67% των γονέων παραδέχθηκαν ότι χτύπησαν το παιδί τους (Corso, 2013). Συνεπώς, η κοινή χρήση της σωματικής τιμωρίας εξακολουθεί να είναι παρούσα, παρά την εμπειρική έρευνα που έχει αναδείξει πολλαπλές αρνητικές συνέπειες στα παιδιά που σχετίζονται με την χρήση της και επιπλέον, ότι η χρήση σωματικής τιμωρίας αποτελεί αναποτελεσματική μέθοδο διαπαιδαγώγησης (Gershoff, 2013).

Μελέτες που επικεντρώνονταν αποκλειστικά στη διερεύνηση της επίδρασης της παιδικής σωματικής κακοποίησης, έχουν αναγνωρίσει συνδέσεις ανάμεσα στη συγκεκριμένη μορφή κακοποίησης και στην ανάπτυξη κατάθλιψης και άγχους τόσο στην εφηβεία, όσο και στην ενήλικη ζωή (Lansford et al. 2002; Springer et al. 2007). Μια πρόσφατη μελέτη βρήκε ότι μεταξύ όλων των μορφών παιδικής αντιξοότητας, η σωματική παραμέληση σχετίζεται πιο στενά με τα εξασθενημένα ψυχωτικά συμπτώματα στο γενικό πληθυσμό (Stickley et al., 2021). Μία μελέτη παρατήρησης με εφήβους βρήκε ότι το 70% των συμμετεχόντων που είχαν βιώσει σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, εμφάνιζαν αυτοκτονικές σκέψεις (Danielson et al. 2005). Επιπλέον, μια μελέτη με 1227 φοιτητές ανέφερε ότι η βίαιη συμπεριφορά από πλευράς της μητέρας σχετίζεται με σχεδόν τέσσερις φορές αύξηση του κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας (Raleva, 2018).

Σε μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο, που χρησιμοποίησε δεδομένα από την UK Biobank η οποία διαθέτει δεδομένα από περίπου 500.000 άτομα ηλικίας μεταξύ 40 και 69 ετών, εξετάστηκαν οι συνέπειες της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η παιδική σωματική και σεξουαλική κακοποίηση σχετίζονται με όλα τα καταθλιπτικά

συμπτώματα και ιδιαιτέρως ισχυρή συσχέτιση παρατηρήθηκε για την αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ δεν διαπιστώθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Chaplin et al., 2021). Προηγούμενες μελέτες που επίσης προέρχονταν από την UK Biobank υπέδειξαν ισχυρότερη συσχέτιση της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης με τα άτυπα συμπτώματα (υπερυπνία, αύξηση του σωματικού βάρους) της κατάθλιψης παρά με την τυπική κατάθλιψη, ενώ παρατηρήθηκαν επίσης δημογραφικές διαφορές, καθώς η άτυπη κατάθλιψη συσχετίστηκε με το γυναικείο φύλο, με πρωιμότερη έναρξη της ασθένειας και χαμηλότερο εισόδημα (Brailean et al., 2020). Σε άλλη έρευνα, επίσης με δεδομένα από τη UK Biobank, αναδείχθηκε σημαντική συσχέτιση της σωματικής κακοποίησης και της φυσικής παραμέλησης με την κατάθλιψη. Το κάπνισμα, η αϋπνία και ο μεγαλύτερος δείκτης μάζας σώματος είναι παράγοντες που ο καθένας ξεχωριστά και όλοι μαζί διαμεσολαβούν σε αυτή τη συσχέτιση, με το ποσοστό της μεσολάβησης να κυμαίνεται από 3% έως 26%. Σημειωτέον, οι συγκεκριμένοι παράγοντες εξασκούσαν μεγαλύτερη επίδραση στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες και εμφάνιζαν ισχυρότερο αντίκτυπο στις περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης παρά παραμέλησης. Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την πολύπλοκη σχέση ανάμεσα στην παιδική σωματική κακοποίηση και την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή και έχουν δυνητικές πρακτικές εφαρμογές στην πρόληψη και στην θεραπεία της κατάθλιψης. Πέραν των προληπτικών παρεμβάσεων στα σχολεία, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα σωματικής κακοποίησης των παιδιών, οι ενήλικες που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση ή παραμέληση θα πρέπει να λαμβάνουν τακτική ψυχολογική αξιολόγηση και να υιοθετούν υγιεινές συνήθειες, όπως η αποφυγή του καπνίσματος, ο επαρκής ύπνος και η διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους (Zhang et al., 2024). Τέλος να αναφερθεί ότι τα παιδιά θύματα σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης υπολείπονται στις εκτελεστικές λειτουργίες και κυρίως στους τομείς της γνωσιακής ευελιξίας, ελέγχου των αναστολών, στη λήψη αποφάσεων, στην ικανότητα να οργανώνουν και να σχεδιάζουν τη συμπεριφορά τους, στον έλεγχο των συναισθημάτων και στον έλεγχο της προσοχής (Moreno-Manso et al., 2022).

Μια προοπτική μελέτη που παρακολούθησε την εξέλιξη 1048 παιδιών από το νηπιαγωγείο μέχρι περίπου την ηλικία των εικοσιπέντε ετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι αρνητικές εκβάσεις στην ενήλικη ζωή ήταν δύο φορές πιο πιθανές για τα άτομα που είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση στην πρώιμη παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, η σωματική κακοποίηση στα πέντε πρώτα χρόνια της ζωής αύξανε την πιθανότητα λήψης υπηρεσιών ειδικής εκπαίδευσης, επανάληψης κάποιας τάξης στο σχολείο και της ανάγκης για κρατική βοήθεια κατά την πρώιμη ενηλικίωση. Η σωματική κακοποίηση σχετίστηκε επίσης με φτωχότερη σωματική και ψυχική υγεία, με αυξημένη πιθανότητα να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια για οποιαδήποτε εσωτερικευμένη ή εξωτερικευμένη διαταραχή και ειδικότερα για αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής

υπερκινητικότητας, καθώς επίσης και με αυξημένη πιθανότητα καταδίκης για εγκληματική συμπεριφορά (Lansford et al., 2021).

2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Όταν ξεκίνησε η έρευνα πάνω στις ψυχιατρικές επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης πριν 30- 40 χρόνια, το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στη σεξουαλική και στη σωματική κακοποίηση, ως οι τύποι παιδικής κακοποίησης με τις περισσότερες επιπτώσεις. Πρόσφατες μελέτες που αξιολογούν τις ψυχιατρικές επιπτώσεις πολλαπλών τύπων κακοποίησης, συμπεριλαμβανομένων της συναισθηματικής κακοποίησης, της συναισθηματικής παραμέλησης και της σωματικής παραμέλησης, έχουν βρει ότι τύποι συναισθηματικής κακοποίησης, όπως η γονεϊκή λεκτική κακοποίηση και η λεκτική κακοποίηση από ομότιμους έχουν εκπληκτικές επιπτώσεις. Η λεκτική κακοποίηση ενέχει προσβολές, ταπείνωση, απειλές εγκατάλειψης ή βλάβης και δηλώσεις όπως «εύχομαι να μην είχες γεννηθεί ποτέ». Η συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση έχουν εμφανιστεί σε πολλές μελέτες ως οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για άγχος και κατάθλιψη. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να εξετάζουμε την κακοποίηση ευρέως. Γενικά, όσο περισσότεροι τύποι κακοποίησης αναφέρονται, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος ψυχοπαθολογίας (Teicher et al., 2022).

Η συναισθηματική κακοποίηση είναι ένα μοτίβο συμπεριφορών και στάσεων από μέρους των φροντιστών, που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά δυσμενή αποτελέσματα στην ψυχολογική ανάπτυξη και τη συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού. Μπορεί να περιλαμβάνει λόγια, πράξεις και αδιαφορία, όπως άρνηση να αγγίξει ο φροντιστής το παιδί ή να το αποκαλέσει με το όνομά του, πρόκληση στο παιδί συναισθημάτων αναξιότητας, ότι είναι ανεπαρκές και ανάξιο της αγάπης, υποτίμηση, επικριτική συμπεριφορά, γελιοποίηση, πρόκληση ντροπής, προσβλητική συμπεριφορά και λεκτικές απειλές προς το παιδί. Σε κάποιες περιπτώσεις το παιδί μπορεί να ενθαρρύνεται να υιοθετήσει αντικοινωνική συμπεριφορά ή να μην του επιτρέπεται να έχει φυσιολογικές κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους του ή με άλλους ενήλικες. Η συναισθηματική κακοποίηση και η παραμέληση εμφανίζουν ισχυρό αντίκτυπο στον κίνδυνο κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, σε μελέτες που αφορούσαν κλινικά δείγματα μόνο, η παραμέληση και ο χωρισμός των γονέων είχαν ισχυρό αντίκτυπο στον καταθλιπτικό κίνδυνο, ισχυρότερο από ότι η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση. Η συναισθηματική κακοποίηση είχε αντιθέτως τον εντονότερο αντίκτυπο στα δείγματα που προέρχονταν από την κοινότητα, εκτός του γεγονότος ότι, επίσης, σχετίζεται σταθερά με καταθλιπτικό κίνδυνο στα κλινικά δείγματα. Η συναισθηματική κακοποίηση και η παραμέληση φαίνεται να ενέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο για ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην ενήλικη ζωή. Αυτή η παρατήρηση ενδεχομένως αναδεικνύει μια ουσιαστική αλληλεπικάλυψη ανάμεσα σε αυτές τις δύο μορφές τραύματος. Πράγματι, υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την

αποτελεσματική διάκριση ανάμεσα σε αυτές τις δύο μορφές τραύματος. Επιπλέον υποστηρίζεται η άποψη ότι υπάρχει σταθερή ασάφεια και ασυνέπεια στους ορισμούς της παραμέλησης (Mc Sherry, 2007) (Dubowitz, 2007). Σύμφωνα με το Τμήμα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, ως παραμέληση ορίζεται η αποτυχία ικανοποίησης των βασικών αναγκών του παιδιού. Η παραμέληση μπορεί να είναι φυσική, παιδαγωγική ή συναισθηματική. Η συναισθηματική παραμέληση περιλαμβάνει την έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης και αγάπης, χρόνια αμέλεια προς το παιδί, έκθεση σε συζυγική βία ή σε κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών. Ως εκ τούτου η έκθεση σε κάποια μορφή παραμέλησης αποτελεί ένα τραύμα που εμποδίζει την κανονική ανάπτυξη των συναισθηματικών διαδικασιών στο παιδί με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καταθλιπτικής διαταραχής στην ενήλικη ζωή (Mandelli et al., 2015).

Η ψυχολογική/συναισθηματική κακοποίηση εκτός του ότι σχετίζεται με αυξημένο δια βίου κίνδυνο καταθλιπτικών διαταραχών, ενισχύει τον κίνδυνο συννοσηρότητας και χρονιότητας στην ενήλικη κατάθλιψη (Hovens et al., 2012). Το ψυχολογικό τραύμα μπορεί να έχει εκπληκτικά αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία, καθώς επηρεάζει την κοινωνική, συναισθηματική, νευρολογική, σωματική και αισθητηριακή ανάπτυξη του παιδιού και πιο δυσμενώς στα παιδιά που βιώνουν επαναλαμβανόμενα χρόνια επεισόδια συναισθηματικής κακοποίησης (Garbarino et al. 1994). Η συγκεκριμένη μορφή κακοποίησης είναι δυσκολότερο να αναγνωριστεί γιατί, αντίθετα από τη σωματική κακοποίηση, τα σημάδια μένουν στον ψυχισμό αντί για το σώμα (Mandelli et al., 2015).

Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση πάνω στον δια βίου επιπολασμό του παιδικού τραύματος, αποκάλυψε ότι η συχνότητα της συναισθηματικής κακοποίησης ανέρχεται σε περίπου 21,7% στην Ευρώπη και 23,9% στη Βόρεια Αμερική (Moody et al., 2018). Στην μελέτη NESDA, το παιδικό τραύμα έχει σχετιστεί τα χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας, με τη συναισθηματική κακοποίηση/παραμέληση να εμφανίζει την πιο ισχυρή συσχέτιση (Broekhof et al., 2015). Επιπλέον, άλλη μελέτη NESDA διερεύνησε τη συσχέτιση ανάμεσα σε διαφορετικούς τύπους κακοποίησης και τις αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση συγκριτικά με άλλους τύπους κακοποίησης εμφάνιζε την ισχυρότερη συσχέτιση με τις αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό, με λέξεις όπως «άχρηστος», «ανεπαρκής», «ανασφαλής» (van Harmelen et al., 2010). Μια πιθανή εξήγηση για αυτή την ισχυρή σύνδεση είναι ότι στην περίπτωση της συναισθηματικής κακοποίησης ή συναισθηματικής παραμέλησης οι αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό παραδίδονται κατηγορηματικά στο παιδί από τους γονείς. Οι αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό εν μέρει μεσολαβούν στην σύνδεση ανάμεσα στη συναισθηματική κακοποίηση και την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία και μπορούν επίσης να μεταβάλλουν τις στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης, που αποτελούν τη βάση για την προσδοκία αισιόδοξου αποτελέσματος. Η συναισθηματική παραμέληση και κακοποίηση σχετίστηκαν με όλα τα χαρακτηριστικά

προσωπικότητας (νευρωτισμός, εξωστρέφεια, ειλικρίνεια, τερπνότητα, ευσυνειδησία) σε καταστροφική κατεύθυνση (Hovens et al., 2016).

Σε μια μεταανάλυση που εξέταζε τη συσχέτιση μεταξύ διαφορετικών μορφών παιδικού τραύματος και των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών, η συναισθηματική κακοποίηση βρέθηκε να συνδέεται σημαντικά με τις καταθλιπτικές διαταραχές, παρά τον σχετικά μικρό αριθμό μελετών συγκριτικά με άλλες μορφές παιδικής κακοποίησης. Υπάρχει η θεωρία ότι, καθώς η συναισθηματική κακοποίηση διαιωνίζεται από κάποιο άτομο, από το οποίο το θύμα αναμένει αγάπη και σεβασμό, η παραβίαση αυτής της σχέσης μπορεί να προκαλέσει ακόμα μεγαλύτερη συναισθηματική βλάβη από τις άλλες μορφές κακοποίησης (Gardner et al. 2019). Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η συσχέτιση ανάμεσα στη συναισθηματική κακοποίηση και τις καταθλιπτικές διαταραχές ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από ότι για τη σεξουαλική κακοποίηση (Remigio-Baker et al., 2014) και τη σωματική κακοποίηση (Choi et al., 2017; Remigio-Baker et al. 2014). Σύμφωνα με τους Berzenski & Yates, τα άτομα που είχαν βιώσει συναισθηματική κακοποίηση σε συνδυασμό με άλλες μορφές κακοποίησης εμφάνιζαν σημαντικά μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία (συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και του άγχους), συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη ομάδα που είχε βιώσει ένα μοναδικό τύπο κακοποίησης ή πολλαπλές μορφές κακοποίησης που δεν περιλάμβαναν την συναισθηματική κακοποίηση (Berzenski & Yates, 2011). Δεδομένου ότι η συναισθηματική κακοποίηση έχει μελετηθεί λιγότερο συγκριτικά με τη σωματική κακοποίηση (Stoltenborgh et al., 2015), απαιτούνται περισσότερες μελέτες προκειμένου να αποσαφηνιστεί η φύση της σχέσης ανάμεσα στη συναισθηματική κακοποίηση και στην ψυχική υγεία αργότερα στη ζωή (Gardner et al., 2019).

Στους εφήβους, η συναισθηματική κακοποίηση έχει άμεση επίδραση στην κατάθλιψη μέσω της συναισθηματικής καταστολής. Η συγκεκριμένη παρατήρηση πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι έφηβοι είναι συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά εξαρτώμενοι από τους γονείς και ως εκ τούτου περισσότερο καταπιέζουν παρά αποκαλύπτουν τα αρνητικά συναισθήματα που γεννώνται από τη συναισθηματική κακοποίηση προκειμένου να αποφύγουν την απόρριψη και την εγκατάλειψη από τους γονείς. Αυτό σημαίνει ότι τα αρνητικά συναισθήματα παρατείνονται και συσσωρεύονται σε μια ανεπίλυτη κατάσταση. Το γεγονός αυτό αυξάνει τα αρνητικά συναισθήματα οδηγώντας σε εντονότερη κατάθλιψη (Zhou, Zhen, 2022). Επιπλέον, η συναισθηματική κακοποίηση οδηγεί τα άτομα να υπεραποδίδουν εχθρικές προθέσεις στους άλλους και ως εκ τούτου αυξάνει το θυμό (Hong et al., 2012). Επιπρόσθετα, η συναισθηματική κακοποίηση αντιπροσωπεύει μία κατάσταση, όπου οι γονείς εκτονώνουν τα αρνητικά τους συναισθήματα και ιδίως το θυμό τους στα παιδιά τους. Στο πλαίσιο της θεωρίας κοινωνικής μάθησης, όταν τα πρωταρχικά πρότυπα ενός παιδιού εκφράζουν υψηλά επίπεδα οργής, τα παιδιά μπορεί να υιοθετήσουν τα συγκεκριμένα πρότυπα έκφρασης και να δείχνουν οργή (Plate et al., 2019). Οι

εχθρικές προθέσεις προς τους άλλους που γεννώνται από τα συναισθήματα θυμού, δημιουργούν περισσότερες διαπροσωπικές διαμάχες και αυξάνουν τις προβληματικές συμπεριφορές του ατόμου, υπονομεύοντας τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε κοινωνικό αποκλεισμό και περαιτέρω επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Galambos et al., 2018).

