

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



**« Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και αναβίωση στρεσογόνων
εμπειριών: Πειραματική μελέτη του ρόλου της
συναισθηματικής αυτορρύθμισης »**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καραγκιολίδου Ζήσια-Ζηνοβία

A.M.2860

Επόπτης : Καραδήμας Ευάγγελος

Ρέθυμνο, 2014

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή.....	σελ.4
1.Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες- PTSD.....	σελ.5
1.1.Επιδημιολογία.....	σελ.7
2.Συναισθηματική Αυτορρύθμιση.....	σελ.8
2.1.Μοντέλα Συναισθηματικής Αυτορρύθμισης.....	σελ.10
3.Ψυχολογικά Χαρακτηριστικά.....	σελ.12
3.1.Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων.....	σελ.15
3.2.Ψυχοβιολογικό Μοντέλο του Cloninger.....	σελ.17
3.3.Μοντέλο των Τριών Παραγόντων του Tellegen.....	σελ.19
4.Κατάθλιψη.....	σελ.20
4.1.Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	σελ.20
5.Άγχος.....	σελ.22
6.Ερευνητικά Δεδομένα για τις διαστάσεις Κατάθλιψη-Άγχος.....	σελ.24
7.Παρούσα μελέτη.....	σελ.27
8.Μέθοδος.....	σελ.28
8.1.Σχεδιασμός.....	σελ.28
8.2.Συμμετέχοντες.....	σελ.28
8.3.Υλικά.....	σελ.29
8.3.1.Βίντεο (American History X).....	σελ.29
8.3.2.Ερωτήσεις για τον έλεγχο της Ψυχοπαθολογίας (SCID-I).....	σελ.29
8.3.3.Ερωτήσεις Πειραματικού Ελέγχου.....	σελ.30
8.3.4.Ψυχολογικοί και Συναισθηματικοί Παράγοντες.....	σελ.30
8.3.5.Ημερολόγιο Καταγραφής.....	σελ.32
8.3.6.Συμπτώματα Μετατραυματικού Στρες.....	σελ.32
8.4.Διαδικασία.....	σελ.33
9.Στατιστική Ανάλυση.....	σελ.34
Αποτελέσματα.....	σελ.34

Συζήτηση.....	σελ.42
Συμπέρασμα.....	σελ.45
Βιβλιογραφία.....	σελ.46
Παραρτήματα.....	σελ.62

Εισαγωγή

Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών βασίζεται στα δύο κύρια εγχειρίδια του κλάδου, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών διαταραχών (DSM-IV) και το εγχειρίδιο Παγκόσμιας Ταξινόμησης Ασθενειών (ICD-10). Ο ρόλος των παραπάνω εγχειριδίων είναι διευκρινιστικός αναφορικά με το διαχωρισμό των ψυχιατρικών συμπτωμάτων από τα αντίστοιχα ψυχιατρικά σύνδρομα και ασθένειες. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD) που πραγματεύεται ως κύριο θέμα της η παρούσα εργασία, πρέπει να αποσαφηνιστεί η διαφορά μεταξύ δομής και περιεχομένου. Έτσι, η διάγνωση PTSD δεν έγκειται στην ύπαρξη συγκεκριμένου περιεχόμενου σκέψης αλλά στην ύπαρξη συγκεκριμένης δομής της διαταραχής με τις ενοχλητικές αναμνήσεις, τη συμπεριφορά αποφυγής και το χρόνιο άγχος να την χαρακτηρίζουν. Σήμερα, για να αντιστραφεί η ισχύουσα κατάσταση, η επιστήμη της Ψυχολογίας προσπαθεί να βελτιώσει τα συστήματα ταξινόμησης που χρησιμοποιεί και να εστιάσει όχι μόνο στην συμπτωματολογία της κάθε διαταραχής αλλά και στην πραγματική γενεσιουργό της αιτία. Χρησιμοποιεί, λοιπόν, αποτελέσματα νευροβιολογικών και νευροφυσιολογικών μελετών και τείνει να βασίζεται σε ποσοτικές μετρήσεις και αναλύσεις παραγόντων και εννοιών.

Στην παρούσα μελέτη, έγινε προσπάθεια ανάδειξης τόσο των εκλυτικών παραγόντων όσο και των παραγόντων ευπάθειας που σχετίζονται με εμφάνιση της διαταραχής PTSD. Ενώ, τα κύρια στοιχεία που μελετά η έρευνα αναφορικά με την παραπάνω διαταραχή όπως τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, οι γνωστικές ικανότητες, η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου και η ικανότητα συναισθηματικής αυτορρύθμισης μετρώνται με εξειδικευμένα εργαλεία που επιδέχονται ποσοτικής ανάλυσης.

Ακόμη, η πρωτοτυπία της συγκεκριμένης μελέτης βρίσκεται στην προσπάθειά της να αναζητήσει μία πιθανή συσχέτιση των εννοιών του άγχους και της κατάθλιψης με το μειωμένο επίπεδο συναισθηματικής αυτορρύθμισης και την εμφάνιση PTSD διαταραχής όχι όμως από την

πεπατημένη οδό (το αυξημένο επίπεδο άγχους και η κατάθλιψη ως καταστάσεις που έπονται της PTSD). Συγκεκριμένα, προϋπάρχοντα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους μελετώνται σε συνδυασμό με το χαμηλό επίπεδο συναισθηματικής αυτορρύθμισης ως προγνωστικοί παράγοντες παρουσίασης PTSD συμπτωμάτων (παραίσθησεων) μετά από πειραματική έκθεση σε στρεσογόνο ερέθισμα.

1. Διαταραχή μετατραυματικού στρες – PTSD

Η Διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), είναι μια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή που δημιουργείται από την έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός (ακραίο τραυματικό παράγοντα) και χαρακτηρίζεται από αδυναμία από το άτομο να αποφύγει τις δυσμενείς συνέπειες του άγχους και των συναισθηματικών αντιδράσεων που το ακολουθούν. Αναφέρεται δηλαδή σε άμεση προσωπική εμπειρία ενός γεγονότος που εμπεριέχει πραγματική ή επαπειλούμενη απώλεια της ζωής, σοβαρό τραυματισμό ή άλλου είδους απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου του ατόμου ή άλλων.

Η απόκριση του ατόμου στο γεγονός, συνήθως, περιλαμβάνει έντονο φόβο, αδυναμία ή τρόμο (Κριτήριο Α), επίμονη αναβίωση του γεγονότος (Κριτήριο Β), προσπάθεια αποφυγής των ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, παράλυση της ευρύτερης απόκρισης του ατόμου (Κριτήριο Γ) καθώς επίσης και επίμονα συμπτώματα αυξημένης διέγερσης (Κριτήριο Δ). Η παραπάνω συμπτωματολογία πρέπει να παρουσιάζεται κατά το χρονικό διάστημα ενός μήνα τουλάχιστον (Κριτήριο Ε) ενώ συνάμα πρέπει να εμφανίζεται κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική, προσωπική λειτουργικότητα του ατόμου (Κριτήριο ΣΤ).