2.3 ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας. Ορίζεται ως η σεξουαλική επαφή ή σεξουαλικές εμπειρίες ανάμεσα σε ένα άτομο που είναι νεότερο από 18 ετών και έναν ενήλικα ή ένα άλλο πρόσωπο που είναι τουλάχιστον πέντε χρόνια μεγαλύτερο, ή σεξουαλικές εμπειρίες που είναι αποτέλεσμα εξαναγκασμού ανεξάρτητα από την ηλικία του άλλου ατόμου (Jaworowski et al., 2019). Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται ως: «η συμμετοχή ενός παιδιού (άτομο μικρότερο από 18 ετών) σε σεξουαλική δραστηριότητα που παραβιάζει τους νόμους και τους κανόνες της κοινωνίας και που το άτομο δεν κατανοεί πλήρως, δεν δίνει τη συναίνεσή του ή δεν είναι σε θέση να δώσει ενημερωμένη συναίνεση ή δεν είναι αναπτυξιακά έτοιμο για αυτό και δεν μπορεί να δώσει τη συναίνεσή του (CDC, 2020). Η επίπτωση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης έχει βρεθεί ότι κυμαίνεται από 8% με 31% για τα κορίτσια και 3% με 17% για τα αγόρια. Οι ενήλικες με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης είναι πιο πιθανό να αναφέρουν εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως άγχος και κατάθλιψη, αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοκτονικές απόπειρες, καθώς επίσης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ψύχωση συγκριτικά με ενήλικες χωρίς αντίστοιχο ιστορικό. Επιπλέον, τα θύματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχή διαγωγής, κατάχρηση ουσιών, βίαιες και παραβατικές συμπεριφορές (Hebert et al., 2021)

Ένα σημαντικό μέρος της έρευνας έχει εστιάσει στις επιπτώσεις της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης στην ψυχική υγεία. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η παιδική σεξουαλική κακοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης ευρείας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ενοχή, ο φόβος, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η αυτοκτονικότητα και η αυτοβλαπτική συμπεριφορά. Μελέτες επιπολασμού επιβεβαιώνουν την ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και στην ανάπτυξη κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, το ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης αυξάνει τον κίνδυνο χρονιότητας της κατάθλιψης στους ενήλικες, παρορμητικής συμπεριφοράς και αυτοκτονικότητας. Τα καταστροφικά αποτελέσματα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης γίνονται ακόμα χειρότερα, όταν συνυπάρχουν και άλλες αρνητικές εμπειρίες, όπως η αδιαφορία των γονέων, η ψυχολογική ή/και

σωματική κακοποίηση και η πτωχή γονεϊκή φροντίδα, ενώ συχνά η παιδική σεξουαλική κακοποίηση λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο ενός διαταραγμένου οικογενειακού περιβάλλοντος. Για τις γυναίκες μια μακροπρόθεσμη συνέπεια της σεξουαλικής κακοποίησης είναι η αποφυγή των ανδρών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η σεξουαλική κακοποίηση σε νεαρή ηλικία σχετίζεται με σπάνια χρήση αντισυλληπτικών, ακολασία, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και εθελοντικές αμβλώσεις στις γυναίκες. Ως εκ τούτου υποθέτουμε ότι μια από τις κύριες συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης είναι η δυσκολία στη δημιουργία σταθερών σχέσεων οικειότητας με άλλα άτομα, γεγονός που με τη σειρά του ενδεχομένως αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης καταθλιπτικών καταστάσεων (Mandelli et al., 2015).

Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο σωματικής ασθένειας μέσω νευροενδοκρινικής δυσλειτουργίας, μεταβολικού συνδρόμου και χρόνιας φλεγμονής. Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση συνδέεται με αυξημένη αναζήτηση υπηρεσιών υγείας λόγω των αυξημένων σωματικών ενοχλημάτων και σωματικών ασθενειών, αλλά και με μειωμένη χρήση της προληπτικής ιατρικής, ιδίως όσον αφορά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου. Η υποχρησιμοποίηση των προληπτικών υπηρεσιών μπορεί να συνιστά συμπεριφορά αποφυγής που συνδέεται με τον φόβο πυροδότησης τραυματικών αναμνήσεων του αρχικού τραύματος. Ο επανατραυματισμός περιγράφεται ως οποιαδήποτε κατάσταση, αλληλεπίδραση ή περιβαλλοντικός παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα ή αντιδράσεις που σχετίζονται με την αρχική τραυματική εμπειρία. Ο επανατραυματισμός μπορεί να συνθέτει τον αντίκτυπο του αρχικού τραύματος. Οι γυναίκες θύματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης αναφέρουν σε ποσοστό 45% ότι βιώνουν τραυματικές αναμνήσεις κατά τη διάρκεια γυναικολογικών εξετάσεων. Η ανάπτυξη τραυματικών αναμνήσεων κατά τη διάρκεια έκθεσης σε στρες θεωρείται ότι προκαλεί ευαλωτότητα μέσω περιβαλλοντικής πυροδότησης αυξάνοντας τη νευροβιολογική απορρύθμιση. Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις που δείχνουν πως η μετατραυματική διαταραχή στρες συνδέεται με αυξημένη σωματική νοσηρότητα με τη μορφή χρόνιου μυοσκελετικού πόνου, υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, παχυσαρκίας και καρδιαγγειακής νόσου (Jaworowski et al., 2019).

Σε μια ανασκόπηση, όπου συνοψίστηκαν τα αποτελέσματα 19 μετααναλύσεων από περισσότερες από 500 πρωτότυπες μελέτες με περισσότερους από 4 εκατομύρια συμμετέχοντες, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση συσχετίστηκε με 26 από τις 28 εξεταζόμενες εκβάσεις, που περιλάμβαναν ένα ευρύ φάσμα ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων και αποτελεσμάτων που αφορούσαν τη σωματική και τη ψυχική υγεία. Ωστόσο, μόνο δύο από τις εξεταζόμενες εκβάσεις που συσχετίστηκαν σημαντικά με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση, βασίζονταν σε συστηματικές ανασκοπήσεις με υψηλής ποιότητας αξιολόγηση: η κατάχρηση ουσιών και η μετατραυματική διαταραχή στρες. Η υπάρχουσα έρευνα δείχνει τους υποκείμενους

βιολογικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων η παιδική κακοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο ψυχοπαθολογίας και σωματικής ασθένειας, όπως μέσω του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων ή φλεγμονής. Μερικές εκβάσεις μπορούν να αποδοθούν σε ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς, όπως η ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και η διαταραγμένη εικόνα σώματος. Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση σχετίζεται με ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μόλυνση από τον ιό επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας. Η σύνδεση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης με προβλήματα σωματικής υγείας μπορεί εν μέρει να αποδοθεί σε ψυχιατρικούς παράγοντες. Η επίδραση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης στην παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται στην κατάθλιψη ή σε συγκεκριμένες διατροφικές διαταραχές. Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής και η κατάθλιψη αντίστοιχα συνδέεται με την παχυσαρκία. Ωστόσο, είναι επίσης πιθανό ότι τα αποτελέσματα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης στην κατάθλιψη και στις διατροφικές διαταραχές πυροδοτούνται από την παχυσαρκία. Η πρωτογενής πρόληψη της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης επικεντρώνεται σε παρεμβάσεις σε σχολεία και σε γονείς. Για τα σχολικά προγράμματα, τα οποία στόχευαν να βοηθήσουν τα παιδιά να αναγνωρίζουν και να αναφέρουν τη σεξουαλική κακοποίηση, υπάρχουν ενδείξεις ότι βελτίωναν τις γνώσεις των παιδιών και τις προστατευτικές συμπεριφορές, αν και δεν μπορούσαν να προλάβουν τις δυσμενείς συνέπειες μετά τη σεξουαλική κακοποίηση. Επίσης, τα εκπαιδευτικά προγράμματα γονέων προωθούν την αναγνώριση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο παιδικής κακοποίησης συνολικά. Τέλος, οι ιατροί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, την αναφέρουν στις αρχές και συντονίζουν την φροντίδα με άλλους επαγγελματίες υγείας για να προλάβουν τις μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες. Η έρευνα πάνω σε διαφορετικά είδη ψυχοθεραπείας για άτομα που έχουν βιώσει παιδική σεξουαλική κακοποίηση έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητα των γνωσιακών συμπεριφορικών παρεμβάσεων, ιδίως την αποτελεσματικότητα της εστιασμένης στο τραύμα γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας για νέους ανθρώπους με μετατραυματική διαταραχή στρες, άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά (Hailes et al., 2019)

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης διαπιστώθηκαν σε μία μελέτη διδύμων στην Αυστραλία. Διενεργήθηκαν τηλεφωνικές ψυχιατρικές συνεντεύξεις και στα δύο μέλη 1991 ζευγών διδύμων ίδιου φύλου (1159 ζεύγη γυναικών και 832 ζεύγη ανδρών) με μέση ηλικία 29.9 έτη. Ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης αναφέρθηκε από το 16,7% των γυναικών και το 5,4% των ανδρών και ήταν πιο σύνηθες μεταξύ εκείνων που ανέφεραν ιστορικό αλκοολισμού των γονέων τους. Οι γυναίκες με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, απόπειρα

αυτοκτονίας, κατάχρηση αλκοόλ, εξάρτηση από τη νικοτίνη, διαταραχή διαγωγής, κοινωνική φοβία, διαζύγιο και βιασμό μετά την ηλικία των δεκαοκτώ ετών, ενώ και για τους άνδρες παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικός κίνδυνος για τις περισσότερες από τις παραπάνω δυσμενείς εκβάσεις. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος διαπιστώθηκε για παιδική σεξουαλική κακοποίηση που περιελάμβανε σεξουαλική επαφή. Οι δίδυμοι με αρνητικό ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης από ζεύγη διδύμων με ασυμφωνία προς το εν λόγω ιστορικό, συγκρίθηκαν με άλλα άτομα χωρίς ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και διαπιστώθηκε αυξημένος κίνδυνος για δυσμενείς επιπτώσεις στη ζωή τους, γεγονός που υποδεικνύει ότι υπάρχουν παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενοι με το οικογενειακό υπόβαθρο. Τα άτομα με θετικό ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης εμφάνιζαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο και για τις οκτώ εξεταζόμενες δυσμενείς εκβάσεις σε σχέση με τα δίδυμα αδέρφια τους χωρίς ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (Nelson et al., 2002).

Λόγω της ευαλωτότητας των ατόμων με προηγούμενο ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης να αναπτύξουν σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, προτείνεται η συνεχιζόμενη φροντίδα της υγείας των επιζώντων από παιδική σεξουαλική κακοποίηση, η οποία θα μπορούσε να διευκολυνθεί μέσω μιας διεπιστημονικής ομάδας σε ένα γενικό νοσοκομείο, που να περιλαμβάνει παθολόγους, ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, διαιτολόγους. Αυτή η ομάδα θα μπορούσε να συμβάλει στην ανακούφιση του άγχους αναφορικά με θέματα εμπιστοσύνης και αποδυνάμωσης που συχνά επηρεάζουν τη σχέση ιατρού ασθενούς σε αυτό τον πληθυσμό. Τα συστήματα υγείας πρέπει να παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που περιλαμβάνουν την παρέμβαση στην κρίση, την προληπτική ιατρική, τη συνεργασία με διαφορετικές υπηρεσίες στην κοινότητα, όπως ο οικογενειακός ιατρός, οι δομές στήριξης γονέων και συζύγων και τα γραφεία ευρέσεως εργασίας. Μια τέτοια προσέγγιση θα μπορούσε να μειώσει την υπέρμετρη ζήτηση υπηρεσιών υγείας που υποκινείται από τον φόβο της πτώσης στα κενά μεταξύ των υπηρεσιών και ταυτόχρονα εξασφαλίζει την προληπτική φροντίδα υγείας. Όταν οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν συμβουλευτική σε θύματα παιδικής κακοποίησης, πρέπει να λάβουν υπόψη τους την απαραίτητη μακροπρόθεσμη ψυχολογική και σωματική ευεξία για να αντιμετωπίσουν τις δυσμενείς συνέπειες της κακοποίησης, όπως οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, οι διαταραχές του ύπνου, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η έλλειψη φυσικής άσκησης και να προωθούν πιο υγιεινούς τρόπους αντιμετώπισης του τραύματος (Jaworowski et al., 2019).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της συσχέτισης του παιδικού τραύματος με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές. Στην έρευνα συμμετέχουν ενήλικες με ιστορικό κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής και σε όλους τους συμμετέχοντες τονίστηκε η εθελοντική φύση της συμμετοχής τους στην έρευνα καθώς και η τήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων σε όλα τα στάδια της έρευνας.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Δείγμα έρευνας:

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 60 λήπτες υπηρεσιών, 48 γυναίκες και 12 άνδρες, από το Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.) Πάτρας και από ιδιωτικό ιατρείο με διάγνωση καταθλιπτικής ή/και αγχώδους διαταραχής, εκ των οποίων οι 40 λάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή.

2.2 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο ETI- SR-SF (Early Trauma Inventory- Self Report-Short Form) αναπτύχθηκε από τον Bremner και τους συνεργάτες το 2007 και έχει αποδειχθεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση του παιδικού τραύματος. Το ερωτηματολόγιο καλύπτει τέσσερις τύπους τραυματικών εμπειριών: σωματική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση και γενικό τραύμα που δεν εμπίπτει σε κάποιον από τους προηγούμενους τρεις τύπους. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από την Αντωνοπούλου και συνεργάτες (2017). Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν 605 άτομα εκ των οποίων 402 γυναίκες, προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές του πανεπιστημίου Αθηνών με μέση ηλικία τα 24,3 έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, την ελληνική εκδοχή του ETI-SR-SF και την ελληνική εκδοχή του Trauma Symptoms Checklist (TSC-40). Τόσο το ETI-SR-SF όσο και το TSC-40 χορηγήθηκαν εκ νέου σε 56 συμμετέχοντες μετά από τρεις με τέσσερις εβδομάδες. Το ETI-SR-SF βρέθηκε να εμφανίζει υψηλά επίπεδα συνέπειας και αξιοπιστίας στην επανεξέταση. Η συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία του ETI-SR-SF και του TSC-40 ήταν ιδιαίτερα ισχυρή, υποδηλώνοντας ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα. Ο πιο συχνά αναφερόμενος τύπος παιδικού τραύματος ήταν η σωματική τιμωρία με συχνότητα

89,9%, ακολουθεί η συναισθηματική κακοποίηση με ποσοστό 67,2% και η σεξουαλική κακοποίηση με ποσοστό 27%. Αυτά τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα από αυτά που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία και δείχνουν ότι η παιδική κακοποίηση είναι συχνό φαινόμενο στον πληθυσμό των ελλήνων φοιτητών. Η συγκεκριμένη εργασία κατέδειξε ότι η ελληνική εκδοχή του ETI-SR-SF είναι έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για έρευνες πάνω στο παιδικό τραύμα στον ελληνικό πληθυσμό (Antonopoulou Z et al., 2017).

Η κλίμακα κατάθλιψης άγχους και στρες (Depression Anxiety Stress Scale, DASS-21) είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς που έχει ως στόχο την αξιολόγηση αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων όπως η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες και αναπτύχθηκε από τους Lovibond το 1995. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν μέσω μιας κλίμακας τύπου Likert- 4 διαβαθμίσεων από 0 (δεν ισχύει καθόλου σε εμένα έως 3 (ισχύει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές) κατά πόσο τους αντιπροσωπεύει η καθεμία από τις 21 προτάσεις της κλίμακας κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Η υποκλίμακα της κατάθλιψης αξιολογεί την ανηδονία, την έλλειψη ενδιαφέροντος, την απάθεια, την αυτοϋποτίμηση, την υποτίμηση της ζωής και την απελπισία. Η υποκλίμακα του άγχους αξιολογεί το άγχος σαν κατάσταση, την υποκειμενική εμπειρία της επίδρασης του άγχους και τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η υποκλίμακα του στρες είναι ευαίσθητη σε περιπτώσεις χρόνιας μη ειδικής διέγερσης και αξιολογεί την υπερδιέγερση, την ευερεθιστότητα, τη δυσκολία χαλάρωσης και την ανυπομονησία. Η κλίμακα μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα με βάση τη διαδικασία της αντίστροφης ανεξάρτητης μετάφρασης και σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό σε ένα δείγμα 537 ατόμων από 17 έως 67 ετών. Το ερωτηματολόγιο διαθέτει καλή εγκυρότητα περιεχομένου και καλή δομική εγκυρότητα (Lovibond et al., 1995 , Lyrakos G.N. et al., 2011)

2.3 Στατιστική ανάλυση

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων ακολούθησε η κωδικοποίηση των δεδομένων και η εισαγωγή τους στο στατιστικό πακέτο SPSS (ver.29). Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (std. deviation) και οι ελάχιστες/μέγιστες τιμές (minimum/maximum) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφική ανάλυση των ποσοτικών μεταβλητών, ενώ για την περιγραφική ανάλυση των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές συχνότητες και τα ποσοστά τους. Για τις ποσοτικές μεταβλητές έγινε έλεγχος για το αν ακολουθούν την κανονική κατανομή με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov.

Προκειμένου να διερευνηθεί το είδος αλλά και η ένταση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ δυο ή περισσότερων ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος σημαντικότητας για τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των συνολικών βαθμολογιών σε δύο ομάδες ανεξάρτητων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-Test και ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney, ενώ

για τη σύγκριση των μέσων τιμών των συνολικών βαθμολογιών μεταξύ τριών ή παραπάνω ομάδων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ANOVA και ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis. Οι μεταβλητές-παράγοντες που εξετάστηκαν ήταν το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασιακή κατάσταση, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και το εκπαιδευτικό επίπεδο τόσο των συμμετεχόντων όσο και των γονέων.

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα (Sig.2-tailed) και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Η στατιστική επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (ver.29,0).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην έρευνα συμμετείχαν 48 γυναίκες και 12 άνδρες. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονται από 20 μέχρι 74 ετών με διάμεση ηλικία τα 35,5 έτη. Από τα αποτελέσματα που παρατίθενται στον Πίνακα 1 διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 35 ετών (50,0%) και έπονται οι συμμετέχοντες που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 46-55 ετών και άνω των 56 ετών με ποσοστά 21,7% και 16,7% αντιστοίχως. Ποσοστό της τάξεως του 55,0% του δείγματος δήλωσε πως είναι άγαμο ενώ το 71,7% εργάζεται. Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρατηρείται πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι Λυκείου με ποσοστό 45,0%, και ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ με ποσοστό 28,3%, ενώ σε ό,τι αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων το μεγαλύτερο ποσοστό καταγράφεται στην κατηγορία απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης (35,0%).