Πιο συγκεκριμένα, διακρίνονται τρεις χαρακτηριστικές περιοχές συμπτωματολογίας. Η πρώτη εμπεριέχει την ακούσια αναβίωση του γεγονότος, συνήθως ως επαναλαμβανόμενες και διεισδυτικές εικόνες ή άλλα αισθητηριακά ερεθίσματα (π.χ. οσφρητικά ερεθίσματα), εφιάλτες ή

αναδρομές του παρελθόντος όπου το περιστατικό αναβιώνει. Δεύτερον, το άτομο αποφεύγει οποιαδήποτε κατάσταση του υπενθυμίζει το συμβάν. Τρίτον, συναντώνται συμπτώματα χρόνιας υπερδιέγερσης, όπως υπερεπαγρύπνηση, υπερβολική αντανάκλαστική απόκριση, ευερεθιστότητα, δυσκολία στη συγκέντρωση και αυπνία. Επίσης, παρουσιάζεται συναισθηματικό μούδιασμα, αδυναμία κοινωνικής συναναστροφής με άλλους ανθρώπους, ανικανότητα βίωσης οποιουδήποτε συναισθήματος και αμνησία αναφερόμενη σε σημαντικά τμήματα του γεγονότος. Η διαταραχή αυτή, συνήθως, συνοδεύεται από συμπτώματα κατάθλιψης, προβλήματα επικοινωνίας, κατάχρηση ουσιών και καταστάσεις οικογενειακής δυσαρμονίας.

Οι κατηγορίες της PTSD, ανάλογα με το χρόνο έναρξης και τη διάρκεια εμφάνισης των συμπτωμάτων, διακρίνονται σε :

- οξεία (η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι λιγότερο από 3 μήνες)
- χρόνια (η διάρκεια των συμπτωμάτων κυμαίνεται από 3 μήνες τουλάχιστον και περισσότερο)
- καθυστερημένης έναρξης (όπου τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται τουλάχιστον 6 μήνες μετά το τραυματικό γεγονός).

Η σοβαρότητα, η διάρκεια και η εγγύτητα της έκθεσης του ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα ανάπτυξης αυτής της διαταραχής. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η κοινωνική υποστήριξη, το οικογενειακό ιστορικό, οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι προϋπάρχουσες ψυχικές διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη της διαταραχής PTSD. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί και σε άτομα που δεν φέρουν κανέναν από τους παραπάνω προδιαθεσικούς παράγοντες εάν και εφόσον ο εκλυτικός στρεσογόνος παράγοντας είναι ιδιαίτερα ακραίος (APA, 2000).

Ακόμη, θα πρέπει να γίνει σαφής ο διαχωρισμός της PTSD διαταραχής από τη Διαταραχή από Οξύ Στρες (Acute Stress Disorder - ASD). Η ASD συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και συνοδεύεται από τυπικά διασχιστικά συμπτώματα (όπως συναισθηματικό μούδιασμα, αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση και αμνησία), από έντονο άγχος και από τακτική αναβίωση του γεγονότος. Ακόμη, σε άτομα με την εν λόγω διαταραχή συναντώνται συνοδά συμπτώματα όπως απελπισία, ανημπορία ή αισθήματα ενοχής και παράλογης υπευθυνότητας. Συνήθως, τα άτομα αυτά μπορεί να παραμελούν τον εαυτό τους ή να παρουσιάσουν παρορμητική ή ριγοκίνδυνη συμπεριφορά. Επίσης, αν τα συμπτώματα επιμένουν για διάστημα περισσότερο του ενός μήνα η διάγνωση αλλάζει σε Διαταραχή μετατραυματικού στρες.

1.1 Επιδημιολογία PTSD

Σύμφωνα με έρευνα των McLaughlin και συν. (2013), που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ και εξέτασε 6.483 εφήβους, η πλειοψηφία των εφήβων (61,8%) βίωσαν ένα δυνητικά τραυματικό γεγονός, πιθανό να οδηγήσει σε εμφάνιση PTSD. Ο επιπολασμός κατά τη διάρκεια της ζωής, σύμφωνα με το DSM-IV, κυμαινόταν στο 4,7%. Βρέθηκε σημαντικά υψηλότερος στις γυναίκες (7,3%) συγκριτικά με τους άνδρες (2,2%). Ενώ, ως παράγοντες αυξημένης επικινδυνότητας για εμφάνιση PTSD παρουσιάζονται το γυναικείο φύλο, η προηγούμενη έκθεση σε δυνητικά τραυματικά γεγονότα, οι προ υπάρχουσες φοβίες και οι αγχώδεις διαταραχές.

Σύμφωνα με δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization- WHO) που αφορούν τις ΗΠΑ, ο επιπολασμός της PTSD κατά τη διάρκεια της ζωής ενήλικων Αμερικανών είναι 6,8%, με τις γυναίκες να εμφανίζουν τις διπλάσιες πιθανότητες (9,7%) συγκριτικά με τους άνδρες (3,6%) να αναπτύξουν κάποια στιγμή την εν λόγω διαταραχή. Περισσότερο από το 60% των ενηλίκων βιώνουν ένα τουλάχιστον δυνητικά τραυματικό γεγονός. Με τους άνδρες να αναφέρουν ως τέτοιου είδους γεγονότα το βιασμό, τη μάχη, την παιδική

παραμέληση και τη σωματική κακοποίηση. Ενώ οι γυναίκες εστιάζουν σε περιπτώσεις βιασμού, σεξουαλικής παρενόχλησης, σωματικής επίθεσης και παιδικής σωματικής κακοποίησης. Ακόμη, υψηλό ποσοστό των πασχόντων από PTSD (άνδρες ~ 88% - γυναίκες ~ 79%) παρουσιάζουν και κάποια άλλη ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους π.χ. κατάθλιψη, διαταραχές σχετιζόμενες με την κατάχρηση ουσιών (Kessler et al, 2005. Kessler, Chiu, Delmer, Merikangas & Walters, 2005. National Comorbidity Survey, 2005).

2. Συναισθηματική αυτορρύθμιση

Συναισθηματική αυτορρύθμιση είναι η ασυνείδητη ή συνειδητή (αυτόματη ή ελεγχόμενη) διαδικασία που χρησιμοποιείται για να αυξήσει, να διατηρήσει ή να μειώσει ένα ή περισσότερα στοιχεία της συναισθηματικής απάντησης (Gross, 1999). Πιο συγκεκριμένα, κάθε συναισθηματική απόκριση αποτελείται από συγκινησιακό φορτίο, συμπεριφορική αντίδραση και φυσιολογική απάντηση του οργανισμού. Έτσι, οι ποικίλες στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης διακρίνονται όχι ως καλές ή κακές αλλά ως προσαρμοστικές ή δυσπροσαρμοστικές, δηλαδή λειτουργικές ή μη λειτουργικές ως προς την εκάστοτε περίπτωση ανάλογα με το πλαίσιο, τη χρονική στιγμή και τη λειτουργία τους (Bonanno, 2004. Bonanno, Papa, Lalande, Westphal & Coifman, 2004. Gross, 2001).

Επιπλέον, σε εφαρμογή μιας δυσπροσαρμοστικής στρατηγικής συναισθηματικής ρύθμισης, το άτομο είναι πιθανό να οδηγηθεί σε εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας ή ακόμη και σε συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές όπως οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη, οι διαταραχές λήψης τροφής και οι σχετιζόμενες με χρήση ουσιών (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010). Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε καλύτερα το πώς οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς τις διαδικασίες ρύθμισης των συναισθημάτων που χρησιμοποιούν και πώς αυτές οι ατομικές διαφορές σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία.

Οι γενικότερες στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης που είναι γνωστές μέχρι σήμερα είναι οι εξής:

- η γνωστική επανεκτίμηση (cognitive reappraisal)
- η επίλυση προβλημάτων (problem solving)
- η αποδοχή (acceptance)
- η καταστολή (suppression)
- η αποφυγή (avoidance) και
- ο στοχασμός (rumination).

Επεξηγηματικά, η στρατηγική της καταστολής αναφέρεται τόσο στην καταστολή της έκφρασης όσο και στην καταστολή των σκέψεων. Η έννοια της αποφυγής έγκειται τόσο στην αποφυγή του βιώματος όσο και στην συμπεριφορική αποφυγή. Ενώ, ο στοχασμός αναφέρεται στην συνεχή, άσκοπη επανάληψη του ερεθίσματος που προκάλεσε την συναισθηματική απόκριση. Οι τρεις πρώτες στρατηγικές κατέχουν όπως φαίνεται από ερευνητικά δεδομένα προστατευτικό ρόλο όσον αφορά την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, μεταξύ των οποίων και η διαταραχή PTSD. Ενώ, οι επόμενες τρεις στρατηγικές αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχοπαθολογικών διαταραχών.

Η σύνδεση μεταξύ των τριών αρνητικά φορτισμένων στρατηγικών συναισθηματικής αυτορρύθμισης με την πιθανή παρουσία διαταραχής PTSD στα άτομα που τείνουν να χρησιμοποιούν αυτού του είδους τις στρατηγικές δικαιολογείται από το γεγονός πως χαρακτηριστικά στοιχεία της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η αποστροφή στον κοινωνικό περίγυρο, η συναισθηματική απομόνωση και η ανικανότητα βίωσης συναισθημάτων (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010).

Ακόμη, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν πως τα άτομα χρησιμοποιούν δύο κυρίως στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης. Η μία αναφέρεται στη εκφραστική καταστολή

(expressive suppression) και η δεύτερη στην γνωστική επαναξιολόγηση της κατάστασης (cognitive reappraisal).

Καθώς, επίσης, φαίνεται πως τα άτομα που επιλέγουν ως τρόπο απόκρισης την εκφραστική καταστολή εμφανίζουν συχνότερα και σε μεγαλύτερο βαθμό συμπτώματα ψυχοπαθολογίας. Ενώ, όσον αφορά την πιθανότητα εμφάνισης και διατήρησης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της PTSD υπερτερούν συγκριτικά με τα άτομα της δεύτερης κατηγορίας (Eftekhari, Zoellner & Vigil, 2009).

2.1 Μοντέλα συναισθηματικής αυτορρύθμισης

Οι Cratz και Roemer (2004) προσπάθησαν να ενοποιήσουν τα ήδη υπάρχοντα θεωρητικά μοντέλα συναισθηματικής αυτορρύθμισης προτείνοντας ένα γενικό θεωρητικό πλαίσιο που άπτεται της συγκεκριμένης έννοιας και λαμβάνει υπόψιν του όχι μόνο τη ρύθμιση της συναισθηματικής διέγερσης αλλά και την επίγνωση, κατανόηση και αποδοχή των συναισθημάτων από το άτομο. Επίσης, υποστήριξαν πως ο άνθρωπος έχει την ικανότητα να δρα στις διάφορες περιβαλλοντικές συνθήκες και να αποκρίνεται στα διάφορα ερεθίσματα με τον επιθυμητό τρόπο, ανεξαρτήτως της συναισθηματικής του κατάστασης.

Μέχρι τότε, οι περισσότερες θεωρίες σχετικά με την συναισθηματική αυτορρύθμιση έτειναν στο να συνδέουν τον παραπάνω όρο με τον έλεγχο των συναισθημάτων και μόνο (Kopp, 1989. Cortez & Bugental, 1994. Zeman & Garber, 1996). Θεωρούσαν, δηλαδή, πως η ρύθμιση των συναισθημάτων επιτυγχάνονταν με τον έλεγχο της αντίστοιχης συναισθηματικής έκφρασης (ιδίως των αρνητικά φορτισμένων συναισθημάτων) και την καταστολή της συναισθηματικής διέγερσης του ατόμου. Δεν δινόταν καμία βάση στην κατανόηση των συναισθημάτων από το άτομο ούτε και στην επίγνωση του αντίστοιχου πλαισίου ή των επιλογών απόκρισης και συναισθηματικής έκφρασης στην εκάστοτε περίπτωση.

Ενώ, άλλοι ερευνητές υποστήριξαν πως υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ των εννοιών συναισθηματικής αυτορρύθμισης και ελέγχου των συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα, οι Thomson & Calkins (1996) εισήγαγαν την σημαντικότητα της επίγνωσης και κατανόησης των συναισθημάτων σε κάθε περίπτωση. Πρότειναν, δηλαδή, πως το άτομο δεν τροποποιεί απλά τη συναισθηματική του έκφραση αλλά παρακολουθεί και αντιλαμβάνεται τη συναισθηματική εμπειρία. Όμως, σε περιπτώσεις που η εμπειρία αυτή είναι αρνητικής χροιάς (π.χ. ανεπιθύμητες σκέψεις και ακόλουθα συναισθήματα) το άτομο προκειμένου να απαλλαγθεί από τις δυσάρεστες επιπτώσεις των σκέψεων, των αρνητικών συναισθημάτων καθώς και των ανάλογων επιβαρυντικών φυσιολογικών αποκρίσεων του οργανισμού, πρέπει να ξοδέψει ενέργεια. Ιδίως η καταστολή έντονης αρνητικής διέγερσης απαιτεί μεγάλη προσπάθεια. Γι' αυτό το λόγο και η αντιμετώπιση της συναισθηματικής διέγερσης με καταστολή οδηγεί βάσει εμπειρικών δεδομένων στην εμφάνιση ποικίλων ψυχικών ασθενειών, μεταξύ των οποίων και η διαταραχή PTSD (Cloitre, 1998. Stewart, Zvolensky, & Eifert, 2002).