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία

	N	%
Φύλο		
Γυναίκα	48	80,0
Άνδρας	12	20,0
Ηλικιακή ομάδα		
<35 ετών	30	50,0
36-45 ετών	7	11,7
46-55 ετών	13	21,7
>56 ετών	10	16,7
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	33	55,0
Έγγαμος/η	20	33,3
Διαζευγμένος/η	5	8,3
Χήρος/α	2	3,3
Εργασία		
Άνεργος/η	17	28,3
Εργαζόμενος/η	43	71,7
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Υποχρεωτική εκπαίδευση	5	8,3
Λύκειο	27	45,0
ΑΤΕΙ	4	6,7
ΑΕΙ	17	28,3
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα	7	11,7
Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων		
Απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης	21	35,0
Ο ένας γονέας απόφοιτος Λυκείου	13	21,7
Και οι δυο γονείς απόφοιτοι Λυκείου	12	20,0
Ο ένας γονέας απόφοιτος ΑΕΙ	6	10,0
Και οι δυο γονείς απόφοιτοι ΑΕΙ	5	8,3
Ο ένας γονέας κάτοχος Μεταπτυχιακού	2	3,3
Και οι δυο γονείς κάτοχοι Μεταπτυχιακού	1	1,7

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο ETI-SR προκύπτει ότι το σύνολο των ανδρών έχει βιώσει κάποια εμπειρία σωματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, ενώ αντίστοιχα για τις γυναίκες το ποσοστό αυτό είναι 89,58%. Οι γυναίκες με δείκτη σωματικής κακοποίησης τουλάχιστον 3 φτάνουν σε ποσοστό το 35,41% , ενώ στους άνδρες το αντίστοιχο ποσοστό είναι 41,67%. Ποσοστό 93,33% (n=56) των συμμετεχόντων υπέστησαν κάποιας μορφής συναισθηματική κακοποίηση στα παιδικά τους χρόνια, ποσοστό 93,75% για τις γυναίκες και 91,67% για τους άνδρες. Η σεξουαλική κακοποίηση είναι πιο συχνή στις γυναίκες, οι οποίες σε

ποσοστό 43,75% (n=21) ανέφεραν τουλάχιστον μία εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ 8 γυναίκες (16,67%) ανέφεραν βιασμό. Εννέα γυναίκες (18,75%) είχαν δείκτη σεξουαλικής κακοποίησης τουλάχιστον 3. Σε αντιδιαστολή οι άνδρες σε ποσοστό 25% ανέφεραν ένα μοναδικό γεγονός σεξουαλικής κακοποίησης και κανείς τους δεν αναφέρθηκε σε βιασμό.

Πίνακας 2: Συχνότητες σωματικής, συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης

	Σύνολο πληθυσμού	Γυναίκες	Άνδρες
Σωματική κακοποίηση	n=55 91,66%	n= 43, 89,58%	n= 12, 100%
Δείκτης σωματικής κακοποίησης τουλάχιστον 3	n=22, 36,66%	n= 17, 35,41%	n= 5 , 41,66%
Συναισθηματική κακοποίηση	n=56, 93,33%	n=45, 93,75%	n=11, 91,66%
Δείκτης συναισθηματικής κακοποίησης τουλάχιστον 3	n=41, 68,33%	n=32, 66,66%	n=9, 75%
Σεξουαλική κακοποίηση	n=24, 40%	n=21, 43,75%	n=3 25%
Δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης τουλάχιστον 3	n=9, 18,75%	n=9, 18,75%	n=0, 0%
Βιασμός	n=8, 16,66%	n=8, 16,66%	n=0, 0%

Όσον αφορά την υποκλίμακα του τραύματος ποικίλης αιτιολογίας, 18,33% (n=11) είχαν εκτεθεί σε φυσική καταστροφή απειλητική για τη ζωή, 28,33% (n=17) είχαν εμπλακεί σε σοβαρό ατύχημα, 36,67% (n=22) είχαν υποστεί σοβαρό τραυματισμό ή ασθένεια, 26,67% (n=16) είχαν την εμπειρία θανάτου ή σοβαρής ασθένειας γονέα, 30% (n=18) είχαν την εμπειρία διαζυγίου ή χωρισμού των γονέων, 16,67% (n=10) είχαν την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός αδελφού, 18,33% (n=11) είχαν την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός φίλου, 46,67% (n=28) έγιναν μάρτυρες βίαιης συμπεριφοράς, 40% (n=24) υπέφερε κάποιο μέλος της

οικογένειάς τους από διανοητική ή ψυχιατρική ασθένεια, 20% (n=12) είχαν οι γονείς τους προβλήματα αλκοολισμού ή κατάχρησης ουσιών και 1,67% (n=1) είδε κάποιον να δολοφονείται.

Πίνακας 3: Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας

Τραύμα ποικίλης αιτιολογίας	N	%
Φυσική καταστροφή	11	18,33%
Σοβαρό ατύχημα	17	28,33%
Σοβαρός τραυματισμός ή ασθένεια	22	36,67%
Θάνατος ή σοβαρή ασθένεια γονέα	16	26,67%
Διαζύγιο ή χωρισμός των γονέων	18	30%
Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός αδελφού	10	16,67%
Θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός φίλου	11	18,33%
Μάρτυρας βίαιης συμπεριφοράς	28	46,67%
Ψυχιατρική ασθένεια στην οικογένεια	24	40%
Αλκοολισμός ή κατάχρηση ουσιών των γονέων	12	20%
Μάρτυρας δολοφονίας	1	1,66%

3.2 Μεγαλύτερος αντίκτυπος

Αναφορικά με το συμβάν που είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο, το 38,33% (n=23) ανέφερε κάποιο συμβάν συναισθηματικής κακοποίησης, με τις περισσότερες απαντήσεις (n=10) να αφορούν το γεγονός ότι οι γονείς δεν μπορούσαν να τους καταλάβουν ή να αντιληφθούν τις ανάγκες τους. Ακολούθως το 15% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το γεγονός με το μεγαλύτερο αντίκτυπο ήταν κάποια εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης, με 4 άτομα να αναφέρουν βιασμό, 4 άτομα άγγιγμα σε απόκρυφο μέρος του σώματος και ένα άτομο ότι εξαναγκάστηκε να φιλήσει κάποιον με τρόπο περισσότερο σεξουαλικό παρά στοργικό. Πέντε άτομα (8,33%) ανέφεραν ότι οι εμπειρίες σωματικής τιμωρίας είχαν για αυτούς το μεγαλύτερο αντίκτυπο, 7 άτομα (11,66%) ανέφεραν τον θάνατο ή σοβαρή ασθένεια ενός γονέα, 6 άτομα (10%) την ενδοοικογενειακή βία, 3 άτομα (5%) το διαζύγιο των γονέων, 3 άτομα (5%) διανοητική ή ψυχιατρική ασθένεια στην οικογένεια. Ο σοβαρός τραυματισμός ή ασθένεια, η εμπλοκή σε σοβαρό ατύχημα, ο αλκοολισμός ή η κατάχρηση ουσιών των γονέων και η εμπειρία θανάτου αδελφού αναφέρθηκαν ως το γεγονός με τον μεγαλύτερο αντίκτυπο από ένα άτομο αντίστοιχα.

Πίνακας 4: Τραυματικές εμπειρίες με τον μεγαλύτερο αντίκτυπο

Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας	23	38,33%
Σοβαρός τραυματισμός ή ασθένεια	1	1,66%
Αλκοολισμός ή κατάχρηση ουσιών των γονέων	1	1,66%
Θάνατος ή σοβαρή ασθένεια ενός γονέα	7	11,66%
Ενδοοικογενειακή βία	6	10%
Διαζύγιο ή χωρισμός γονέων	3	5%
Εμπλοκή σε σοβαρό ατύχημα	1	1,66%
Διανοητική ή ψυχιατρική ασθένεια στην οικογένεια	3	5%
Εμπειρία θανάτου αδελφού	1	1,66%

Συναισθηματική κακοποίηση	23	38,33%
Οι γονείς δεν κατάφερναν να αντιληφθούν τις ανάγκες	10	16,66%
Τους έλεγαν συχνά ότι δεν είναι καλοί σε κάτι	3	5%
Τους αγνοούσαν ή τους έκαναν να αισθανθούν ότι δεν αξίζουν	6	10%
Τους ταπείνωναν συχνά ή τους γελοιοποιούσαν	3	5%
Τους μεταχειρίζονταν συνήθως με ψυχρό και αδιάφορο τρόπο ή τους έκαναν να αισθανθούν ότι δεν τους αγαπούν	1	1,67%

Σεξουαλική κακοποίηση	9	15%
Άγγιγμα σε απόκρυφο μέρος του σώματος	4	6,67%
Βιασμός	4	6,67%
Εξαναγκάστηκαν να φιλήσουν κάποιον με τρόπο περισσότερο σεξουαλικό παρά στοργικό	1	1,66%

Σωματική τιμωρία	5	8,33%
Τους έχουν γρονθοκοπήσει ή κλωτσήσει	3	5%
Τους έχουν χτυπήσει εκσφενδονίζοντας κατά πάνω τους ένα αντικείμενο	1	1,66%
Τους έχουν χαστουκίσει	1	1,67%

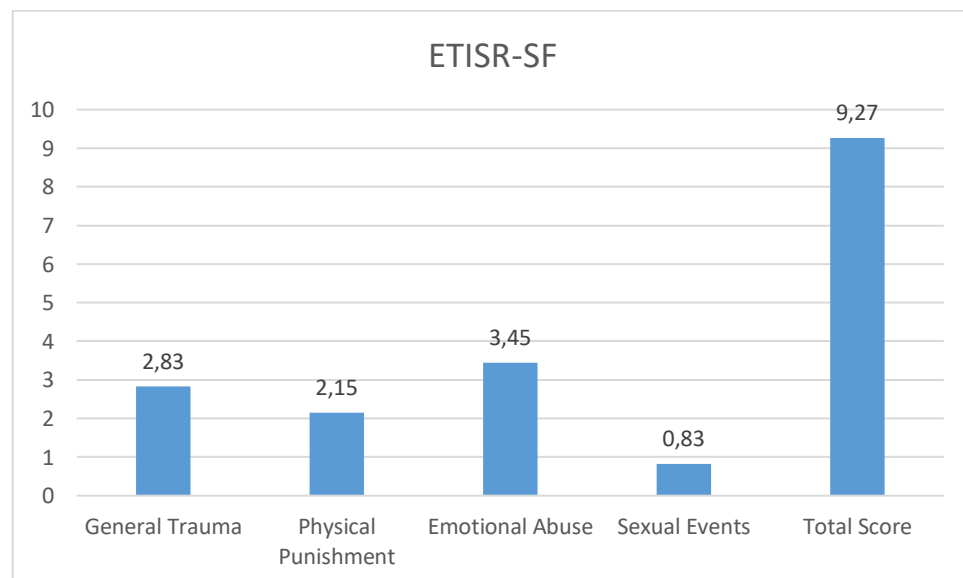
Αναφορικά με το γεγονός που είχε τον μεγαλύτερο αντίκτυπο, το 80% των συμμετεχόντων (n=48) ανέφερε ότι είχε βιώσει συναισθήματα έντονου φόβου, τρόμου ή ότι είχαν αισθανθεί τελείως αβοήθητοι, ενώ το 30% (n=18) είχαν αισθανθεί σαν να βρίσκονται έξω από το σώμα τους ή σαν να ήταν σε όνειρο.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις και οι ελάχιστες/μέγιστες τιμές των τεσσάρων διαστάσεων του ερωτηματολογίου ETISR-SF, καθώς και της συνολικής βαθμολογίας. Από τα στοιχεία του Πίνακα 5 παρατηρείται πως τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία κατέγραψε η υποκλίμακα της Συναισθηματικής Κακοποίησης ενώ η χαμηλότερη μέση βαθμολογία καταγράφεται στην υποκλίμακα των Σεξουαλικών Γεγονότων. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας είναι 9,27 με τυπική απόκλιση 4,198.

Πίνακας 5: Ερωτηματολόγιο ETISR-SF

	Minimum	Maximum	Mean	Standard. Deviation
General Trauma	0	6	2,83	1,689
Physical Punishment	0	4	2,15	1,273
Emotional Abuse	0	5	3,45	1,682
Sexual Events	0	5	0,83	1,317
Total Score	2	20	9,27	4,198

Γράφημα 1: Ερωτηματολόγιο ETISR-SF



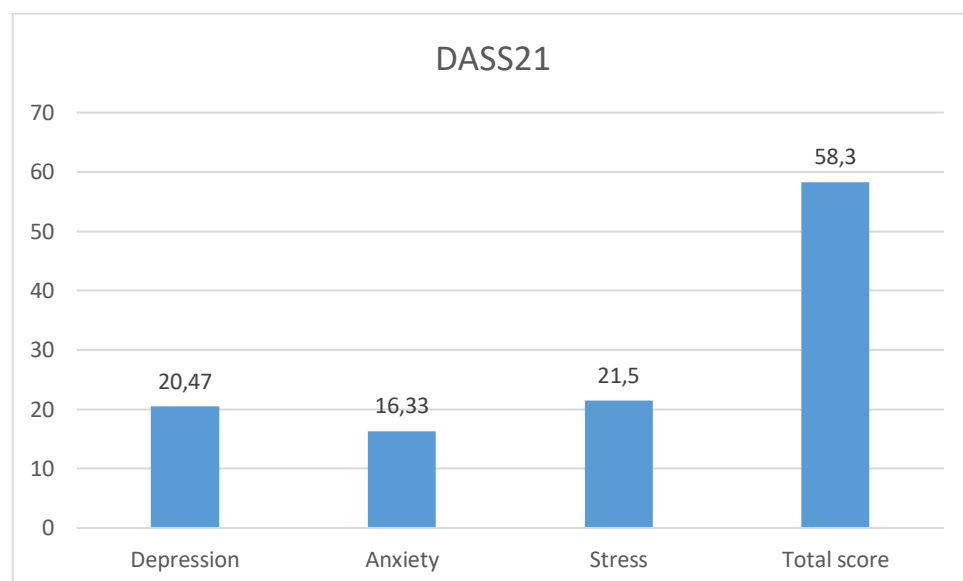
Στον Πίνακα 6 αναφέρονται οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις και οι ελάχιστες/μέγιστες τιμές των τριών διαστάσεων του ερωτηματολογίου DASS21,

καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του τεστ. Από τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται πως η υποκλίμακα του Στρες καταγράφει την υψηλότερη μέση βαθμολογία (21,60) ενώ η υποκλίμακα του Άγχους τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία (16,33). Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου είναι 58,30 με τυπική απόκλιση 30,942.

Πίνακας 6: Ερωτηματολόγιο DASS21

	Minimum	Maximum	Mean	Standard. Deviation
Depression	0	42	20,47	13,155
Anxiety	2	42	16,33	10,800
Stress	0	42	21,50	11,087
Total Score	2	120	58,30	30,942

Γράφημα 2: Ερωτηματολόγιο DASS21



Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 7 παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου ETISR-SF τείνει να αυξάνεται και η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου DASS21 ($p.value < 0,05$), δηλαδή το παιδικό τραύμα σχετίζεται θετικά με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης του άγχους και του στρες. Επιπλέον, όλες οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου DASS21 βρέθηκαν να συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους, ενώ οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ETISR-SF που συσχετίζονται μεταξύ τους είναι η διάσταση της σωματικής τιμωρίας με τη διάσταση του τραύματος ποικίλης αιτιολογίας, της

συναισθηματικής κακοποίησης και των σεξουαλικών γεγονότων, καθώς και η υποκλίμακα της συναισθηματικής κακοποίησης με τα σεξουαλικά γεγονότα. Σε ό,τι αφορά στις συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων και των δυο ερωτηματολογίων προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης του τραύματος ποικίλης αιτιολογίας με τη διάσταση του άγχους και του στρες και της διάστασης της σωματικής τιμωρίας με τις διαστάσεις της κατάθλιψης και του άγχους. Τέλος, θετική συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στην υποκλίμακα του τραύματος ποικίλης αιτιολογίας και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου DASS21, καθώς και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου ETISR-SF με την υποκλίμακα του άγχους.

Πίνακας 7: Συσχετίσεις ερωτηματολογίων ETISR-SF και DASS21

	General Trauma	Physical Punishment	Emotional Abuse	Sexual Events	Total score ETISR-SF	Depression	Anxiety	Stress	Total score DASS21
General Trauma	1,000	0,415	0,178	0,225	0,682	0,243	0,446	0,342	0,384
		0,001**	0,175	0,084	0,000**	0,062	0,000**	0,007**	0,002**
Physical Punishment	0,415	1,000	0,331	0,469	0,719	0,258	0,258	0,170	0,253
	0,001**		0,010**	0,000**	0,000**	0,046*	0,046*	0,194	0,051
Emotional Abuse	0,178	0,331	1	0,267	0,684	0,115	0,115	0,086	0,120
	0,175	0,010**		0,039*	0,000**	0,382	0,382	0,513	0,363
Sexual Events	0,225	0,469	0,267	1	0,607	0,025	0,004	-0,027	0,008
	0,084	0,000**	0,039*		0,000**	0,849	0,977	0,837	0,952
Total score ETISR-SF	0,682	0,719	0,684	0,607	1	0,215	0,310	0,195	0,269
	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**		0,099	0,016*	0,134	0,038*
Depression	0,243	0,258	0,115	0,025	0,215	1	0,657	0,641	0,891
	0,062	0,046*	0,382	0,849	0,099		0,000**	0,000**	0,000**
Anxiety	0,446	0,258	0,115	0,004	0,310	0,657	1	0,685	0,861
	0,000**	0,046*	0,382	0,977	0,016*	0,000**		0,000**	0,000**
Stress	0,342	0,170	0,086	-0,027	0,195	0,641	0,685	1	0,866
	0,007**	0,194	0,513	0,837	0,134	0,000**	0,000**		0,000**
Total score DASS21	0,384	0,253	0,120	0,008	0,269	0,891	0,861	0,866	1
	0,002**	0,051	0,363	0,952	0,038*	0,000**	0,000**	0,000**	

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

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

3.3 Η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων

Πίνακας 8: ETISR-SF και φύλο

Φύλο	Γυναίκα	Άνδρας	p.value
	Mean (Std. Deviation)	Mean (Std. Deviation)	
General Trauma	2,81 (1,830)	2,92 (0,996)	0,743**
Physical Punishment	2,04 (1,258)	2,58 (1,311)	0,190*
Emotional Abuse	3,40 (1,673)	3,67 (1,775)	0,622*
Sexual Events	0,98 (1,422)	0,25 (0,452)	0,004*
Total Score	9,23 (4,525)	9,42 (2,644)	0,622**

*T-test

**Mann-Whitney Test

Πίνακας 9: DASS21 και φύλο

Φύλο	Γυναίκα	Άνδρας	p.value
	Mean (Std. Deviation)	Mean (Std. Deviation)	
Depression	20,58 (13,571)	20,00 (11,878)	0,919**
Anxiety	16,25 (10,913)	16,67 (10,798)	0,889**
Stress	21,13 (11,719)	23,00 (8,334)	0,541**
Total Score	57,96 (32,121)	59,67 (26,912)	0,767**

**Mann-Whitney

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 8 διαπιστώνεται πως οι γυναίκες καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες στη διάσταση των Σεξουαλικών Γεγονότων (0,98 έναντι 0,25). Η διαφορά αυτή προκύπτει στατιστικά σημαντική καθώς $p.value < 0,05$, γεγονός που μας επιτρέπει να ισχυριστούμε πως οι γυναίκες αντιμετωπίζουν συχνότερα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης σε σχέση με τους άντρες. Το φύλο δεν επιδρά στις βαθμολογίες που κατέγραψαν οι συμμετέχοντες τόσο στο συνολικό σκορ της κλίμακας DASS21 όσο και στις επιμέρους υποκλίμακες, καθώς από τα αποτελέσματα των ελέγχων μέσων τιμών που παρουσιάζονται στον Πίνακα 9 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά, καθώς $p.value > 0,05$.