Βασιζόμενοι στις ήδη υπάρχουσες θεωρίες και εμπειρικά δεδομένα οι Cratz & Roemer υποστήριξαν πως η έννοια της συναισθηματικής αυτορρύθμισης θα πρέπει να εμπεριέχει τις παρακάτω διαστάσεις :

- τη συνειδητοποίηση και κατανόηση των συναισθημάτων
- την αποδοχή αυτών
- την ικανότητα ελέγχου παρορμητικών συμπεριφορών και την υιοθέτηση ανάλογης συμπεριφοράς με τους προσωπικούς στόχους του ατόμου, όταν αυτό βιώνει αρνητικού τύπου συναισθήματα
- την ικανότητα να χρησιμοποιεί περιστασιακά κατάλληλες στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης, ευέλικτες τόσο όσο να ικανοποιούν τους προσωπικούς του στόχους και απαιτήσεις ανά περίπτωση

- την πρόσβαση σε στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης που θεωρούνται αποτελεσματικές (η συγκεκριμένη διάσταση αναφέρεται στα εφόδια, δυνατότητες του κάθε ατόμου ξεχωριστά).

Όλες οι παραπάνω διαστάσεις θεωρούνται απαραίτητες για την επιτυχή ρύθμιση των συναισθημάτων του ατόμου. Εάν κάποια από αυτές εκλείψει ή χρησιμοποιηθεί με λανθασμένο τρόπο, τότε το άτομο επωμίζεται τις συνέπειες της δυσλειτουργίας των στρατηγικών συναισθηματικής αυτορρύθμισης.

Λαμβάνοντας υπόψιν τους τις προαναφερόμενες διαστάσεις που πρέπει να διέπουν τις στρατηγικές αυτορρύθμισης αλλά και ήδη υπάρχουσες κλίμακες για τη μέτρηση αποδοτικότητας μηχανισμών ρύθμισης συναισθημάτων, οι Cratz & Roemer (2004) κατασκεύασαν το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο, το οποίο ονόμασαν Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).

Η συγκεκριμένη κλίμακα μετρά τις εξής παραμέτρους :

- μη αποδοχή των συναισθηματικών αντιδράσεων (non- acceptance)
- δυσκολία στην εκτέλεση καθορισμένων στόχων (goals)
- έλλειψη προσπάθειας για την επίγνωση συναισθημάτων (awareness)
- περιορισμένη πρόσβαση σε στρατηγικές αυτορρύθμισης συναισθημάτων (strategies)
- δυσκολία ελέγχου παρορμήσεων (impulse) και
- έλλειψη συναισθηματικής διαύγειας (clarity).

Η κλίμακα DERS είναι σχεδιασμένη να μετρά κυρίως τη ρύθμιση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων ενώ μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε ενήλικες όσο και σε εφήβους.

3. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά

Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά (ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας) αντανακλούν σε τάσεις συμπεριφοράς, ενώ ο σχηματισμός τους και ο τρόπος που διευθύνονται ποικίλλει,

καθιστώντας το κάθε άτομο μοναδικό. Όπως οι προδιαθέσεις για συμπεριφορά, έτσι και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου συνεισφέρουν στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς αλλά δεν την ερμηνεύουν εξ ολοκλήρου. Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, γίνεται αντιληπτό πως δεν μπορούμε με ακρίβεια να ελέγξουμε παρά μόνο να υποθέσουμε την ενδεχόμενη συμπεριφορά ενός ατόμου απέναντι σε μία κατάσταση, βασιζόμενοι στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που απαρτίζουν την προσωπικότητά του.

Έτσι, δεν ορίζουν οι περιβαλλοντικές συνθήκες αυτές καθαυτές τη συγκεκριμένη απόκριση- συμπεριφορά του ατόμου σε οποιαδήποτε περίσταση. Πιο συγκεκριμένα, η ιδέα της τραυματικής εμπειρίας ως ο μοναδικός ή κύριος αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη PTSD, έχει απορριφθεί από εμπειρικά δεδομένα (Johnson & Thomson, 2008). Ενώ, σύμφωνα με άλλες μελέτες, παρότι η έκθεση σε πιθανά τραυματικά γεγονότα είναι συνήθης, η ανάπτυξη PTSD είναι σχετικά σπάνια, συνήθως μεταξύ 5-10% στον γενικό πληθυσμό (Davidson, Hughes, Blazer & George, 1991. Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz & Andreski, 1998. Lloyd & Turner, 2003. Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005).

Ορισμένες μεταβλητές φαίνεται να κατέχουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ή όχι PTSD ατόμων που έχουν εκτεθεί σε ιδιαίτερα τραυματικά, στρεσογόνα γεγονότα δυνητικά ικανά να επιφέρουν στο άτομο την συμπτωματολογία της παραπάνω διαταραχής. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι γενετικοί παράγοντες, η έλλειψη γονεϊκής φροντίδας, η ύπαρξη προηγούμενης τραυματικής εμπειρίας και προ υπαρχόντων ψυχολογικών προβλημάτων, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, η νοημοσύνη, οι πεποιθήσεις και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Yehuda & McFarlane, 1995. Jakovljevic, Brajkovic, Loncar & Cima, 2012).

Οι ατομικές διαφορές στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας φαίνεται να μπορούν να εξηγήσουν γιατί μόνο ορισμένοι άνθρωποι (από το σύνολο αυτών που έχουν έρθει αντιμέτωποι με έναν ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα) αναπτύσσουν τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή. Το σύνολο των ψυχικών χαρακτηριστικών του ατόμου επιτρέπει ή αποτρέπει, ουσιαστικά καθορίζει την

ανάπτυξη, την έκβαση και το σχηματισμό συγκεκριμένων συμπτωμάτων PTSD (Gil, 2005. Miller & Resick, 2007). Οι Jakovljevic και συν. (2012) υποστηρίζουν πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα ατομικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά που ευνοούν ή καταστέλλουν την ανάπτυξη PTSD και άρα την ευπάθεια ή την αντίσταση των διαφόρων ειδών προσωπικοτήτων στη διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων. Σύμφωνα με τη θεωρία τους, στο ένα άκρο βρίσκεται η ευπάθεια και στο άλλο άκρο η αντίσταση. Αναφερόμενοι, λοιπόν, στην ψυχοτραυματική διαδικασία (psychotraumatization), ισχυρίζονται πως πιθανά ελλείματα στη δομή και λειτουργία της προσωπικότητας, έκθεση σε τραυματικά ή στρεσογόνα γεγονότα και δυσλειτουργικές αποκρίσεις ευθύνονται για την εμφάνιση της PTSD. Έτσι, για όσους βρίσκονται περισσότερο κοντά στο άκρο της ευπάθειας, αρκεί ένα μικρής έντασης στρεσογόνο ερέθισμα για την εμφάνιση της διαταραχής, ενώ άτομα που βρίσκονται περισσότερο κοντά στο άκρο της αντίστασης θα πρέπει να βιώσουν ένα πολύ πιο ισχυρό στρεσογόνο ερέθισμα ώστε να αναπτύξουν PTSD.

Για να ταξινομηθούν, όμως, τα διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ανάμεσα στους δύο παραπάνω πόλους (ευπάθεια- αντίσταση), αυτά θα πρέπει να κατονομαστούν πολύ συγκεκριμένα. Κάτι τέτοιο, βέβαια, είναι ιδιαίτερα δύσκολο καθότι δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη θεωρία που να διερευνά το πλήθος των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του ατόμου αλλά ποικίλες.

Κάποιες από τις πλέον διαδεδομένες είναι :

- το μοντέλο των πέντε παραγόντων (Five-factor Model) των Costa & McCrae (1989)
- το ψυχοβιολογικό μοντέλο της προσωπικότητας (psychobiological model) του Cloninger (1993)
- το μοντέλο τριών παραγόντων της προσωπικότητας (Three-factor Model) του Tellegen (1985).

3.1. Μοντέλο των πέντε παραγόντων

Η θεωρία των χαρακτηριστικών για την προσωπικότητα υποστηρίζεται από τη λεξικολογική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία τα άτομα ανεξάρτητα από την κουλτούρα και τη γλώσσα που μιλούν, αναλύουν τη δομή της προσωπικότητας με το μοντέλο των πέντε παραγόντων (Pervin & John, 1999).

Η θεμελιώδης λεξικολογική (γλωσσική) υπόθεση βασίζεται στη θεωρία του Galton (1884) ότι τα πλέον σημαντικά στοιχεία της συμπεριφοράς του ατόμου αναφέρονται κωδικοποιημένα ως χαρακτηριστικά στις περισσότερες ή και σε όλες τις γλώσσες του κόσμου (Τσαούσης, 1999).

Οι Costa και McCrae (1992) βασιζόμενοι τόσο στη λεξικολογική υπόθεση όσο και στις προϋπάρχουσες θεωρίες χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των Allport (1961), Eysenck (1958) και Catell (1957), διατύπωσαν τη Μεγάλη Πεντάδα (Big Five) προσπαθώντας να δώσουν έμφαση σε εκείνα τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που είναι σταθερά στο πέρασμα του χρόνου και σε διάφορες καταστάσεις.

Οι βασικές διαστάσεις της θεωρίας τους είναι :

1. Νευρωτισμός (Neuroticism)
2. Εξωστρέφεια (Extraversion)
3. Πνευματική Διαθεσιμότητα (Openness to Experience)
4. Καλή Προαίρεση- Συνεργατικότητα (Agreeableness) και
5. Ευσηνειδησία (Conscientiousness).

Αναλυτικότερα, η Εξωστρέφεια αναφέρεται σε ένα άτομο ανοιχτό, κοινωνικό, ομιλητικό και υψηλά στη θετική επίδραση. Ο Νευρωτισμός περιγράφεται ως μία τάση του ατόμου να αντιδρά με έντονο συναίσθημα σε δυσμενή γεγονότα. Οι αντιδράσεις αυτών των ατόμων (με υψηλή βαθμολογία σε αυτή τη διάσταση) είναι περισσότερο άμεσες, πιο έντονες και η επιστροφή στην αρχική τους κατάσταση πιο αργή καθώς θεωρούνται περισσότερο ευαίσθητα στο στρες. Ενώ, άτομα που τοποθετούνται σε χαμηλά επίπεδα ως προς τη συγκεκριμένη διάσταση, δεν

επηρεάζονται σε τέτοιο βαθμό από στρεσογόνα ερεθίσματα (Talbert, Braswell, Albrecht, Hyer & Boundewyns, 1993). Ακόμη, η Πνευματική Διαθεσιμότητα ορίζεται ως η τάση του ατόμου να ενδιαφέρεται για νέες καταστάσεις, ιδέες και εμπειρίες. Ως Καλή Προαίρεση- Συνεργατικότητα περιγράφεται η τάση να είναι κάποιος ευχάριστος στις κοινωνικές συναναστροφές ενώ η Ευσυνειδησία περιγράφεται σε χαρακτηριστικά όπως η αυτοπειθαρχία, η τάση του να είναι προσεκτικό και διεξοδικό το άτομο, η αυτό-οργάνωση και η ανάγκη για επιτυχία.

Το ερώτημα, όμως, παραμένει. Ποιες και πως ακριβώς συνδέονται οι προαναφερθείσες διαστάσεις προσωπικότητας του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων με την εμφάνιση της PTSD; Πλήθος ερευνητών προσπάθησαν να απαντήσουν στο συγκεκριμένο ερώτημα μελετώντας τις πέντε διαστάσεις σε άτομα ήδη πάσχοντα από PTSD σε σύγκριση τόσο με άτομα που δεν είχαν εμφανίσει συμπτώματα ικανά σε αριθμό ώστε να τεθεί η εν λόγω διάγνωση αναφορικά με το DSM-IV όσο και με άτομα που δεν παρουσίασαν κανένα σύμπτωμα έχοντας όμως έρθει αντιμέτωπα με έναν ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα. Από τα ευρήματα των ερευνών προκύπτει πως ο Νευρωτισμός αποτελεί τη σημαντικότερη διάσταση στην πρόβλεψη PTSD και άτομα με υψηλή βαθμολογία στη συγκεκριμένη διάσταση θεωρούνται περισσότερο ευάλωτα στην ανάπτυξη συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες. Αντίθετα, η χαμηλή και όχι η υψηλή βαθμολογία στη διάσταση Καλή Προαίρεση- Συνεργατικότητα ενοχοποιείται, επίσης, για εμφάνιση PTSD (Hyer, Braswell, Albrecht, Boyd, Boudewyns & Talbert, 1994. Lawrence & Fauerbach, 2003. Chung, Berger, Jones & Rudd, 2006. Chung, Dennis, Berger, Jones & Rudd, 2011).

Ενδεικτικά, οι Chung και συν. (2011) σύγκριναν βαθμολογίες στις διαστάσεις των ψυχολογικών χαρακτηριστικών ασθενών που είχαν παρουσιάσει ένα επεισόδιο εμφράγματος του μυοκαρδίου. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Στην πρώτη ομάδα τα άτομα είχαν εμφανίσει ικανά συμπτώματα για διάγνωση PTSD, στη δεύτερη ομάδα οι ασθενείς παρουσίασαν να μεν συμπτώματα μετατραυματικού στρες όχι, όμως, ικανά ώστε να τεθεί η διάγνωση και τέλος στην

τρίτη ομάδα συμπεριελήφθησαν ασθενείς που μετά το επεισόδιο του εμφράγματος του μυοκαρδίου δεν εμφάνισαν κανένα σύμπτωμα PTSD (ομάδα ελέγχου). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ασθενείς της πρώτης ομάδας είχαν σημαντικά πιο υψηλή βαθμολογία στη διάσταση του Νευρωτισμού συγκριτικά με ασθενείς της δεύτερης και τρίτης ομάδας. Επίσης, οι συμμετέχοντες με διάγνωση PTSD εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της Καλής Προαίρεσης- Συνεργατικότητας συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Ακόμη, όσον αφορά τις άλλες τρεις διαστάσεις της προσωπικότητας δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων.