Πίνακας 10: ETISR-SF και ηλικιακή ομάδα

	General Trauma	Physical Punishment	Emotional Abuse	Sexual Events	Total Score
	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)
Ηλικιακή Ομάδα					
Έως 35 ετών	3,33 (1,516)	2,33 (1,155)	3,80 (1,448)	0,97 (1,450)	10,43 (3,812)
46-45 ετών	2,86 (0,690)	2,14 (1,464)	3,14 (1,773)	0,71 (1,254)	8,86 (3,761)
46-55 ετών	2,23 (2,006)	2,00 (1,354)	2,92 (1,891)	0,46 (0,877)	7,62 (3,477)
>56 ετών	2,10 (1,912)	1,80 (1,476)	3,30 (2,003)	1,00 (1,491)	8,20 (5,770)
p.value	0,032**	0,248**	0,668**	0,507*	0,132**

*ANOVA

**Mann -Whitney

Η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες φαίνεται να επιδρά στην υποκλίμακα του τραύματος ποικίλης αιτιολογίας του ερωτηματολογίου ETISR-SF. Ειδικότερα, από τα στοιχεία του Πίνακα 10 διαπιστώνεται πως καθώς αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων μειώνεται η βαθμολογία της υποκλίμακας γενικού τραύματος, με την ηλικιακή κατηγορία έως 35 ετών να καταγράφει την υψηλότερη μέση τιμή.

Πίνακας 11: DASS21 και ηλικιακή ομάδα

	Depression	Anxiety	Stress	Total Score
	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)
Ηλικιακή Ομάδα				
Έως 35 ετών	22,00 (13,162)	17,73 (9,906)	24,00 (10,265)	63,73 (29,336)
46-45 ετών	18,29 (13,973)	17,71 (15,467)	22,86 (11,006)	58,86 (38,277)
46-55 ετών	18,15 (14,753)	15,69 (11,828)	19,23 (12,768)	53,08 (35,624)
>56 ετών	20,40 (11,692)	12,00 (8,537)	16,00 (10,242)	48,40 (24,236)
p.value	0,777**	0,416**	0,256**	0,533**

**Kruskal Wallis

Από τα αποτελέσματα των ελέγχων μέσων τιμών που παρουσιάζονται στον Πίνακα 11, η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες δεν επηρεάζει τις βαθμολογίες τους στην κλίμακα DASS21 και στις επιμέρους υποκλίμακες, καθώς δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά (p.value >0,05).

Πίνακας 12: ETISR-SF και εκπαιδευτικό επίπεδο

	General Trauma	Physical Punishment	Emotional Abuse	Sexual Events	Total Score
	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)
Εκπαιδευτικό επίπεδο					
Υποχρεωτική εκπαίδευση	1,60 (0,548)	1,00 (0,707)	1,60 (1,342)	0,40 (0,548)	4,60 (2,408)
Λύκειο	2,96 (1,870)	2,15 (1,292)	3,52 (1,762)	0,78 (1,281)	9,41 (4,272)
ΑΤΕΙ	3,00 (2,160)	2,00 (1,633)	4,50 (0,577)	1,50 (2,380)	11,00 (6,218)
ΑΕΙ	3,06 (1,478)	2,65 (1,272)	3,35 (1,693)	0,94 (1,345)	10,00 (3,623)
Μεταπτυχιακό	2,57 (1,718)	1,86 (0,900)	4,14 (1,069)	0,71 (1,254)	9,29 (3,773)
p.value	0,463**	0,115**	0,010**	1,000**	0,033**

**Mann-Whitney

Στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε στη μέση βαθμολογία της διάστασης Συναισθηματικής Κακοποίησης και του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου ETISR-SF ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 12 διαπιστώνεται πως τα άτομα που έχουν λάβει μόνο υποχρεωτική εκπαίδευση καταγράφουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στις παραπάνω κλίμακες σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες ($p.value < 0,05$).

Πίνακας 13: DASS21 και εκπαιδευτικό επίπεδο

	Depression	Anxiety	Stress	Total Score
	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)
Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Υποχρεωτική εκπαίδευση	23,20 (15,139)	15,20 (12,133)	20,00 (13,928)	58,40 (35,788)
Λύκειο	20,59 (14,335)	18,30 (12,791)	22,59 (12,401)	61,48 (35,848)
ΑΤΕΙ	19,00 (10,520)	15,50 (11,121)	16,00 (6,733)	50,50 (20,025)
ΑΕΙ	23,06 (12,311)	15,76 (8,452)	22,47 (9,709)	61,29 (26,589)
Μεταπτυχιακό	12,57 (9,981)	11,43 (6,294)	19,14 (10,123)	43,14 (22,945)
p.value	0,430**	0,779**	0,764**	0,623**

**Kruskal Wallis

Οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να διερευνηθεί αν το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων επιδρά στη διαμόρφωση των μέσων τιμών του ερωτηματολογίου DASS21 δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικοί καθώς $p.value > 0,05$ (Πίνακας 13).

Πίνακας 14: ETISR-SF και φαρμακευτική αγωγή

	Φαρμακευτική Αγωγή		p.value
	Ναι	Όχι	
	Mean (Std. Deviation)	Mean (Std. Deviation)	
General Trauma	2,70 (1,682)	3,10 (1,714)	0,459**
Physical Punishment	2,13 (1,324)	2,20 (1,196)	0,832*
Emotional Abuse	3,48 (1,679)	3,40 (1,729)	0,872*
Sexual Events	0,78 (1,230)	0,95 (1,504)	0,632*
Total Score	9,08 (4,221)	9,6 (4,234)	0,592**

*T-test

**Mann-Whitney Test

Πίνακας 15: DASS21 και φαρμακευτική αγωγή

	Φαρμακευτική Αγωγή		p.value
	Ναι	Όχι	
	Mean (Std. Deviation)	Mean (Std. Deviation)	
Depression	19,50 (12,671)	22,40 (14,210)	0,426*
Anxiety	16,05 (10,263)	16,90 (12,061)	0,987**
Stress	20,40 (10,691)	23,70 (11,810)	0,307**
Total Score	55,95 (28,974)	63,00 (34,856)	0,520**

*T-test

**Mann-Whitney Test

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα του ελέγχου μέσω των τιμών που διεξήχθη προκειμένου να ερευνηθεί αν οι συμμετέχοντες που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή καταγράφουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με αυτούς που δεν λαμβάνουν. Ειδικότερα, από τα στοιχεία του Πίνακα 14 και του Πίνακα 15 συμπεραίνεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές των δυο ομάδων σε καμία από τις εξεταζόμενες υποκλίμακες ($p.value > 0,05$). Δηλαδή οι συμμετέχοντες που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή αντιμετωπίζουν παρόμοιας βαρύτητας συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και στρες με εκείνους που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, γεγονός που αντικατοπτρίζει την ανεπαρκή ανταπόκριση στα αντικαταθλιπτικά στις περιπτώσεις καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών με ιστορικό παιδικού τραύματος.

Η τελευταία μεταβλητή που εξετάστηκε είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων και από τα αποτελέσματα των ελέγχων μέσω των τιμών δεν προέκυψε στατιστικά

σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές των υποκλιμάκων ούτε στο συνολικό σκορ του ETISR-SF σε καμία κατηγορία, καθώς $p.value > 0,05$ (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: ETISR-SF και εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων

	General Trauma	Physical Punishment	Emotional Abuse	Sexual Events	Total Score
	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)	Mean (S.D)
Εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων					
Απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης	2,29 (1,488)	1,86 (1,276)	3,00 (1,844)	0,71 (1,007)	7,86 (3,425)
Ο ένας γονέας	3,15 (1,819)	1,85 (1,345)	3,77 (1,481)	0,69 (1,548)	9,76 (4,754)
απόφοιτος Λυκείου	3,50 (1,732)	2,67 (1,435)	4,00 (1,477)	0,42 (0,900)	10,58 (4,481)
Και οι δυο γονείς	2,67 (2,160)	2,50 (1,049)	3,00 (1,897)	2,17 (2,137)	10,33 (6,121)
απόφοιτος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	3,40 (0,894)	2,00 (0,707)	3,20 (2,049)	0,80 (0,837)	9,40 (1,949)
Και οι δύο γονείς	2,00 (2,828)	3,00 (1,414)	4,50 (0,707)	0,50 (0,707)	10,00 (5,657)
Μεταπτυχιακού	2,00 (-)	3,00 (-)	4,00 (-)	3,00 (-)	12,00 (-)
Και οι δυο γονείς κάτοχοι					
Μεταπτυχιακού					
p.value	0,935**	0,332**	0,687**	0,099**	0,233**

**Mann-Whitney

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε ο ρόλος των τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας στην κατάθλιψη και στις αγχώδεις διαταραχές. Επίσης διερευνήθηκε αν ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία παίζουν κάποιο ρόλο στον αντίκτυπο της παιδικής κακοποίησης στην ψυχική υγεία. Συνοπτικά, τα κύρια ευρήματα της μελέτης είναι ότι όσο μεγαλύτερες οι αντιξοότητες που αντιμετώπισε το άτομο στην παιδική ηλικία, τόσο μεγαλύτερη η βαρύτητα της καταθλιπτικής και της αγχώδους συμπτωματολογίας. Διαπιστώθηκε η ανεπαρκής ανταπόκριση στην φαρμακοθεραπεία των ασθενών με ιστορικό παιδικού τραύματος. Δεν υπάρχουν ενδείξεις στην παρούσα έρευνα ότι το φύλο επηρεάζει τον αντίκτυπο του παιδικού

τραύματος. Τέλος, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων δεν διαπιστώθηκε να σχετίζεται με την κακοποίηση των παιδιών.

Η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία έχει σημαντικές επιπτώσεις για την υγεία στη διάρκεια της ζωής (Gilbert et al., 2009), συμπεριλαμβανομένων των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών, οι οποίες είναι κύριες αιτίες του παγκοσμίου βάρους από ασθένειες (Whiteford et al., 2013). Η ισχυρή σύνδεση ανάμεσα στην παιδική κακοποίηση και στην ανάπτυξη καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών στην ενήλικη ζωή έχει αναδειχθεί σε πολλές μελέτες (Fonzo et al., 2016; Paul & Eckenrode, 2015; Shapero et al., 2014; Tunnard et al., 2014; Comijs et al., 2013; Nanni, Uher & Danese, 2012; Harkness et al., 2012; White, 2011). Τα άτομα με ιστορικό παιδικής κακοποίησης διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν υποτροπιάζουσα και εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή σε σύγκριση με άτομα χωρίς ιστορικό κακοποίησης ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη συμβολή των διαφορετικών τύπων κακοποίησης (Nanni et al., 2012). Μια μεταανάλυση προοπτικών μελετών βρήκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κακοποίηση στην παιδική ηλικία και στην κατάθλιψη και το άγχος στην ενήλικη ζωή (Li et al., 2016).

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε η υψηλή επίπτωση της συναισθηματικής κακοποίησης, με το 93% των συμμετεχόντων να αναφέρουν ότι έχουν βιώσει κάποια μορφή συναισθηματικής κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία και το 38,33% ότι οι εμπειρίες συναισθηματικής κακοποίησης είχαν τον εντονότερο αντίκτυπο στη ζωή τους. Στη βιβλιογραφία η επίπτωση της συναισθηματικής κακοποίησης ποικίλει ευρέως και κυμαίνεται από χαμηλά επίπεδα σε κάποιες μελέτες, όπως 6% (May-Chahal & Cawson, 2005), μέχρι υψηλά επίπεδα, όπως 48,1% (Goldsmith et al., 2013). Τα χαμηλά ποσοστά ορισμένων ερευνών μπορεί να οφείλονται στο γεγονός ότι ως μορφή κακοποίησης παραμένει κρυφή και τα θύματα μπορεί να μην έχουν την επίγνωση ότι οι εμπειρίες τους συνιστούν κακοποίηση (Hovens, 2015). Παρά την υψηλή επίπτωση της συναισθηματικής κακοποίησης, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατάθλιψη και το άγχος. Αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει τη σύνδεση της συναισθηματικής κακοποίησης και παραμέλησης με την κατάθλιψη (Carvalho et al., 2014) και επιπλέον υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις που συγκρίνουν τον διαφορετικό αντίκτυπο των διαφόρων τύπων κακοποίησης και καταλήγουν στην ειδική σχέση της συναισθηματικής κακοποίησης με την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή (Mc Laughlin et al., 2011; Hamilton et al., 2013; Martins et al., 2014; Neumann, 2017). Στην ανασκόπηση των Infurna και συνεργατών το 2016, η συναισθηματική κακοποίηση παρουσίασε την ισχυρότερη σύνδεση με την κατάθλιψη συγκριτικά με τις υπόλοιπες μορφές κακοποίησης. Αντίθετα, στην συστηματική ανασκόπηση των Carr και συνεργατών το 2013 κατέληξαν από 44 άρθρα στο συμπέρασμα ότι η σωματική κακοποίηση, η μη ειδική παραμέληση και η σεξουαλική κακοποίηση σχετίζονται με τις διαταραχές της διάθεσης, ενώ η συναισθηματική κακοποίηση σχετίστηκε πιο ειδικά με τις διαταραχές προσωπικότητας και τη

σχιζοφρένεια. Είναι αξιοσημείωτο ότι από τα 18 άρθρα της ανασκόπησης που αξιολογούσαν τη συναισθηματική κακοποίηση, μόνο τρεις μελέτες έδειξαν συσχέτιση της συναισθηματικής κακοποίησης με την κατάθλιψη (Becker & Grilo, 2011; Wingenfeld et al., 2011; Gibb, Chelminski & Zimmerman, 2007). Επίσης, η συναισθηματική κακοποίηση σχετίστηκε θετικά τόσο με τη σωματική όσο και με τη σεξουαλική κακοποίηση. Γενικά η συναισθηματική κακοποίηση έχει προταθεί ότι αποτελεί βασικό συστατικό όλων των διαφορετικών μορφών παιδικής κακοποίησης και έχει τουλάχιστον ισοδύναμες αναπτυξιακές επιπτώσεις όπως η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση (Schulz et al., 2017; Vachon et al., 2015; Rosenkratz et al., 2012).

Η κατάθλιψη προσβάλλει τις γυναίκες δύο φορές πιο συχνά από ότι τους άνδρες, ενώ και οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνές μεταξύ των γυναικών (WHO, 2008; Kessler et al., 2005). Δεν βρέθηκαν ενδείξεις ότι διαφέρει ο αντίκτυπος της παιδικής κακοποίησης στην καταθλιπτική συμπτωματολογία μεταξύ των δύο φύλων. Αναφορικά με το ρόλο του φύλου τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντικρουόμενα. Σε κάποιες μελέτες υπάρχουν ενδείξεις ότι η επίδραση της κακοποίησης είναι εντονότερη στις γυναίκες (Gershon et al., 2008). Από την άλλη πλευρά, ατομικές εμπειρικές μελέτες έχουν διαφορούμενα αποτελέσματα: ορισμένες βρήκαν ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική κακοποίηση και την κατάθλιψη και το άγχος για τις γυναίκες (Iverson et al., 2013; Dunn et al., 2012; Brensilver et al., 2011; Hanson et al., 2008), ενώ άλλες έδειξαν παρόμοιες συσχετίσεις ή ακόμα και μεγαλύτερο αντίκτυπο για τους άνδρες (Pimlott-Kubiak & Cortina, 2003; Reinherz et al., 2003; Dinwiddie et al., 2000). Υπάρχει βιβλιογραφία που προτείνει ότι άνδρες και γυναίκες δεν διαφέρουν στη συνολική τους έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, αλλά περισσότερο στην έκθεσή τους σε συγκεκριμένους τύπους παιδικής κακοποίησης (Freedman et al., 2002). Στην παρούσα έρευνα παρατηρήσαμε ότι οι γυναίκες είχαν υποστεί παιδική σεξουαλική κακοποίηση πολύ συχνότερα από ότι οι άνδρες με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική. Πράγματι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η σεξουαλική κακοποίηση τείνει να είναι δύο με τρεις φορές συχνότερη στα κορίτσια από ότι στα αγόρια (Stoltenborgh et al., 2015; WHO, 2014). Αντίστοιχα, για τα αγόρια ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι υφίστανται συχνότερα σωματική κακοποίηση (Kessler et al., 1995). Στην παρούσα μελέτη η παιδική σωματική κακοποίηση ήταν συχνότερη στους άνδρες, ωστόσο η διαφορά δεν κρίθηκε στατιστικά σημαντική. Σύμφωνα με τους Gallo et al. (2018), το βιολογικό φύλο δεν παίζει κάποιο άλλο ρόλο πέρα από την αυξημένη συχνότητα θυματοποίησης των γυναικών. Γενικά είναι πιθανό ότι και τα δύο φύλα επηρεάζονται δυσμενώς από την κακοποίηση, αλλά οι εκδηλώσεις του τραύματος μπορεί να παίρνουν διαφορετικές μορφές, τα κορίτσια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εσωτερικευμένα προβλήματα, που περιλαμβάνουν το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ τα αγόρια είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν εξωτερικευμένα προβλήματα μετά την κακοποίηση.