3.2 Ψυχοβιολογικό Μοντέλο του Cloninger

Το Ψυχοβιολογικό Μοντέλο της προσωπικότητας βασίζεται τόσο σε ιδιοσυγκρασιακές/ θυμικές διαστάσεις όσο και σε χαρακτηρισμολογικές. Πιο συγκεκριμένα, η ιδιοσυγκρασία θεωρείται ότι βιολογικά έγκειται σε συναισθηματικά πρότυπα αντίδρασης και ουσιαστικά αφορά εγγενείς συναισθηματικές προδιαθέσεις. Ορισμένα τέτοιου είδους πρότυπα είναι ο φόβος, ο θυμός, η προσκόλληση. Ενώ, οι ιδιοσυγκρασιακές διαστάσεις που απαντώνται είναι οι :

- Αποφυγή τραύματος (Harm Avoidance)
- Αποζήτηση καινοτομίας (Novelty seeking)
- Εξάρτηση από ανταμοιβή (Reward Dependence) και
- Επιμονή (Persistence).

Από την άλλη πλευρά, ο χαρακτήρας θεωρείται ένα εξελικτικό δημιούργημα που αποτελείται από αυτοθεωρήσεις του ατόμου σχετικά με τις αξίες και τους στόχους του που επηρεάζουν την σημαντικότητα των εμπειριών. Πιο αναλυτικά, ο χαρακτήρας σχετίζεται με τις σκόπιμες συμπεριφορές και παρουσιάζει τρεις διαστάσεις :

- Αυτο-προσδιορισμό (Self-directedness)/ με σκοπό- δίχως σκοπό
- Συνεργατικότητα (Cooperativeness)/ ανεκτικός, επιβοηθητικός- προκατειλημμένος, εκδικητικός

- Αυτό-υπέρβαση (Self-transcendence) ιδεαλιστής- υλιστικός (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993. Gil, 2005).

Η Αποφυγή τραύματος/ βλάβης προσδιορίζεται από μία τάση έντονης αντίδρασης σε προεγκατεστημένα σήματα δυσάρεστων ερεθισμάτων και παθητικής μάθησης όσον αφορά την αποφυγή τιμωρίας, την καινοτομία και τις μη επιβραβεύσιμες καταστάσεις. Άτομα με υψηλή βαθμολογία στη διάσταση Αποζήτηση Καινοτομίας αντιδρούν με έντονο ενθουσιασμό σε νέα ερεθίσματα ή σε όσα σχετίζονται με πιθανή ανακούφιση από τιμωρία. Η Εξάρτηση από επιβράβευση εμπεριέχεται σε μία τάση έντονης αντίδρασης σε σήματα ανταμοιβής ή σε επανάληψη και διατήρηση συμπεριφοράς που έχει συνδεθεί είτε με επιβράβευση είτε με αποφυγή τιμωρίας. Ακόμη, η Επιμονή αναφέρεται στην τάση των ατόμων να είναι φιλόδοξοι, να μην αποθαρρύνονται και να μην εφησυχάζουν με χαμηλότερη απόδοση από το αναμενόμενο. Σύμφωνα με έρευνες που προσπαθούν να προσδιορίσουν τη σχέση μεταξύ των προαναφερόμενων διαστάσεων (ιδιοσυγκρασιακών και χαρακτηρισμολογικών) με την εμφάνιση PTSD ουσιαστικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν η Αποφυγή τραύματος/ βλάβης, η Αναζήτηση Καινοτομίας και η Αυτό-υπέρβαση. Σε μελέτη που αφορούσε προπτυχιακούς φοιτητές, οι οποίοι εκτέθηκαν σε τρομοκρατική ανατίναξη φάνηκε υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στη διάσταση Αποφυγή τραύματος και του κινδύνου ανάπτυξης PTSD ενώ η Αναζήτηση Καινοτομίας ήταν αρνητικά συσχετισμένη με αυτόν τον κίνδυνο (Gil, 2005).

Οι North, Abbachi & Cloninger (2012) μελετώντας περιπτώσεις ατόμων που επέζησαν βομβιστικής επίθεσης και στη συνέχεια ανέπτυξαν PTSD διαπίστωσαν πως υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης PTSD και των διαστάσεων της Αυτό-υπέρβασης και της Αποφυγής τραύματος (υψηλή βαθμολογία) αλλά και με τις διαστάσεις του Αυτό-προσδιορισμού και της Συνεργατικότητας (χαμηλή βαθμολογία).

3.3 Μοντέλο των τριών παραγόντων του Tellengen

Το μοντέλο των τριών παραγόντων αναφέρεται στις τρεις σπουδαιότερες κατά τον Tellengen διαστάσεις προσωπικότητας. Οι διαστάσεις αυτές είναι :

- Θετική Συναισθηματικότητα/ Εξωστρέφεια (Positive Emotionality/ Extraversion)
- Αρνητική Συναισθηματικότητα/ Νευρωτισμός (Negative Emotionality/ Neuroticism)
- Αυτοσυγκράτηση/ Αναστολή (Constraint/ Inhibition) .

Όλες αυτές οι διαστάσεις εμφανίζουν σημαντική κληρονομικότητα και μακροπρόθεσμη σταθερότητα καθόλη τη διάρκεια της ζωής (Watson & Walker, 1996. Miller & Resick, 2007).

Η Θετική Συναισθηματικότητα, που συνάδει με τη διάσταση της Εξωστρέφειας του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων, αναφέρεται στην ικανότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων και στην τάση για ενεργή συμμετοχή στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Η Αρνητική Συναισθηματικότητα, από την άλλη πλευρά, αναφέρεται στην τάση προς αρνητικά συναισθήματα που παρουσιάζει το άτομο και στην αρνητικότητά του ως προς τις αλληλεπιδράσεις στα πλαίσια του κοινωνικού συνόλου. Παρουσιάζεται ως συνώνυμο με τον Νευρωτισμό του μοντέλου προσωπικότητας των Costa & McCrae. Ακόμη, η Αναστολή περιλαμβάνει εκείνα τα γνωρίσματα που προσδίδουν στο άτομο έλλειψη αυθορμητισμού, αυστηρό προγραμματισμό, τάση προς αποφυγή βίωσης τραυματικών γεγονότων και προσπάθεια μη ανάληψης ρίσκου. Εμφανίζεται ως ταυτόσημο με τη διάσταση Αναζήτηση Καινοτομίας που αναφέρεται στο μοντέλο του Cloninger.