(Hanson et al., 2008). Επίσης, οι διαφορές στις αντιδράσεις μεταξύ αγοριών και κοριτσιών απέναντι στα στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να οφείλονται σε γενετική προδιάθεση που επηρεάζει το ορμονικό σύστημα (Goldstein et al., 2014). Για παράδειγμα, οι άνδρες έχουν υψηλότερες συγκεντρώσεις τεστοστερόνης ενώ οι γυναίκες υψηλότερες συγκεντρώσεις οιστρογόνων και αυτές οι διαφορές μπορεί να ρυθμίζουν το πως οι άνδρες και γυναίκες απαντούν στο στρες, με τα υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων να βάζουν τις γυναίκες σε μεγαλύτερο κίνδυνο για διαταραχές της διάθεσης μετά από ψυχοπιεστικά γεγονότα (Chaney et al. 2014). Επιπλέον, είναι πιθανό ότι οι ανισότητες στις κοινωνικές προσδοκίες ανάλογα με το φύλο και οι συμπεριφορικές νόρμες μπορούν να προκαλέσουν μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάθλιψη και άγχος μετά την κακοποίηση στις γυναίκες (Diaz- Granados et al. 2011). Συνεπώς, προκειμένου να καταλήξουμε σε πιο αξιόπιστα συμπεράσματα αναφορικά με τις διαφορές στις συνέπειες του παιδικού τραύματος μεταξύ των δύο φύλων απαιτούνται περισσότερες μελέτες.

Η υποκλίμακα του Τραύματος ποικίλης αιτιολογίας σχετίστηκε θετικά με την υποκλίμακα της Σωματικής τιμωρίας, καθώς και με την υποκλίμακα του Άγχους, την υποκλίμακα του Στρες και με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας DASS21. Η υποκλίμακα του Τραύματος ποικίλης αιτιολογίας εξετάζει ψυχοπιεστικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας όπως η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας στην οικογένεια, οι εξαρτήσεις των γονέων από ουσίες, η ενδοοικογενειακή βία, το διαζύγιο, ο θάνατος ή η σοβαρή ασθένεια των γονέων και άλλων προσφιλών προσώπων, ο σοβαρός τραυματισμός ή ασθένεια του παιδιού. Ορισμένες από αυτές τις εμπειρίες αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες ως αυτές που είχαν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή τους με πιο χαρακτηριστικές την απώλεια ή σοβαρή ασθένεια γονέα, την ενδοοικογενειακή βία, το διαζύγιο των γονέων, την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας στην οικογένεια. Τα παραπάνω αποτελούν παράγοντες κινδύνου για σωματική κακοποίηση και προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών σύμφωνα με τη βιβλιογραφία.

Τα ευρήματα των ερευνών σχετικά με τον αντίκτυπο που έχει στην ψυχική υγεία η απώλεια ενός γονέα είναι αντικρουόμενα. Μια μελέτη που διενεργήθηκε από τους Berg et al. 2016 βρήκε ότι οι εισαγωγές στο νοσοκομείο για κατάθλιψη ήταν συχνότερες μεταξύ αυτών που είχαν χάσει τους γονείς τους όταν ήταν παιδιά σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν χάσει τους γονείς τους. Άλλη μελέτη που διενεργήθηκε από τους Noorikhajani et al. 2007 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η απώλεια γονέα πριν την ηλικία των 18 ετών είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Αντίθετα, τα ευρήματα μιας μελέτης που διενεργήθηκε από τους Loh et al. 2010 δεν έδειξαν κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον θάνατο του γονέα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και στην κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μεταανάλυσης εννέα μελετών που εξέταζε τον αντίκτυπο απώλειας γονέα, είτε αυτή οφειλόταν σε θάνατο του γονέα, είτε σε οριστικό ή προσωρινό (στην περίπτωση αυτή το παιδί δεν

επικοινωνούσε με τον γονέα για τουλάχιστον 6 συνεχόμενους μήνες) αποχωρισμό, υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην απώλεια γονέα πριν την ηλικία των 18 ετών και στην ανάπτυξη κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή. Το 29,3% των καταθλιπτικών υποκειμένων είχαν βιώσει την απώλεια γονέα πριν την ηλικία των 18 ετών. Τα άτομα που έχασαν τους γονείς τους πριν τα 18 τους χρόνια έχουν 2,6 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή, συγκριτικά με τα άτομα που δεν βίωσαν τέτοια απώλεια πριν από αυτή την ηλικία (Claudine et al., 2020). Μία πρόσφατη μελέτη στην Κίνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο θάνατος του γονέα στην παιδική ηλικία σχετίζεται ισχυρά με την κατάθλιψη και το άγχος στην ενήλικη ζωή. Ιδίως όταν η απώλεια του γονέα συνέβαινε στις ηλικίες 7 με 12 ετών ήταν ακόμα πιο πιθανή η ανάπτυξη κατάθλιψης (Peng et al., 2022).

Τα δεδομένα αναφορικά με την έκθεση των παιδιών σε ενδοοικογενειακή βία είναι περιορισμένα, γεγονός που δεν αποτελεί έκπληξη δεδομένης της σχετικά πρόσφατης αναγνώρισής της ως ειδικής μορφής παιδικής κακοποίησης (Leeb et al., 2008) . Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) ορίζει την έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία ως αποτυχία του φροντιστή να προστατέψει το παιδί από ένα βίαιο περιβάλλον, όπου κρίνεται δυνατό να γίνει κάτι τέτοιο (Leeb et al. 2008). Μία μελέτη που εστιάζει σε όλες τις μορφές παιδικής κακοποίησης έχει ορίσει την έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία ως το παιδί να γίνεται μάρτυρας καβγάδων που περιλαμβάνουν σωματική επίθεση είτε μεταξύ ενηλίκων είτε μεταξύ ενός ενήλικα και ενός παιδιού στο σπίτι (Gallo et al., 2017). Ωστόσο, άλλοι ορισμοί περιλαμβάνουν τη μαρτυρία λεκτικής ή συναισθηματικής κακοποίησης μεταξύ των γονέων (Kinyanda et al., 2013). Εκτιμάται ότι 8-25% των παιδιών έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία. Στους συγκεκριμένους υπολογισμούς περιλαμβάνονται εθνικές εκτιμήσεις επίπτωσης από τις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Σουηδία (Gilbert et al., 2009). Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, τα άτομα που έγιναν μάρτυρες σκηνών ενδοοικογενειακής βίας πριν την ηλικία των δεκαοχτώ ετών, μεταξύ μελών της οικογένειάς τους, είχαν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης αργότερα στη ζωή (Kinyanda et al., 2013), καθώς επίσης και ότι η παιδική έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία αύξησε τη συχνότητα της μετατραυματικής διαταραχής στρες κατά 1,3 φορές (Choi et al., 2017).

Η ενδοοικογενειακή βία, το ιστορικό ψυχικής ασθένειας των γονέων και οι εξαρτήσεις των γονέων από ουσίες είναι παράγοντες που σχετίζονται με τη σωματική κακοποίηση των παιδιών. Σε έρευνα που έγινε το 2010 , το 78,3% των ανδρών που είχαν εκτεθεί και στις τρεις αυτές δυσμενείς συνθήκες ανέφεραν ότι είχαν υποστεί παιδική σωματική κακοποίηση σε σύγκριση με το 7,5% των ανδρών που δεν βίωσαν αυτές τις αντιξοότητες. Παρόμοια επίπεδα παιδικής σωματικής κακοποίησης ανέφεραν και οι γυναίκες (66,9% για αυτές που ανέφεραν και τους τρεις παράγοντες έναντι 5,9% για εκείνες χωρίς κανέναν παράγοντα κινδύνου) (CDC, 2013). Η ενδοοικογενειακή βία ακόμη και σε απουσία ψυχικής ασθένειας και εξαρτήσεων των

γονέων σχετίστηκε με υψηλή επίπτωση της παιδικής σωματικής κακοποίησης (Fuller-Thomson et al., 2021)

Η παρούσα μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων δεν παίζει ρόλο στα επίπεδα παιδικού τραύματος των συμμετεχόντων, εύρημα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Σύμφωνα με τους Van Berkel et al., (2020) οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για παιδική κακοποίηση είναι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, η εργασία των γονέων, η μετανάστευση και οι μονογονεϊκές οικογένειες. Επιπλέον το ιστορικό αντικοινωνικής συμπεριφοράς και αξιόποινων πράξεων των γονέων, το ιστορικό ψυχιατρικών προβλημάτων και ένας συνδυασμός θεμάτων ψυχικής υγείας μαζί με εμπειρίες παιδικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της δικής τους παιδικής ηλικίας αναγνωρίστηκαν ως παράγοντες κινδύνου για παιδική παραμέληση (Mulder et al., 2018). Επίσης, εκτός από την κακή ψυχική υγεία και την εξάρτηση από ουσίες, η φτώχεια και η κοινωνική αστάθεια των γονέων σχετίστηκαν ισχυρά με αυξημένο κίνδυνο παιδικής κακοποίησης (Doidge et al., 2017). Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η μητρική κατάθλιψη, το ιστορικό παιδικής κακοποίησης της μητέρας και η δυσφορία στο γάμο αυξάνουν τον κίνδυνο παιδικής κακοποίησης (Younas & Morrison Gutman, 2022).

Στην παρούσα μελέτη, το 30% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχαν βιώσει το χωρισμό των γονέων τους στην παιδική τους ηλικία, ενώ το 5% ανέφερε ότι το συγκεκριμένο γεγονός υπήρξε η πλέον τραυματική εμπειρία των παιδικών τους χρόνων. Το διαζύγιο αποτελεί μείζον γεγονός ζωής τόσο για τους γονείς, όσο και για τα παιδιά και μπορεί να οδηγήσει σε τραυματικό στρες. Το διαζύγιο με τις οικογενειακές διαμάχες και προκλήσεις που προηγούνται και έπονται αυτού, έχει σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών, όπως κατάθλιψη (Sands et al., 2017), κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, επιθετική συμπεριφορά και κοινωνικά προβλήματα (Tebeka et al., 2016). Επίσης, το διαζύγιο των γονέων έχει συνδεθεί με αυξημένα επίπεδα παιδικού τραύματος, μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα, με ευαισθησία στην απόρριψη και τελικά με μειωμένη ευεξία (Schaan & Vogele, 2016). Η διαδικασία του διαζυγίου μπορεί να αποτελεί μεγάλο στρες για τους γονείς, τόσο λόγω της απώλειας του ερωτικού συντρόφου, όσο και λόγω της απώλειας του κοινωνικού περιβάλλοντος και υποστηρικτικού συστήματος και οικονομικών δυσκολιών. Ως εκ τούτου, αυξάνεται ο κίνδυνος κατάθλιψης, άγχους, κατάχρησης ουσιών σε άνδρες και γυναίκες (Leopold, 2018). Υπάρχουν ενδείξεις ότι το διαζύγιο και το ψυχιατρικό ιστορικό των γονέων αλληλεπιδρούν και ο συνδυασμός τους διπλασιάζουν ή ακόμα και τριπλασιάζουν τα ψυχολογικά προβλήματα των παιδιών, γεγονός που αντικατοπτρίζεται στις αυτοκτονικές απόπειρες (Thompson et al., 2017). Οι γονείς ερχόμενοι αντιμέτωποι με το βάρος του διαζυγίου, μπορεί να είναι απασχολημένοι με τα δικά τους συναισθήματα και να μην είναι σε θέση να στηρίξουν συναισθηματικά τα παιδιά τους (συναισθηματική παραμέληση) ή ακόμα

μπορεί ενεργητικά να φέρνουν τα παιδιά τους σε δύσκολες συναισθηματικές καταστάσεις («Εάν με αγαπάς, δεν γίνεται να συμπαθείς τη νέα σύντροφο του πατέρα σου» συναισθηματική κακοποίηση). Τα παιδιά των χωρισμένων γονέων συχνά αισθάνονται επιφορτισμένα με τη βελτίωση των σχέσεων των γονέων και μπορεί να λειτουργούν ως αγγελιοφόροι μεταξύ των δύο (Shimkowski & Ledbetter, 2018). Επιπλέον, κατά την διάρκεια έντονου συναισθηματικού στρες, το οποίο μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, οι γονείς μπορεί να μην είναι αρκετά προσεκτικοί ώστε να ικανοποιούν τις φυσικές ανάγκες των παιδιών, όπως η προετοιμασία γευμάτων, οι επισκέψεις στον ιατρό, παραλήψεις που συνιστούν σωματική παραμέληση (Chaffin et al., 1996). Ακόμα, το έντονο συναισθηματικό στρες από την πλευρά του γονέα μπορεί να οδηγήσει σε σωματική τιμωρία του παιδιού, λόγω ευερεθιστότητας, κατάθλιψης, μειωμένης ικανότητας συναισθηματικής ρύθμισης (Clement & Chamberland, 2008). Τα παιδιά χωρισμένων γονέων διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν ανασφαλές στυλ προσκόλλησης και αναφέρουν αυξημένη ευαισθησία στην απόρριψη (Clark, 2017), γεγονός που μπορεί να υπονομεύσει τη δημιουργία σταθερού κοινωνικού δικτύου και να αυξήσει το αίσθημα της μοναξιάς (Watson & Nesdale, 2012). Το πρώιμο στρες, που προκαλείται για παράδειγμα από τον τραυματικό χωρισμό των γονέων, μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στο σύστημα του στρες μακροπρόθεσμα και ως εκ τούτου να μεταβάλλει την εμπειρία των καθημερινών δυσκολιών (Hengesch et al., 2018). Συνοψίζοντας, το διαζύγιο των γονέων σχετίζεται με πιο πλημμελή γονεϊκή φροντίδα, με συναισθηματική και φυσική κακοποίηση, με εντονότερο αίσθημα μοναξιάς, χρόνιο στρες, αποφευκτικό ή αγχώδες στυλ προσκόλλησης και αυξημένη ευαλωτότητα για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα των προγραμμάτων πρόληψης και ψυχοεκπαίδευσης κατά τη διάρκεια αυτής της δύσκολης συναισθηματικής περιόδου. Η υποστήριξη των γονέων στην κατεύθυνση της επαρκούς γονεϊκής φροντίδας είναι απαραίτητη, ώστε να υποστηρίξουν καλύτερα τα παιδιά τους κατά τη διάρκεια και μετά το διαζύγιο (Schaan et al., 2019).

Στην παρούσα έρευνα, η ομάδα των ασθενών που ελάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή και η ομάδα των ασθενών που δεν ελάμβαναν αγωγή είχαν παρόμοια επίπεδα παιδικού τραύματος και παρόμοια βαθμολογία στην κλίμακα DASS21 για το άγχος και την κατάθλιψη, εύρημα που υποδηλώνει μη ικανοποιητική ανταπόκριση στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η συσχέτιση του παιδικού τραύματος με τη μη ικανοποιητική έκβαση της θεραπείας της κατάθλιψης έχει αποτυπωθεί στη βιβλιογραφία. Μία πρόσφατη μελέτη διερευνήσε τη συσχέτιση ανάμεσα στις τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και την έκβαση της θεραπείας σε ένα μεγάλο κλινικό δείγμα ασθενών με ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη. Γενικά, ο μεγαλύτερος αριθμός τραυματικών εμπειριών σχετίστηκε με μεγαλύτερη βαρύτητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και με χειρότερη έκβαση της θεραπείας, ενώ οι υποτύποι της βίας στην παιδική ηλικία και του σεξουαλικού τραύματος

σχετίστηκαν με βαρύτερη συμπτωματολογία, με ιστορικό αυτοκτονικών αποπειρών και ψυχιατρικών νοσηλειών (Giampetruzzi et al., 2023). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και προηγούμενες μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες οι δυσμενείς εμπειρίες του σεξουαλικού τραύματος και της βίας στην παιδική ηλικία ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τη συσχέτιση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και τη μειωμένη ανταπόκριση στην αντικαταθλιπτική θεραπεία (Henry et al., 2021; Green et al., 2010). Αντιθέτως μια πρόσφατη μεταανάλυση παρείχε ενδείξεις ότι τα συμπτώματα των ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και ιστορικό παιδικού τραύματος βελτιώνονται σημαντικά μετά από φαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, παρά τη μεγάλη βαρύτητα των καταθλιπτικών τους συμπτωμάτων και ως εκ τούτου θα πρέπει να παρέχεται φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία με βάση τις ενδείξεις ανεξάρτητα από την ύπαρξη ιστορικού παιδικού τραύματος (Childhood Trauma Meta-analysis Study Group, 2022).

5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ένας από τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος. Δεδομένα από μεγαλύτερο πληθυσμό θα επέτρεπαν την εξαγωγή συμπερασμάτων με μεγαλύτερη σαφήνεια. Επίσης, η προσέλευση συμμετεχόντων μέσω θεραπευτικών προγραμμάτων ενδεχομένως να μην οδηγεί σε δημιουργία αντιπροσωπευτικού δείγματος, καθώς περιλαμβάνει άτομα, που βιώνουν αρκετά σοβαρές αρνητικές εκβάσεις που απαιτούν θεραπεία (Lansford et al., 2021). Επιπλέον, οι τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας αξιολογήθηκαν αναδρομικά και προηγούμενη έρευνα έχει δείξει μικρό βαθμό συμφωνίας μεταξύ αναδρομικών και προοπτικών μετρήσεων των δυσμενών εμπειριών της παιδικής ηλικίας (Baldwin et al. 2019) με τις αναδρομικές μετρήσεις να εμφανίζουν μεγαλύτερη συσχέτιση με την ψυχοπαθολογία συγκριτικά με τις προοπτικές μετρήσεις (Newbury et al. 2018). Η ασυμφωνία αυτή μπορεί να αντανakλά προκατάληψη στην αναδρομική ανάκληση. Τα άτομα με κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να αναφέρουν κακοποιητικές εμπειρίες λόγω αρνητικών προκαταλήψεων στην αυτοβιογραφική τους μνήμη (Iob et al., 2021).

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παιδική κακοποίηση σχετίστηκε θετικά με την κατάθλιψη και το άγχος στην ενήλικη ζωή. Τα άτομα που βίωσαν παιδική κακοποίηση θα πρέπει να θεωρούνται υψηλού κινδύνου για μελλοντική κατάθλιψη. Ο μεγαλύτερος αριθμός τραυματικών εμπειριών σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση της κατάθλιψης και με αρνητική έκβαση της αντικαταθλιπτικής αγωγής. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι η πρόληψη της παιδικής κακοποίησης θα μπορούσε να οδηγήσει σε μειωμένη

επίπτωση της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών, που αποτελούν σημαντικές αιτίες δυσλειτουργίας. Τα θύματα παιδικής σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά από επαγγελματίες υγείας για να ελέγχουν παράγοντες, όπως ψυχιατρικές καταστάσεις, κατάχρηση ουσιών, μοναξιά, που μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο αναπηρίας στην ενήλικη ζωή. Η πρόληψη της παιδικής κακοποίησης μπορεί να περιλαμβάνει διαλογή για παράγοντες κινδύνου, όπως η ενδοοικογενειακή βία, η γονεϊκή κατάθλιψη, αλλά και αναγνώριση των προστατευτικών παραγόντων όπως το επαρκές υποστηρικτικό δίκτυο και η γονεϊκή ικανότητα και παροχή προληπτικής καθοδήγησης σχετικά με αναπτυξιακά θέματα και παρότρυνση των γονέων να αντικαταστήσουν τη σωματική τιμωρία με εναλλακτικές στρατηγικές.