Από τις παραπάνω διαστάσεις, η Αρνητική Συναισθηματικότητα ενοχοποιείται περισσότερο και παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με την ανάπτυξη συμπτωμάτων PTSD. Οι παράγοντες Θετική Συναισθηματικότητα και Αναστολή χαρακτηρίζονται ως διαμεσολαβητικοί. Δηλαδή όταν συναντώνται σε χαμηλά επίπεδα με ταυτόχρονα υψηλά επίπεδα Αρνητικής Συναισθηματικότητας ευνοούν την ανάπτυξη της συγκεκριμένης διαταραχής (Miller, 2003).

Η παραπάνω διαπίστωση υποστηρίζεται και από τα αποτελέσματα της μελέτης των Μαία και συν. (2011). Υψηλά επίπεδα Αρνητικής Συναισθηματικότητας ευθύνονται για εμφάνιση μειωμένης ικανότητας ρύθμισης αρνητικών συναισθημάτων και αύξηση της έντασης των συναισθηματικών και σωματικών αποκρίσεων του ατόμου απέναντι σε ένα ισχυρό τραυματικό γεγονός.

4. Κατάθλιψη

Κατάθλιψη ονομάζεται η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής (έντονης και παρατεταμένης) θλίψης και συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών.

Επεξηγηματικά, η συναισθηματική διάθεση (mood) είναι ο σταθερός και συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά από το άτομο σε αντίθεση με το συναίσθημα, το οποίο αναφέρεται στην εξωτερική έκφραση του συναισθήματος. Ανήκει, δηλαδή, στην κατηγορία διαταραχών της διάθεσης (APA, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, σε καταθλιπτικές καταστάσεις η διάθεση είναι ζοφερή, απαισιόδοξη και απελπιστική. Μία βαθιά αίσθηση ματαιότητας συχνά συνοδεύεται από την πεποίθηση ότι η δυνατότητα βίωσης ευχαρίστησης έχει απωλεσθεί μόνιμα. Παρατηρείται μια επιβράδυνση ή ελάττωση σχεδόν σε όλες τις πτυχές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων της ταχύτητας της σκέψης, της ενέργειας, της σεξουαλικότητας και της ικανότητας βίωσης ευχαρίστησης, ενώ βασικές φυσικές δραστηριότητες επηρεάζονται, όπως η διατροφή, ο ύπνος και ο καλλωπισμός.

4.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization), σε ανακοίνωσή του το 2012, κατατάσσει την κατάθλιψη στην 4η θέση, παγκοσμίως από πλευράς απώλειας ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας ενώ προβλέπεται ότι το κατά το έτος 2020, θα καταλάβει την 1η

θέση, στις Δυτικές κοινωνίες. Τρεις βασικοί λόγοι φαίνεται να καθορίζουν το συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Πρώτον, οι καταθλιπτικές διαταραχές στο σύνολό τους ξεκινούν συχνά σε νεαρή ηλικία. Δεύτερον, σημαντικό χαρακτηριστικό τους αποτελεί η μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου και τρίτον, συχνά επανεμφανίζονται.

Ειδικότερα, η συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή θεωρείται ότι προσβάλλει γύρω στα 350 εκατομμύρια ανθρώπους. Ενώ, σε έρευνα που διενεργήθηκε σε 17 χώρες, βρέθηκε πως κατά μέσο όρο 1 στα 20 άτομα βίωσαν την εμπειρία ενός καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους.

Παρόλο που η κατάθλιψη (Καταθλιπτική Διαταραχή) επηρεάζει και τα δύο φύλα, οι γυναίκες εμφανίζουν διπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν από τη συγκεκριμένη νόσο συγκριτικά με τους άνδρες. Επιπλέον, η κατάθλιψη καταλαμβάνει την πρώτη θέση στο σύνολο των ασθενειών που πλήττουν το γυναικείο φύλο και τα δεδομένα αυτά επαληθεύονται τόσο σε χώρες υψηλού, μέτριου αλλά και χαμηλού βιοτικού επιπέδου. Ενώ, ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής σε όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου (επιπολασμός) είναι 10%-20% για τις γυναίκες και 5% - 12% για τους άντρες και στο σύνολο του πληθυσμού κυμαίνεται στο 4-6% (WHO, 2008).

Επίσης, συνήθως το πρώτο επεισόδιο προκαλείται από γεγονότα ζωής αλλά τα μετέπειτα είναι ανεξάρτητα από αυτό. Όταν η κατάθλιψη ακολουθεί κάποιο στρεσογόνο συμβάν, αυτό το συμβάν συνήθως είναι ένα μη ελεγχόμενο συμβάν απώλειας. Η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται προστατευτικός παράγοντας τόσο όσον αφορά την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου όσο και της υποτροπής της διαταραχής γενικότερα.

Άλλοι παράγοντες επικινδυνότητας σχετίζονται με δυσκολίες στην παιδική ηλικία (σωματική & σεξουαλική κακοποίηση, διαζύγιο, δυσκολίες στο γάμο των γονιών), Νευρωτισμός (ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) και στην ενήλικη φάση με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, έλλειψη κοινωνικού δικτύου, μοναξιά (WHO, 2012).

Η βαρύτητα και η συμπτωματολογία που εμφανίζει το πάσχον από τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή άτομο ποικίλει από ήπια σωματική και πνευματική επιβράδυνση έως σοβαρού βαθμού ψύχωση με βαθιές αρνητικές ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.

Τα συμπτώματα διακρίνονται στις εξής κατηγορίες και είναι αυτά που σχετίζονται:

- με το συναίσθημα (κακή διάθεση, ανηδονία, άγχος, συναισθηματική αμβλύτητα και αδυναμία)
- με το αυτόνομο νευρικό σύστημα (κόπωση, εξάντληση, μείωση της σεξουαλικής διάθεσης, διαταραχές του ύπνου, της όρεξης, ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση)
- με την κινητοποίηση (ανημπορία, απώλεια ενδιαφέροντος, έλλειψη ελπίδας, αμέλεια προσωπικών ευθυνών και ατομικής φροντίδας, σκέψεις ή ακόμη και απόπειρες αυτοκτονίας)
- με την σκέψη και την αντίληψη (δυσκολία στη συγκέντρωση, μειωμένη προσοχή και μνήμη, αισθήματα και σκέψεις ενοχής, αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ψυχωτικά συμπτώματα)
- σωματικής φύσεως ενοχλήσεις.

Ενώ, οι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της παραπάνω συμπτωματολογίας στα πλαίσια της συγκεκριμένης διαταραχής – είτε ως παράγοντες ευπάθειας είτε ως εκλυτικοί – είναι ένας συνδυασμός γενετικών, νευροβιολογικών καθώς και ψυχοκοινωνικών στοιχείων.

5. Άγχος

Το χαρακτηριστικό του άγχους, αναφέρεται σε μια γενικότερη τάση του ατόμου να αντιλαμβάνεται στρεσογόνες καταστάσεις ως επικίνδυνες ή απειλητικές. Το άγχος μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Επιπλέον, εξαρτάται τόσο από τις γνωστικές, συναισθηματικές διεργασίες όσο και από τον τρόπο ζωής και αντίληψης του ατόμου.