Αν και οι διαφορετικοί τύποι παιδικής κακοποίησης έχουν διαφορετικές εκδηλώσεις, υπάρχουν ομοιότητες σε πολλές πλευρές της διάγνωσης και της θεραπείας. Όλες οι περιπτώσεις όπου υπάρχει υποψία παιδικής κακοποίησης πρέπει να αναφέρονται στις κοινωνικές υπηρεσίες για την προστασία του παιδιού. Οι ιατροί θα πρέπει να περιλαμβάνουν την κακοποίηση ως μέρος της διαφορικής διάγνωσης, σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν παιδί που φέρει τραύματα. Ακτινολογικός έλεγχος πρέπει να διενεργείται για όλα τα παιδιά με υποψία σωματικής κακοποίησης και ιδίως για εκείνα που είναι μικρότερα από δύο ετών. Τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά, που εμφανίζουν ευρήματα στην φυσική εξέταση, θα πρέπει να αξιολογούνται περαιτέρω από κλινικούς με εξειδικευμένη εκπαίδευση και εμπειρία. Προτείνεται μια προσέγγιση ενημερωμένη για το τραύμα στην αξιολόγηση, τη διάγνωση και την θεραπεία του κακοποιημένου παιδιού από μία διεπιστημονική ομάδα. Η ενημερωμένη προσέγγιση για το τραύμα απαιτεί ότι όλα τα μέλη της ομάδας είναι συνειδητοποιημένα για τη δυναμική του τραυματικού στρες, αναγνωρίζουν και κατάλληλα ανταποκρίνονται στα συμπτώματα και σημεία του τραύματος και προλαμβάνουν την επαναθυματοποίηση. Η πρόληψη μέσω της εκπαίδευσης και η προληπτική καθοδήγηση που παρέχεται κατά τη διάρκεια επισκέψεων ρουτίνας και οι κοινοτικές συνεργασίες μπορούν να ενισχύσουν την ευαισθητοποίηση και την ανθεκτικότητα στα παιδιά. Η φροντίδα για τα θύματα παιδικής κακοποίησης αποτελεί μια από τις πιο δύσκολες επαγγελματικά καταστάσεις για τους ιατρούς, ωστόσο, η φροντίδα για αυτούς τους ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο μπορεί να σώσει ζωές προλαμβάνοντας την εκ νέου θυματοποίηση και τις μακροχρόνιες συνέπειες που σχετίζονται με τις δυσμενείς παιδικές εμπειρίες.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alden, L., Taylor, C.T., Laposa, J.M. and Mellings, T.M.B. (2006). Impact of social developmental experiences on cognitive-behavioral therapy for generalized social phobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, pp.7-16.
- Angelakis, I., Gillespie, E.L. and Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49, pp.1057-1078.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Antonopoulou, Z., Konstantakopoulos, G., Tzinieri-Coccosis, M. and Sinodinou, C. (2017). Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece: The Greek version of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Psychiatriki*, 28, pp.19-27.
- Baldwin, J.R., Wang, B., Karwatowska, L., Schoeler, T., Tsaligopoulou, A., Munafo, M.R. and Pingault, J.B. (2023). Childhood maltreatment and mental health problems: A systematic review and meta-analysis of quasi-experimental studies. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), pp.117-126. doi:10.1176/appi.ajp.20220174
- Baldwin, J.R., Reuben, A., Newbury, J.B. and Danese, A. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment. *JAMA Psychiatry*, 76, pp.584-593.
- Baldwin, J.R., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H.L., Moffitt, T.E., Odgers, C.L., et al. (2018). Childhood victimization and inflammation in young adulthood: a genetically sensitive cohort study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 67, pp.211-217.
- Beck, A. (1967). *Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber.
- Becker, D.F. and Grilo, C.M. (2011). Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: Associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), pp.e113-e120.
- Berg, L., Rostila, M. and Hjern, A. (2016). Parental death during childhood and depression in young adults - a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(9), pp.1092-1098. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12560>
- Berzenski, S.R. and Yates, T.M. (2011). Classes and consequences of multiple maltreatment: A person-centered analysis. *Child Maltreatment*, 16(4), pp.250-261.
<https://doi.org/10.1177/1077559511428353>
- Beshai, S. and Parmar, P. (2019). Trait mindfulness may buffer against the deleterious effects of childhood abuse in recurrent depression: a retrospective exploratory study. *Clinical Psychology*, 23, pp.26-36.

Bomhof-Roordink, H., Seldenrijk, A., van Hout, H.P., van Marwijk, H.W., Diamant, M. and Penninx, B.W. (2015). Associations between life stress and subclinical cardiovascular disease are partly mediated by depressive and anxiety symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(4), pp.332-339.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.02.009>

Bosch, N.M., Riese, H., Reijneveld, S.A., Bakker, M.P., Verhulst, F.C., Ormel, J., et al. (2012). Timing matters: long term effects of adversities from prenatal period up to adolescence on adolescents' cortisol stress response. The TRAILS study. *Psychoneuroendocrinology*, 37, pp.1439-1447.

Brailean, A., Curtis, J., Davis, K., Dregan, A. and Hotopf, M. (2020). Characteristics, comorbidities, and correlates of atypical depression: evidence from the UK biobank mental health survey. *Psychological Medicine*, 50(7), pp.1129-1138.

<https://doi.org/10.1017/S0033291719001004>

Brensilver, M., Negri, S., Mennen, F.E. and Trickett, P.K. (2011). Longitudinal relations between depressive symptoms and externalizing behavior in adolescence: Moderating effects of maltreatment experience and gender. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(4), pp.607-617.

Broekhof, R., Rius-Ottenheim, N., Spinhoven, P., van der Mast, R.C., Penninx, B.W. and Zitman, F.G. (2015). Long-lasting effects of affective disorders and childhood trauma on dispositional optimism. *Journal of Affective Disorders*, 175, pp.351-358.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.022>

Bruce, L.C., Heimberg, R.G., Blanco, C., Schneier, F.R. and Liebowitz, M.R. (2012). Childhood Maltreatment and Social Anxiety Disorder: Implications for Symptom Severity and Response to Pharmacotherapy. *Depression and Anxiety*, 29, pp.131-138.

Busso, D.S., McLaughlin, K.A. and Sheridan, M.A. (2017). Dimensions of adversity, physiological reactivity, and externalizing psychopathology in adolescence: deprivation and threat. *Psychosomatic Medicine*, 79, pp.162-171.

Carr, C.P., Martins, C.M.S., Stingel, A.M., Lemgruber, V.B. and Jurueña, M.F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, pp.1007-1020.

Carvalho, S., Dinis, A., Pinto-Gouveia, J. and Estanqueiro, C. (2015). Memories of shame experiences with others and depression symptoms: the mediating role of experiential avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, pp.32-44.

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). BRFSS 2010 Survey Data and Documentation. Retrieved from

https://www.cdc.gov/brfss/annual_data/annual_2010.htm

- Chaffin, M., Kelleher, K. and Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20, pp.191-203.
- Chaney, A., Carballedo, A., Amico, F., Fagan, A., Skokauskas, N., Meaney, J., et al. (2014). Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 39(1), pp.50-59.
- Chang, J.J., Ji, Y., Li, Y.H., Yuan, M.Y. and Su, P.Y. (2021). Childhood trauma and depression in college students: mediating and moderating effects of psychological resilience. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102824.
- Chaplin, A.B., Jones, P.B. and Khandaker, G.M. (2021). Sexual and physical abuse and depressive symptoms in the UK Biobank. *BMC Psychiatry*, 21, p.248.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03207-0>
- Chen, J., Zhang, C., Wang, Y., Liu, X. and Xu, W. (2021). A longitudinal study of childhood trauma impacting on negative emotional symptoms among college students: a moderated mediation analysis. *Psychology and Health Medicine*, 1-18.
- Childhood Trauma Metaanalysis Study Group. (2022). Treatment efficacy and effectiveness in adults with major depressive disorder and childhood trauma history: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 9(11), pp.860-873. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00227-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00227-9)
- Choi, N.G., DiNitto, D.M., Marti, C.N. and Choi, B.Y. (2017). Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years. *International Psychogeriatrics*, 29(3), pp.359-372.
<https://doi.org/10.1017/s1041610216001800>
- Choi, J., Jeong, B., Rohan, M.L., Polcari, A.M. and Teicher, M.H. (2009). Preliminary evidence for white matter tract abnormalities in young adults exposed to parental verbal abuse. *Biological Psychiatry*, 65, pp.227-234.
- Choi, J., Jeong, B., Polcari, A., Rohan, M.L. and Teicher, M.H. (2012). Reduced fractional anisotropy in the visual limbic pathway of young adults witnessing domestic violence in childhood. *Neuroimage*, 59, pp.1071-1079.
- Clark, E. (2017). The Effects of Parental Conflict and Divorce on Attachment Security and Perception of Couples on College Students. Sr. Indep. Study Theses.
- Claudine, C.M., Zhang, Y. and Wang, Z. (2020). Early parental loss in childhood and depression in adults: A systematic review and meta-analysis of case-controlled studies. *Journal of Affective Disorders*, 260, pp.272-280.
- Clement, M.E. and Chamberland, C. (2008). The role of parental stress, mother's childhood abuse and perceived consequences of violence in predicting attitudes and

attribution in favor of corporal punishment. *Journal of Child and Family Studies*, 18, p.163.

Comijs, H.C., van Exel, E., van der Mast, R.C., Paauw, A., Oude Voshaar, R. and Stek, M.L. (2013). Childhood abuse in late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), pp.241-246.

Corso, R.A. (2013). Four in five Americans believe parents spanking their children is sometimes appropriate. New York: Harris Poll and Public Relations, Harris Interactive.

Danielson, C.K., de Arellano, M.A., Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E. and Resnick, H.S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*, 10(1), pp.37-48.
<https://doi.org/10.1177/1077559504271630>

Dannlowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., et al. (2012). Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*, 71, pp.286-293.

De Venter, M., Elzinga, B.M., Van Den Eeden, F., Wouters, K., Van Hal, G.F., Veltman, D.J. and Penninx, B.W.J.H. (2020). The associations between childhood trauma and work functioning in adult workers with and without depressive and anxiety disorders. *European Psychiatry*, 63(1), e76. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.70>

DeWit, D.J., Chandler-Coutts, M., Offord, D.R., et al. (2005). Gender differences in the effects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(5), pp.479-502.

Diaz-Granados, N., McDermott, S., Wang, F., Posada-Villa, J., Saavedra, J., Rondon, M.B., et al. (2011). Monitoring gender equity in mental health in a low-, middle-, and high-income country in the Americas. *Psychiatric Services*, 62(5), pp.516-524.

Dinwiddie, S., Heath, A.C., Dunne, M.P., Bucholz, K.K., Madden, P.A., Slutske, W.S., et al. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin control study. *Psychological Medicine*, 30(1), pp.41-52.
<https://doi.org/10.1017/S0033291799001408>

Doidge, J.C., Higgins, D.J., Dellfabro, P. and Segel, L. (2017). Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 64, pp.47-60. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.201612.002>

Dubowitz, H. (2007). Understanding and addressing the “neglect of neglect:” Digging into the molehill. *Child Abuse & Neglect*, 31(6), pp.603-606.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.002>

Dumas, T. (2022). Adult Health and Early Life Adversity: Behind the Curtains of Maternal Care Research. *Frontiers in Physiology*. doi: 10.3389/fphys.2022.804239

Dunn, E.C., Gilman, S.E., Willett, J.B., Slopen, N.B. and Molnar, B.E. (2012). The impact of exposure to interpersonal violence on gender differences in adolescent onset major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29(5), pp.392-399.
<https://doi.org/10.1002/da.21916>

Fernandes, V. and Osorio, F.L. (2015). Are there associations between early emotional trauma and anxiety disorders? Evidence from a systematic literature review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 30, pp.756-764.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.06.004>

Freeny, J., Peskin, M., Schick, V., Cuccaro, P., Addy, R., Morgan, R., Lopez, K.K. and Johnson-Baker, K. (2021). Adverse childhood experiences, depression, resilience, & spirituality in African-American adolescents. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 14, pp.209-221.

Fonzo, G.A., Ramsawh, H.J., Flagan, T.M., Simmons, A.N., Sullivan, S.G., Allard, C.B., et al. (2016). Early life stress and the anxious brain: Evidence for a neural mechanism linking childhood emotional maltreatment to anxiety in adulthood. *Psychological Medicine*, 46(5), pp.1037-1054.

Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H.P. and Unterrainer, H.F. (2018). Depressive symptoms and addictive behaviors in young adults after childhood trauma: the mediating role of personality organization and despair. *Frontiers in Psychiatry*, 9, p.318.

Fuller-Thomson, E., Sawyer, J.-L. and Agbeyaka, S. (2021). The Toxic Triad: Childhood Exposure to Parental Domestic Violence, Parental Addictions, and Parental Mental Illness as Factors Associated With Childhood Physical Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(17-18), pp.NP9015-NP9034.
<https://doi.org/10.1177/0886260519853407>

Gallo, E.A.G., De Mola, C.L., Wehrmeister, F., Goncalves, H., Kieling, C. and Murray, J. (2017). Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 217, pp.218-224. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.065>

Galambos, N.L., Johnson, M.D. and Krahn, H.J. (2018). The anger-depression connection: Between-persons and within-person associations from late adolescence to midlife. *Developmental Psychology*, 54(10), pp.1940-1953.
<https://doi.org/10.1037/dev0000568>

Gallo, E.A.G., Munhoz, T.N., Loret de Mola, C. and Murray, J. (2018). Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and

anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 79, pp.107-114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.003>

Garbarino, J. and Garbarino, A. (1994). Emotional maltreatment of children. 2nd Ed. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse.

Gardner, M.J., Thomas, H.J. and Erskine, H.E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104082.

Gaudiano, B.A. and Zimmerman, M. (2010). The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(6), pp.462-470. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01477.x>

Generaal, E., Milaneschi, Y., Jansen, R., Elzinga, B.M., Dekker, J. and Penninx, B.W. (2016). The brain-derived neurotrophic factor pathway, life stress, and chronic multi-site musculoskeletal pain. *Molecular Pain*, 12. <https://doi.org/10.1177/1744806916646783>

Gershoff, E.T. (2008). Report on physical punishment in the United States: What research tells us about its effects on children. Columbus, Ohio: Center for Effective Discipline.

Gershoff, E.T. (2013). Spanking and child development: We know enough now to stop hitting our children. *Child Development Perspectives*, 7(3), pp.133-137. <http://dx.doi.org/10.1111/cdep.12038>

Gershon, A., Minor, K. and Hayward, C. (2008). Gender, victimization, and psychiatric outcomes. *Psychological Medicine*, 38(10), pp.1377-1391. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003427>

Giampetruzzi, E., Tan, A.C., LoPilato, A., Kitay, B., Posse, P.R., McDonald, W.M. and Hermida, A.P. (2023). The impact of adverse childhood experiences on adult depression severity and treatment outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 333, pp.233-239.

Gibb, B.E., Chelminski, I. and Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24(4), pp.256-263.

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

Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children. (2013a). Australia — Country report: Summary of necessary legal reform to achieve full prohibition. from <http://www.endcorporalpunishment.org/pages/progress/reports/australia.html>

- Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children. (2013b). United Kingdom —Country report: Summary of necessary legal reform to achieve full prohibition. From <http://www.endcorporalpunishment.org/pages/progress/reports/uk.html>
- Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children. (2014a). Corporal punishment of children in the USA. from <http://www.endcorporalpunishment.org/pages/progress/reports/usa.html>
- Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children. (2014b). States with full abolition. from http://www.endcorporalpunishment.org/pages/progress/prohib_states.html
- Gnanamanickam, E.S., Nguyen, H., Armfield, J.M., Doidge, J.C., Brown, D.S., Preen, D.B. and Segal, L. (2022). Child maltreatment and emergency department visits: a longitudinal birth cohort study from infancy to early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 123, 105397. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105397>
- Godfrey, A. (2011). Hands raised, we're smack addicts: Australian parents open about smacking kids. Retrieved April 7th, 2013, from <http://www.news.com.au/nationalnews/australian-parents-do-smack-their-children/story-e6frfkvr-1226134667946>
- Goldsmith, R.E., Chesney, S.A., Heath, N.M. and Barlow, M.R. (2013). Emotion regulation difficulties mediate associations between betrayal trauma and symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), pp.376-384.
- Goldstein, J.M., Holsen, L., Handa, R. and Tobet, S. (2014). Fetal hormonal programming of sex differences in depression: Linking women's mental health with sex differences in the brain across the lifespan. *Frontiers in Neuroscience*, 8, p.247.
- Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P.A., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. and Kessler, R.C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), p.113.
- Hailes, H.P., Yu, R., Danese, A. and Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6, pp.830-839. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hamilton, J.L., Shapero, B.G., Stange, J.P., Hamlat, E.J., Abramson, L.Y. and Alloy, L.B. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(3), pp.332-347.
- Han, L., Zhao, S.Y., Pan, X.Y. and Liao, C.J. (2018). The impact of students with left-behind experiences on childhood: The relationship between negative life events and

depression among college students in China. *International Journal of Social Psychiatry*, 64, pp.56-62.

Hanson, R.F., Borntrager, C., Self-Brown, S., Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E. and Resnick, H.S. (2008). Relations among gender, violence exposure, and mental health: The national survey of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), pp.313-321.

Harkness, K.L., Bagby, R.M. and Kennedy, S.H. (2012). Childhood maltreatment and differential treatment response and recurrence in adult major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), pp.342-353.

Heim, C.M., Mayberg, H.S., Mletzko, T., Nemeroff, C.B. and Pruessner, J.C. (2013). Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 170, pp.616-623.

Henry, L.M., Gracey, K., Shaffer, A., Ebert, J., Kuhn, T., Watson, K.H., et al. (2021). Comparison of three models of adverse childhood experiences: associations with child and adolescent internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 130(1), pp.9-25.

Hirshfeld-Becker, D.R., Micco, J.A. and Simoes, N.A. (2008). High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 148C(2), pp.99-117.

Hong, J.S., Espelage, D.L., Grogan-Kaylor, A. and Allen-Meares, P. (2012). Identifying potential mediators and moderators of the association between child maltreatment and bullying perpetration and victimization in school. *Educational Psychology Review*, 24(2), pp.167-186. <https://doi.org/10.1007/s10648-011-9185-4>

Hovens, J.G., Giltay, E.J., van Hemert, A.M. and Penninx, B.W. (2016). Childhood Maltreatment and the Course of Depressive and Anxiety Disorders: The Contribution of Personality Characteristics. *Depression and Anxiety*, 33(1), pp.27-34. <https://doi.org/10.1002/da.22429>

Hovens, J. (2015). Emotional scars: Impact of childhood trauma on depressive and anxiety disorders. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University.

Hovens, J.G., Giltay, E.J., Wiersma, J.E., Spinhoven, P., Penninx, B.W. and Zitman, F.G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126, pp.198-207.

Hovens, J.G., Wiersma, J.E., Giltay, E.J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B.W. and Zitman, F.G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), pp.66-74. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x>

Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), pp.e356-e366.

Hunter, A.L., Minnis, H. and Wilson, P. (2011). Altered stress responses in children exposed to early adversity: a systematic review of salivary cortisol studies. *Stress*, 14, pp.614-626.

Infurna, M.R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A. and Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, pp.47-55.

Iob, E., Baldwin, J.R., Plomin, R. and Steptoe, A. (2021). Adverse childhood experiences, daytime salivary cortisol, and depressive symptoms in early adulthood: a longitudinal genetically informed twin study. *Translational Psychiatry*, 11, 420. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01538-w>

Iverson, K.M., McLaughlin, K.A., Gerber, M.R., Dick, A., Smith, B.N., Bell, M.E., et al. (2013). Exposure to interpersonal violence and its associations with psychiatric morbidity in a U.S. national sample: A gender comparison. *Psychology of Violence*, 3(3), pp.273-287.

Jakubowski, K.P., Cundiff, J.M. and Matthews, K.A. (2018). Cumulative childhood adversity and adult cardiometabolic disease: A meta-analysis. *Health Psychology*, 37(8), pp.701-715. <https://doi.org/10.1037/hea0000637>

Janiri, D., De Rossi, P., Kotzalidis, G.D., Girardi, P., Koukopoulos, A.E., Reginaldi, D., et al. (2018). Psychopathological characteristics and adverse childhood events are differentially associated with suicidal ideation and suicidal acts in mood disorders. *European Psychiatry*, 53, pp.31-36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.009>

Jaworowsky, S., Golmard, J.L., Engelberg, M., Prijs, S., Twizer, L., Gropp, C. and Mergui, J. (2019). Case-Control Retrospective Study of Child Sexual Abuse History among Psychiatric Consultations in a General Hospital Emergency Room. *Israel Medical Association Journal*, 21(2), pp.69-74.

Johnstone, J.M., Luty, S.E. and Carter, J.D. (2009). Childhood neglect and abuse as predictors of antidepressant response in adult depression. *Depression and Anxiety*, 26, pp.711-717.

Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., Madarasova Geckova, A. and Tavel, P. (2020). The Unholy Trinity: Childhood Trauma, Adulthood Anxiety, and Long-Term Pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), p.414. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020414>

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. and Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the

National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), pp.593-602.

Kinyanda, E., Kizza, R., Abbo, C., Ndyabangi, S. and Levin, J. (2013). Prevalence and risk factors of depression in childhood and adolescence as seen in 4 districts of north-eastern Uganda. *BMC International Health and Human Rights*, 13(19).
<https://doi.org/10.1186/1472-698X-13-19>

Klein, D., Arnow, B.A. and Barkin, J.L. (2009). Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety*, 26, pp.701-710.

Koss, K.J. and Gunnar, M.R. (2018). Annual Research Review: early adversity, the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis, and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, pp.327-346.

Kuhlman, K.R., Chiang, J.J., Horn, S. and Bower, J.E. (2017). Developmental psychoneuroendocrine and psychoneuroimmune pathways from childhood adversity to disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 80, pp.166-184.

Kuzminskaite, E., Vinkers, C.H., Milaneschi, Y., Giltay, E.J. and Penninx, B.W.J.H. (2022). Childhood trauma and its impact on depressive and anxiety symptomatology in adulthood: A 6-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 312, pp.322-330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.057>

Kuzminskaite, E., Penninx, B.W.J.H., van Harmelen, A.-L., Elzinga, B.M. and Hovens, J.G.F.M. (2021). Childhood Trauma in Adult Depressive and Anxiety Disorders: An Integrated Review on Psychological and Biological Mechanisms in the NESDA Cohort. *Journal of Affective Disorders*, 283, pp.179-191.

Kuzminskaite, E., Vinkers, C.H., Elzinga, B.M., Wardenaar, K.J., Giltay, E.J. and Penninx, B.W.J.H. (2020). Childhood Trauma and Dysregulation of Multiple Biological Stress Systems in Adulthood: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Psychoneuroendocrinology*, 121, 104835.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104835>

Lane, W.G. (2014). Prevention of Child Maltreatment. *Pediatric Clinics of North America*, 61, pp.873-888.

Lansford, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E., Crozier, J. and Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(8), pp.824-830.

Lansford, J.E., Godwin, J., McMahon, R.J., Crowley, M., Pettit, G.S., Bates, J.E., Coie, J.D. and Dodge, K.A. (2021). Early Physical Abuse and Adult Outcomes. *Pediatrics*, 147(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-087>

Leeb, R.T., Paulozzi, L.J., Melanson, C., Simon, T.R. and Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements. Retrieved from USA.

Leopold, T. (2018). Gender differences in the consequences of divorce: a study of multiple outcomes. *Demography*, 55, pp.769-797.

Li, M., D'Arcy, C. and Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(04), pp.717-730.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715002577>

Liu, R.T. (2017). Childhood adversities and depression in adulthood: current findings and future directions. *Clinical Psychology*, 24, pp.140-153.

Liu, J.J.W., Reed, M. and Girard, T.A. (2017). Advancing resilience: an integrative, multi-system model of resilience. *Personality and Individual Differences*, 111, pp.111-118.

Lyrakos, G.N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M. and Kosthopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26, p.1731.

Loh, S.F., Maniam, T., Tan, S.M.K. and Badi'Ah, Y. (2010). Childhood adversity and adult depressive disorder: a case-controlled study in Malaysia. *East Asian Archives of Psychiatry*, 20(2), pp.87-91.

Lovibond, S.H. and Lovibond, P. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation.

Makriyianis, H.M., Adams, E.A., Lozano, L.L., Mooney, T.A., Morton, C. and Liss, M. (2019). Psychological inflexibility mediates the relationship between adverse childhood experiences and mental health outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, pp.82-89.

Mandelli, L., Petrelli, C. and Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. *European Psychiatry*, 30, pp.665-680.

Martins, C.M.S., Baes, C.V.W., de Carvalho Tofoli, S.M. and Juruena, M.F. (2014). Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(11), pp.774-782.

May-Chahal, C. and Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), pp.969-984.

- McLaughlin, K.A., Fox, N.A., Zeanah, C.H. and Nelson, C.A. (2011). Adverse rearing environments and neural development in children: The development of frontal electroencephalogram asymmetry. *Biological Psychiatry*, 70(11), pp.1008-1015.
- Mc Sherry, D. (2007). Understanding and addressing the “neglect of neglect”: why are we making a mole-hill out of a mountain? *Child Abuse & Neglect*, 31, pp.607-614.
- Medeiros, G.C., Prueitt, W.L., Minhajuddin, A., Patel, S.S., Czysz, A.H., Furman, J.L., Mason, B.L., Rush, A.J., Jha, M.K. and Trivedi, M.H. (2020). Childhood maltreatment and impact on clinical features of major depression in adults. *Psychiatry Research*, 293, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113412>
- Messman-Moore, T.L. and Bhuptani, P.H. (2020). Self-compassion and fear of self-compassion: mechanisms underlying the link between child maltreatment severity and psychological distress in college women. *Mindfulness*, 11, pp.1446-1459.
- Metel, D., Arciszewska, A., Daren, A., Frydecka, D. and Cechnicki, A. (2019). Resilience and cognitive biases mediate the relationship between early exposure to traumatic life events and depressive symptoms in young adults. *Journal of Affective Disorders*, 254, pp.26-33.
- Miers, A.C., Blote, A.W. and Heyne, D.A. (2014). Developmental pathways of social avoidance across adolescence: the role of social anxiety and negative cognition. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, pp.787-794.
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A. and Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: A systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*, 18(1), 1164. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- Moreno-Manso, J.M., García-Baamonde, M.E., de la Rosa Murillo, M., Blázquez-Alonso, M., Guerrero-Barona, E. and García-Gómez, A. (2022). Differences in Executive Functions in Minors Suffering Physical Abuse and Neglect. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), pp.NP2588-NP2604. <https://doi.org/10.1177/0886260520944528>
- Mulder, T.M., Kuiper, K.C., van der Put, C.E., Stams, G.J. and Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, pp.198-210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Nanni, V., Uher, R. and Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), pp.141-151.
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), pp.139-145. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.2.139>

Nemeroff, C.B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, pp.18-28.

Neumann, E. (2017). Recollections of emotional abuse and neglect in childhood as risk factors for depressive disorders and the need for psychotherapy in adult life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(11), pp.873-878.

Newbury, J.B., Arseneault, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Danese, A. and Baldwin, J.R. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research*, 96, pp.57-64.

Noorikhajavi, M., Afghah, S., Dadkhah, A., Holakoyie, K. and Motamedi, S.H. (2007). The effect of "Parental Loss" under 18 on developing "MDD" in adult age. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(3), pp.347-355.
<https://doi.org/10.2190/PM.37.3.j>

Ouellet-Morin, I., Brendgen, M., Girard, A., Lupien, S.J., Dionne, G. and Vitaro, F. (2016). Evidence of a unique and common genetic etiology between the CAR and the remaining part of the diurnal cycle: a study of 14 year-old twins. *Psychoneuroendocrinology*, 66, pp.91-100.

Pan, X., Wang, Z., Wu, X., Wen, S.W. and Liu, A. (2018). Salivary cortisol in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18, p.324.

Park, C.H.K., Lee, J.W., Moon, J., Jeon, D.W., Lee, S.Y., Shim, S.H., et al. (2021). Early Trauma and Relationships among Recent Stress, Depressive Symptoms, Anxiety Symptoms, and Suicidal Ideation in Korean Women. *Journal of Korean Medical Science*, 36(10), e72. <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e72>

Paul, E. and Eckenrode, J. (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 47, pp.38-47.

Peng, A., Qiu, X., Ji, S., Hu, D., Dong, B., Song, T. and Huang, C. (2022). The impact of childhood parental loss on risk for depression and anxiety in adulthood: A community-based study in Southwest China. *Journal of Affective Disorders*, 298, pp.104-109.

Petrowski, K., Herold, U. and Joraschky, P. (2010). A striking pattern of cortisol non-responsiveness to psychosocial stress in patients with panic disorder with concurrent normal cortisol awakening responses. *Psychoneuroendocrinology*, 35, pp.414-421.

Peyrot, W.J., Milaneschi, Y., Abdellaoui, A., Sullivan, P.F., Hottenga, J.J., Boomsma, D.I. and Penninx, B.W.J.H. (2014). Effect of polygenic risk scores on depression in childhood trauma. *British Journal of Psychiatry*, 205, pp.113-119. doi: 10.1192/bjp.bp.113.143081

- Pimlott-Kubiak, S. and Cortina, L.M. (2003). Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), pp.528-539.
- Plate, R.C., Bloomberg, Z., Bolt, D.M., Bechner, A.M., Roeber, B.J. and Pollak, S.D. (2019). Abused children experience high anger exposure. *Frontiers in Psychology*, 10, p.440. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00440>
- Poletti, S., Vai, B., Smeraldi, E., Cavallaro, R., Colombo, C. and Benedetti, F. (2016). Adverse childhood experiences influence the detrimental effect of bipolar disorder and schizophrenia on cortico-limbic grey matter volumes. *Journal of Affective Disorders*, 189, pp.290-297.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N. and Collishaw, S. (2011). Child abuse and neglect in the UK today. (London, United Kingdom).
- Rajalin, M., Hirvikoski, T., Renberg, E.S., Asberg, M. and Jokinen, J. (2020). Exposure to Early Life Adversity and Interpersonal Functioning in Attempted Suicide. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 552514. doi: 10.3389/fpsyg.2020.552514
- Rajalin, M., Hirvikoski, T. and Jokinen, J. (2013). Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 148, pp.92-97. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.055
- Raleva, M. (2018). Early life stress: a key link between childhood adversity and risk of attempting suicide. *Psychiatria Danubina*, 30(Suppl 6), pp.341-347.
- Reinemann, D. and Ellison, P. (2004). The applicability of cognitive mediational and moderational models to explain children's depression inventory factor scores in urban youth. *School Psychology Quarterly*, 19, pp.231-252.
- Reinherz, H.Z., Paradis, A.D., Giaconia, R.M., Stashwick, C.K. and Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160(12), pp.2141-2147.
- Remigio-Baker, R.A., Hayes, D.K. and Reyes-Salvail, F. (2014). Adverse childhood events and current depressive symptoms among women in Hawaii: 2010 BRFSS, Hawaii. *Maternal and Child Health Journal*, 18(10), pp.2300-2308. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1374-y>
- Rezaei, M., Ghazanfari, F. and Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: a structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, pp.407-414.
- Roemer, L., Molina, S. and Litz, B.T. (1997). A preliminary investigation of the role of potentially traumatizing events in the development of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 4, pp.134-138.

Rosenkranz, S.E., Muller, R.T. and Henderson, J.L. (2012). Psychological maltreatment in relation to substance use problem severity among youth. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), pp.438-448.

Sachs-Ericsson, N., Verona, E. and Joiner, T. (2006). Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93, pp.71-78.

Sakado, K., Kuwabara, H., Sato, T., Uehara, T., Sakado, M. and Someya, T. (2000). The relationship between personality, dysfunctional parenting in childhood, and lifetime depression in a sample of employed Japanese adults. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), pp.47-51. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00150-0](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00150-0)

Sands, A., Thompson, E.J. and Gaysina, D. (2017). Long-term influences of parental divorce on offspring affective disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, pp.105-114.

Sareen, J., Henriksen, C.A. and Bolton, S.L. (2013). Adverse childhood experiences in relation to mood and anxiety disorders in a population-based sample of active military personnel. *Psychological Medicine*, 43(1), pp.73-84.

Schaan, V.K. and Vogele, C. (2016). Resilience and rejection sensitivity mediate long-term outcomes of parental divorce. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, pp.1267-1269.

Schulz, P., Beblo, T., Ribbert, H., Kater, L., Spannhorst, S., Driessen, M., et al. (2017). How is childhood emotional abuse related to major depression in adulthood? The role of personality and emotion acceptance. *Child Abuse & Neglect*, 72, pp.98-109.

Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P. and Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 276, pp.667-677.

Shapero, B.G., Black, S.K., Liu, R.T., Klugman, J., Bender, R.E., Abramson, L.Y., et al. (2014). Stressful life events and depression symptoms: The effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), pp.209-223.

Shimkowski, J.R. and Ledbetter, A.M. (2018). Parental divorce disclosures, young adults' emotion regulation strategies, and feeling caught. *Journal of Family Communication*, 18, pp.185-201.

Simon, N.M., Herlands, N.N., Marks, E.H. and Otto, M.W. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, pp.1027-1032.

Smoller, J.W., Andreassen, O.A., Edenberg, H.J., Faraone, S.V., Glatt, S.J. and Kendler, K.S. (2019). Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. *Molecular Psychiatry*, 24, pp.409-420.

Southwick, S.M., Vythilingam, M. and Charney, D.S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp.255-291.

Spokas, M. and Heimberg, R.G. (2009). Overprotective parenting, social anxiety, and external locus of control: cross-sectional and longitudinal relationships. *Cognitive Therapy and Research*, 33, pp.543-551.

Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D. and Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), pp.517-530.

Stetler, C. and Miller, G.E. (2011). Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: a quantitative summary of four decades of research. *Psychosomatic Medicine*, 73, pp.114-126.

Stickley, A., Waldman, K., Sumiyoshi, T., Narita, Z., Shirama, A., Shin, J.I. and Oh, H. (2021). Childhood physical neglect and psychotic experiences: Findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(2), pp.256-262.

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Alink, L.R.A. and van IJzendoorn, M.H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, pp.37-50.

<https://doi.org/10.1002/car.2353>

Struck, N., Krug, A., Yuksel, D., Stein, F., Schmitt, S., Meller, T., et al. (2020). Childhood maltreatment and adult mental disorders—the prevalence of different types of maltreatment and associations with age of onset and severity of symptoms. *Psychiatry Research*, 293, 113398.

Suniega, E.A., Krenek, L. and Stewart, G. (2022). Child Abuse: Approach and Management. *American Family Physician*, 105(5), pp.521-528.

Tebeka, S., Hoertel, N., Dubertret, C. and Le Strat, Y. (2016). Parental divorce or death during childhood and adolescence and its association with mental health. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, pp.678-685.

Teicher, M.H., Gordon, J.B. and Nemeroff, C.B. (2022). Recognizing the importance of childhood maltreatment as a critical factor in psychiatric diagnoses, treatment, research, prevention, and education. *Molecular Psychiatry*, 27, pp.1331-1338.
<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01367-9>

- Teicher, M.H. and Samson, J.A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170, pp.1114-1133.
- Thompson, R.G., Alonzo, D., Hu, M.C. and Hasin, D.S. (2017). The influences of parental divorce and maternal-versus-paternal alcohol abuse on offspring lifetime suicide attempt. *Drug and Alcohol Review*, 36, pp.408-414.
- Thompson Jr, R.G., Lizardi, D. and Keyes, K.M. (2008). Childhood or adolescent parental divorce/separation, parental history of alcohol problems, and offspring lifetime alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 98(3), pp.264-270.
- Tomoda, A., Sheu, Y.S., Rabi, K., Suzuki, H., Navalta, C.P. and Polcari, A. (2011). Exposure to parental verbal abuse is associated with increased gray matter volume in superior temporal gyrus. *Neuroimage*, 54(Suppl 1), pp.S280-S286.
- Tomoda, A., Polcari, A., Anderson, C.M. and Teicher, M.H. (2012). Reduced visual cortex gray matter volume and thickness in young adults who witnessed domestic violence during childhood. *PLoS One*, 7, e52528.
- Tunnard, C., Rane, L.J., Wooderson, S.C., Markopoulou, K., Poon, L., Fekadu, A., et al. (2014). The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. *Journal of Affective Disorders*, 152, pp.122-130.
- Vachon, D.D., Krueger, R.F., Rogosch, F.A. and Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry*, 72(11), pp.1135-1142.
- Van Berkel, S.R., Prevoo, M.J.L., Linting, M., Pannebakker, F.D. and Alink, R.A. (2020). Prevalence of child maltreatment in the Netherlands: An update and cross-time comparison. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104439. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104439>.
- Van Harmelen, A.L., de Jong, P.J., Glashouwer, K.A., Spinhoven, P., Penninx, B.W. and Elzinga, B.M. (2010). Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: the cognitive scars of emotional maltreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), pp.486-494. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.02.003>
- Van Reedt Dortland, A.K., Giltay, E.J., van Veen, T., Zitman, F.G. and Penninx, B.W. (2012). Personality traits and childhood trauma as correlates of metabolic risk factors: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 36(1), pp.85-91. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.10.001>
- Vares, E.A., Salum, G.A., Spanemberg, L., Caldieraro, M.A., Souza, L.H., Borges, R.P. and Fleck, M.P. (2015). Childhood trauma and dimensions of depression: a specific

association with the cognitive domain. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(2), pp.127-134. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1764>

Wang, J., He, X., Chen, Y. and Lin, C. (2020). Association between childhood trauma and depression: a moderated mediation analysis among normative Chinese college students. *Journal of Affective Disorders*, 276, pp.519-524.

Watson, J. and Nesdale, D. (2012). Rejection Sensitivity, social withdrawal, and loneliness in young adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 42, pp.1984-2005.

White, C. (2011). Childhood maltreatment is linked to recurrent depression. *British Medical Journal*, 343, d5246. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5246>

Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., et al. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse & Neglect*, 35(8), pp.647-658.

Withers, A.C., Tarasoff, J.M. and Stewart, J.W. (2013). Is depression with atypical features associated with trauma history? *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(5), pp.500-506. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07870>.

Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 382(9904), pp.1575-1586.

World Health Organization (2014). Child maltreatment (Accessed 13 June 2016) Media centre, Fact sheet N°150. December 2014. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>

World Health Organization. (2019). WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Technical Report. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2008). The global burden of disease: 2004 update. Glob Burd Dis 2004 Update [Internet]. Available from: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20093115581>

Wota, A.P., Byrne, C., Murray, I., Ofuafor, T., Nisar, Z., Neuner, F. and Hallahan, B.P. (2014). An examination of childhood trauma in individuals attending an adult mental health service. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 31, pp.259-270. doi:10.1017/ipm.2014.49

Younas, F. and Morrison Gutman, L. (2022). Parental risk and protective factors in child maltreatment: A systematic review of the evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 15248380221134634. <https://doi.org/10.1177/15248380221134634>

Yu, Z., Wang, L., Chen, W., Perrin, N. and Gross, D. (2021). Childhood adversity and mental health among Chinese young adults: the protective role of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 77, pp.4793-4804.

Zare, L. and Refahi, Z. (2016). The Prediction of Depression by the Early Trauma and Maladaptive Schema in 11-13 Year-Old Students. *International Journal of School Health*, 3(2), e29074. doi: 10.17795/intjsh-29074

Zhang, W.B., Jia, F.F., Liu, B.P., Li, Q. and Jia, C.X. (2024). Explaining how childhood physical abuse and physical neglect influence adult depression: An analysis with multiple sequential mediators. *Child Abuse & Neglect*, 152, 106771. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106771>

Zhao, Y., Han, L., Teopiz, K.M., McIntyre, R.S., Ma, R. and Cao, B. (2022). The psychological factors mediating/moderating the association between childhood adversity and depression: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 137, 104663. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104663>

Zhou, X. and Zhen, R. (2022). How do physical and emotional abuse affect depression and problematic behaviors in adolescents? The roles of emotional regulation and anger. *Child Abuse & Neglect*, 129, 105641. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105641>

Zhu, J., Lowen, S.B., Anderson, C.M., Ohashi, K., Khan, A. and Teicher, M.H. (2019). Association of prepubertal and postpubertal exposure to childhood maltreatment with adult amygdala function. *JAMA Psychiatry*, 76, pp.843-853.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Στοιχός 6 Τ.Κ. 26225 Τηλ./Fax: 2610 621 273 Κιν.: 9977452847
Email: sopsipatron@gmail.com / www.sopsipatron.gr
www.facebook.com/sopsipatras - www.twitter.com/sopsipatras



**ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας.
ΣΧΕΤ.: Η από 9-03-2024 αίτησή σας.**

Με το ανωτέρω σχετικό μας στείλατε τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την έγκριση της εκπόνησης ερευνητικής εργασίας σας, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας με θέμα «Παιδικό τραύμα και η συσχέτισή του με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές» του κοινού Διαπανεπιστημιακού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (Ε.Α.Π.) και Πανεπιστημίου Θεσσαλίας «Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων».

Σας ενημερώνουμε ότι, έπειτα από εξέταση των δικαιολογητικών που μας αποστείλατε και εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο απευθύνεται στους λήπτες υπηρεσιών του ΣΟΨΥ Πάτρας) και υπό τις προϋποθέσεις ότι θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των χώρων που θα πραγματοποιηθεί η έρευνα, θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και του απορρήτου των στοιχείων που θα συλλεχθούν, δεν θα υπάρξει καμιά επιπλέον οικονομική επιβάρυνση του ΣΟΨΥ Πάτρας κατά τη διεξαγωγή ή εξαιτίας της ερευνητικής εργασίας, το ΣΟΨΥ Πάτρας εγκρίνει την εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας.

Για το Κέντρο Ημέρας
Διημέρευσης Ψυχικά Πασχόντων
ΣΟΨΥ Πάτρας
Παξινός Θεόδωρος

ΕΠΙΜΟΡΦΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΣΟΨΥ ΠΑΤΡΑΣ
ΕΠΕΞΗΛ 6 - ΠΑΤΡΑ - Τ.Κ. 262 25
ΤΗΛ. 2610-621.273
Α.Β.Μ. #99524053 - Α.Δ.Υ. ΠΑΤΡΩΝ

Κωδικός :

Ημερομηνία:

Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Ημερομηνία γέννησης:|.....|.....

Ημέρα Μήνας Έτος

Οικογενειακή κατάσταση:

- ☐ Άγαμος-η ☐ Έγγαμος-η
☐ Σε διάσταση ☐ Διαζευγμένος-η

Έχετε παιδιά: ☐ Ναι ☐ Όχι Αν ναι, πόσα: ☐

Ζείτε: ☐ Μόνος/η ☐ Με τους γονείς ☐ Με τον/την σύντροφό σας

Εκπαίδευση: ☐ ΛΥΚΕΙΟ

☐ ΤΕΙ

☐ ΑΕΙ

☐ Μεταπτυχιακές Σπουδές

Επάγγελμα:

Σχολή:

Τμήμα:

Έτος φοίτησης:

Μέσος όρος επίδοσης στις σπουδές:

(Κυκλώστε την επιλογή που ταιριάζει στην περίπτωση σας)

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
5-7	7,1-8,5	8,6-10

Εκπαίδευση πατέρα:

Επάγγελμα πατέρα:

Εκπαίδευση μητέρας:

Επάγγελμα μητέρας:

Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (περίπου):

Μερικές φορές οι άνθρωποι έχουν εμπειρίες που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως στρεσογόνες. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη ζωή σας ως ενήλικες τώρα. Παρακαλούμε να απαντήσετε, εάν είχατε ποτέ **πριν από την ηλικία των 18 ετών** μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται παρακάτω, βάζοντας για κάθε ερώτηση σε κύκλο το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ.

Στις περιπτώσεις που είχατε μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται στη συνέχεια, σας παρακαλούμε, εκτός από το ΝΑΙ, να σημειώνετε και πόσο συχνά είχατε την ή τις συγκεκριμένες εμπειρίες κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό σύμφωνα με την κλίμακα:

	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Μέρος 1. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).

1. Έχετε ποτέ εκτεθεί σε μια φυσική καταστροφή απειλητική για τη ζωή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Έχετε ποτέ εμπλακεί σε σοβαρό ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Έχετε ποτέ υποστεί σοβαρό τραυματισμό ή ασθένεια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρής ασθένειας ενός γονέα ή του προσώπου που είχε τη φροντίδα σας όταν ήσαστε παιδί;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Είχατε ποτέ την εμπειρία διαζυγίου ή χωρισμού των γονέων σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

6. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός αδελφού ή αδελφής;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

7. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός φίλου σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

8. Υπήρξε ποτέ μάρτυρας βίαιης συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους συμπεριλαμβανομένων και των μελών της οικογένειάς σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

9. Υπέφερε ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειάς σας από διανοητική ή ψυχιατρική ασθένεια ή είχε υποστεί νευρικό κλονισμό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

10. Είχαν οι γονείς σας ή το άτομο που σας φρόντιζε όταν ήσαστε παιδί προβλήματα αλκοολισμού ή κατάχρησης ουσιών;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

11. Έχετε ποτέ δει κάποιον να δολοφονείται;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Μέρος 2. Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία. (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).

1. Σας έχουν ποτέ χαστουκίσει;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Σας έχουν ποτέ κάψει με καυτό νερό, με τσιγάρο ή με κάτι άλλο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Σας έχουν ποτέ γρονθοκοπήσει ή κλωστήσει;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Σας έχουν ποτέ χτυπήσει εκσφεντονίζοντας κατά πάνω σας ένα αντικείμενο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Σας έχουν ποτέ σπρώξει ή παραμερίσει επίτηδες ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

**Μέρος 3. Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση.
(Πριν από την ηλικία των 18 ετών)**

1. Σας ταπείνωναν συχνά ή σας γελοιοποιούσαν;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Σας αγνοούσαν συχνά ή σας έκαναν να αισθανθείτε ότι δεν
αξιζέτε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Σας έλεγαν συχνά ότι δεν είσαστε καλόζη σε κάτι;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Σας μεταχειρίζονταν συνήθως με ψυχρό και αδιάφορο τρόπο
ή σας έκαναν να αισθάνεστε ότι δεν σας αγαπούν;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Οι γονείς σας ή τα άτομα που είχαν τη φροντίδα σας όταν ήσαστε
παιδί δεν κατάφερναν συχνά να σας καταλάβουν ή να αντιληφθούν
τις ανάγκες σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

**Μέρος 4. Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση
(Πριν από την ηλικία των 18 ετών)**

1. Σας έτοχε ποτέ να σας αγγίζουν σε ένα απόκρυφο μέρος του σώματός σας
(π.χ. στο στήθος, στους μηρούς, στα γεννητικά όργανα) με ένα τρόπο που
σας ξάφνιασε ή που σας έκανε να αισθανθείτε άβολα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

2. Σας έτυχε ποτέ να «πρίψει» κάποιος τα γεννητικά του όργανα επάνω σας; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

3. Σας εξανάγκασαν ποτέ να αγγίξετε ένα άλλο άτομο σε απόκρυφα μέρη του σώματός του; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

4. Σας έτυχε ποτέ να συνουσιαστείτε με κάποιον παρά τη θέλησή σας; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

5. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να κάνετε στοματικό σεξ σε κάποιον παρά τη θέλησή σας; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

6. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να φιλήσετε κάποιον με τρόπο περισσότερο σεξουαλικό παρά στοργικό; NAI OXI

Εάν ΝΑΙ πόσο συχνά ;

1	2	3
Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

Εάν έχετε απαντήσει **ΝΑΙ** σε ένα ή περισσότερα από τα παραπάνω συμβάντα, παρακαλούμε να υπογραμμίσετε αυτό που θεωρείτε ότι είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή σας, και στη συνέχεια να απαντήσετε τις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση μόνο με το συγκεκριμένο συμβάν. Στην απάντησή σας προσπαθείστε να σκεφθείτε πώς αισθανθήκατε την ώρα του συγκεκριμένου συμβάντος.

1. Είχατε τότε βιώσει συναισθήματα έντονου φόβου, τρόμου ή είχατε αισθανθεί τελείως αβοήθητος/η; ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Είχατε τότε αισθανθεί σαν να βρίσκεστε έξω από το σώμα σας ή σαν να ήσαστε σε όνειρο; ΝΑΙ ΟΧΙ

Παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις.

Σας ευχαριστούμε

Μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα:
Αντωνοπούλου Ζ¹., Κοκκώση Μ²., Συνοδινού Κ¹., Τυπάλδου Μ². (2011)
¹ Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας
² Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Βαθμολόγηση ερωτηματολογίου του τραύματος

Υπολογίζεται δείκτης για κάθε τομέα, ο οποίος προκύπτει από το άθροισμα των τραυματικών συμβάντων, στα οποία το άτομο έχει απαντήσει ΝΑΙ, καθώς και ένας συνολικός δείκτης τραύματος, ο οποίος προκύπτει από το άθροισμα των τεσσάρων δεικτών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς εναλλακτικοί τρόποι βαθμολόγησης, όπως ο συνυπολογισμός της σοβαρότητας και της συχνότητας του τραυματικού συμβάντος ή ο συναισθηματικός αντίκτυπος τη στιγμή του συμβάντος δεν προσθέτουν στην εγκυρότητα του εργαλείου (Bremner et al., 2007). Παρ' όλα αυτά, στην παρούσα μελέτη κρίθηκε σκόπιμο να ενσωματωθεί και η συχνότητα της τραυματικής εμπειρίας και στην περίπτωση που το άτομο απαντάει ότι είχε τη συγκεκριμένη εμπειρία να συμπληρώνει σε μία τριβαθμη κλίμακα τη συχνότητα της: μία ή δύο φορές=1, μερικές φορές=2, συχνά=3.

**Συμφωνητικό Συνεργασίας για το Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος (ETLSR-SF)
Ημερομηνία:**

Το παρόν συμφωνητικό υπογράφεται μεταξύ α) των ερευνητήρι/συγγραφέων της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος που εκπροσωπούνται από τη βασική ερευνητήρι/συγγραφέα Δρ. Ζωή Αντωνοπούλου και που θα αναφέρεται στις κάτωθι όρους του συμφωνητικού ως Ερευνητήρι/Συγγραφέας και β) αυτής που θα αναφέρεται ως Συνεργάτης.

Το παρόν συμφωνητικό αποσκοπεί στην ενημέρωση και τη δέσμευση του Συνεργάτη, ώστε να διασφαλιστεί και να τηρηθεί η δεοντολογία χρήσης ψυχομετρικών εργαλείων, σύμφωνα με τους κάτωθι όρους:

1. Ο Συνεργάτης συμφωνεί να μην συμπιέζει, συντομίζει, μεταφράσει, προσεγγίζει ή αλλάζει το ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος με οποιοδήποτε τρόπο, και γενικότερα να μην εφεύρει κάποια μεταβολή στη διατύπωση, οργάνωση και διαδικασία χορήγησής του. Εάν ο Συνεργάτης εκτιμά ότι κάποιες αλλαγές είναι απαραίτητες για την εργασία του, πρέπει να εξασφαλίσει τη σύμφωνη γνώμη της Ερευνητήρι/Συγγραφέας, πριν προβεί σε οποιοδήποτε αλλαγή.
2. Ο Συνεργάτης συμφωνεί να μην αναπαράγει το εν λόγω ερωτηματολόγιο, πέραν του απαραίτητου αριθμού αντιτύπων που του είναι απαραίτητα για την εργασία του και να μην πωλεί, δανείζει ή διαθέτει με οποιοδήποτε τρόπο αντίτυπα σε τρίτους. Επίσης, συμφωνεί ότι δεν θα χρησιμοποιήσει τα ερωτηματολόγια παρά μόνο για την εργασία που έχει συμφωνηθεί στο παρόν συμφωνητικό συνεργασίας. Εάν ο Συνεργάτης θελήσει να χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο αυτό σε κάποια άλλη εργασία, θα πρέπει να ζητήσει εκ νέου την άδεια.
3. Σε περίπτωση που θα συμφωνηθεί κάποια κοινή εργασία, ο Συνεργάτης συμφωνεί να προμηθεύσει την Ερευνητήρι/Συγγραφέα με αντίγραφο των στοιχείων που θα καταγραφούν με τη χρήση του ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος, ή και άλλων στοιχείων που εκ των προτέρων θα έχουν συζητηθεί στο πλαίσιο της συμφωνίας για την κοινή εργασία. Επίσης, τα στοιχεία αυτά, αν συμφωνηθεί να χρησιμοποιηθούν από την Ερευνητήρι/Συγγραφέα σε περαιτέρω ανάλυσεις, αυτό μπορεί να γίνει υπό την προϋπόθεση ότι σε τυχόν δημοσίευση, η Ερευνητήρι/Συγγραφέα θα συμπεριλάβει το όνομα του συνεργάτη-ερευνητή, ο οποίος έκανε τη συλλογή των συγκεκριμένων στοιχείων.
4. Ο Συνεργάτης είναι υπεύθυνος για τη δημοσίευση στοιχείων που αφορούν αποκλειστικά την δική του μελέτη και τις μεθόδους που έχει χρησιμοποιήσει. Δημοσιεύσεις, οι οποίες θα περιγράφουν τα αποτελέσματα στα οποία έχει καταλήξει ο Συνεργάτης θα έχουν το όνομα του και θα περιλαμβάνουν βιβλιογραφική αναφορά στην ελληνική έκδοση του εν λόγω ερωτηματολογίου.
5. Στην περίπτωση που η παρούσα άδεια χρήσης διακοπεί ή όταν ολοκληρωθεί η εργασία του, ο Συνεργάτης πρέπει να σταματήσει τη χρήση του ερωτηματολογίου, καθώς η δέσμευση του όσον αφορά τη δεοντολογία χρήσης των ψυχομετρικών εργαλείων θα συνεχίσει να υφίσταται.
6. Το παρόν αποτελεί συμφωνητικό χρήσης του ερωτηματολογίου Πρώιμου Τραύματος και όχι σύμβαση εργασίας ή έργου. Ο Συνεργάτης έχει απόλυτη ευθύνη του τρόπου με τον οποίο θα εργαστεί και θα διασφαλίσει την ομαρμολή της ερευνητικής δεοντολογίας, συνεπώς αναλαμβάνει και την ευθύνη οποιουδήποτε σχετικού προβλήματος προκύψει.

Οι συμβαλλόμενοι:

A. Ερευνητήρι/Συγγραφέας

Δρ. Ζωή Αντωνοπούλου

B. Ο/Η Συνεργάτης

Πίλος

Φορέας

Διευθυνση

Κακοτυρή Μαρία

Ψυχίατρος

Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

DASS₂₁

Greek translation and Validation

George N. Lyrakos et al 2011

Όνομα :

Ημερομηνία:

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ...1 ...2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσωπεύει κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2	Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Δυσκολεύομαι ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόπηση της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3
7	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
8	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10	Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15	Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17	Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20	Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

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.