Κάθε άτομο έχει ένα ορισμένο βαθμό άγχους, ο οποίος θεωρείται φυσιολογικός κάτω από ορισμένες περιστάσεις. Όταν, όμως, το συγκεκριμένο για κάθε άτομο επίπεδο «αποδοτικού»

άγχους ξεπεραστεί, τότε το άτομο οδηγείται σε δυσάρεστες καταστάσεις και διαταράσσεται η φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού.

Πιο αναλυτικά, το άγχος είναι ένα διάχυτο, δυσάρεστο, συχνά ασαφές συναίσθημα που εκδηλώνεται με φόβο, ένταση και ανησυχία και που τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από πλήθος σωματικών συμπτωμάτων όπως ταχυκαρδία, καρδιακή αρρυθμία, πεπτικές εσωτερικές διαταραχές, ξηροστομία, ωχρότητα, τρόμος, κεφαλαλγία.

Ως συνέπεια των παραπάνω, τα άτομα με υψηλό βαθμό γενικού άγχους έχουν ένα ευαίσθητο αυτόνομο νευρικό σύστημα, το οποίο υποδηλώνει ότι μπορεί να αντιδρούν έντονα σε καταστάσεις τραύματος (Marais & Stuart, 2005). Τα επίπεδα διέγερσής τους απαιτούν περισσότερο χρόνο να ομαλοποιηθούν και ξεκινούν από υψηλότερο, αρχικό επίπεδο διέγερσης. Έτσι, είναι λογικό να υποθέσουμε πως τα άτομα αυτά όταν έρθουν αντιμέτωπα με ιδιαίτερα στρεσογόνους παράγοντες, είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν ορισμένα PTSD συμπτώματα ή ακόμη και την ίδια τη διαταραχή.

Μελέτες έχουν επιβεβαιώσει αυτή την υπόθεση. Ενδεικτικά, σε έρευνά τους, οι Hensley & Verela (2008) εξέτασαν τις αντιδράσεις των συμμετεχόντων μετά την έκθεσή τους σε ένα τραυματικό γεγονός και αναζήτησαν τις επιδράσεις του άγχους και της ευαισθησίας στη διαχείριση αγχογόνων ερεθισμάτων σε συνδυασμό με την εμφάνιση PTSD και ανάλογων σωματικών ενοχλήσεων. Κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και τα συμπτώματα PTSD που προκλήθηκαν ήταν σημαντική ανεξάρτητα από την έκθεση στο στρεσογόνο παράγοντα. Ενώ, συγκεκριμένοι παράγοντες ευαισθησίας του άγχους αλληλοεπίδρασαν με το γενικότερο, ιδιοσυγκρασιακό άγχος για να προβλέψουν την εμφάνιση PTSD διαταραχής και των αντίστοιχων σωματικών ενοχλημάτων.

6.Ερευνητικά δεδομένα για τις διαστάσεις της κατάθλιψης και του άγχους

Σε έρευνα των Burriss, Ayers, Ginsberg & Powell (2008), μελετήθηκε η πιθανή έκπτωση γνωστικών λειτουργιών (ικανότητας μάθησης και μνήμης) σε συνδυασμό με τη διερεύνηση του ρόλου που διαδραματίζει η μεταβλητή της κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από PTSD διαταραχή. Αξίζει να σημειωθεί πως η παραπάνω μεταβλητή μετρήθηκε με τη χρήση της κλίμακας Zung Self-Rating Depression Scale ενώ η μεταβλητή του άγχους με την κλίμακα του Spielberger για το καταστασιακό και γενικό άγχος State-Trait Anxiety Scale. Το δείγμα αποτελούνταν από απόμαχους βετεράνους με διάγνωση PTSD (πρώτη ομάδα), απόμαχους βετεράνους χωρίς διάγνωση PTSD (2η ομάδα) και μη-απόμαχους βετεράνους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι απόμαχοι βετεράνοι με PTSD παρουσίασαν γενικευμένη έκπτωση στις λειτουργίες της μάθησης και της μνήμης συγκριτικά με τη δεύτερη και τρίτη ομάδα συμμετεχόντων. Οι παράμετροι όπως η διαφορετικότητα της φυλής, οι διαγνώσεις συννοσηρότητας και η λήψη κατάλληλης ψυχιατρικής αγωγής δεν μπόρεσαν να εξηγήσουν τη διαφορά των αποτελεσμάτων μεταξύ των βετεράνων που έπασχαν ή όχι από PTSD. Το ενδιαφέρον σημείο στη συγκεκριμένη μελέτη βρίσκεται στο γεγονός πως εάν στην ανάλυση δεν συμπεριλαμβάνονταν οι μεταβλητές της κατάθλιψης και του άγχους, τότε οι δύο ομάδες δεν παρουσίαζαν ουσιαστική διαφορά στις επιδόσεις τους στα τεστ μέτρησης γνωστικών λειτουργιών που χρησιμοποιήθηκαν. Ενώ, σε επόμενη στατιστική ανάλυση που ακολούθησε, οι ερευνητές διαπίστωσαν πως ανάμεσα στις δύο μεταβλητές ως υπεύθυνη για τα γνωστικά ελλείμματα πιθανολογείται αυτή της κατάθλιψης και όχι του άγχους. Οι διαφορές αποδόθηκαν στην αυξημένη συχνότητα και ένταση της κατάθλιψης που συνήθως πλήττονται τα άτομα που πάσχουν από PTSD.

Βέβαια, δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη εάν τα άτομα που μελετήθηκαν στην παραπάνω έρευνα εμφάνισαν κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της PTSD ή εάν είχαν προηγουμένως πληγεί από τη

διαταραχή της κατάθλιψης και πρέπει να θεωρηθεί ως προδιαθεσικός παράγοντας ανάπτυξης PTSD (Burriss, Ayers, Ginsberg & Powell, 2008).

Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίζονται και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2012 σε στρατιωτικούς βετεράνους που είχαν λάβει μέρος στις επιχειρήσεις στο Αφγανιστάν και στο Ιράκ. Μελετήθηκε η νευρογνωστική τους λειτουργία και πιο συγκεκριμένα μετρήθηκαν οι διαστάσεις της προσοχής και της μνήμης εργασίας, καθώς υποστηρίζεται από παλαιότερα ερευνητικά ευρήματα πως άτομα που έχουν πληγεί από PTSD παρουσιάζουν έκπτωση στο επίπεδο των παραπάνω λειτουργικών διαστάσεων. Το δείγμα αποτελούνταν από 23 εν ενεργεία στρατιωτικούς που είχαν διαγνωσθεί με PTSD και την αντίστοιχη ομάδα ελέγχου. Ως πιθανοί μεσολαβητές στην διαφορά που παρουσίασε η PTSD ομάδα με την ομάδα ελέγχου μελετήθηκαν οι εξής παράγοντες : η εμπειρία στο πεδίο της μάχης, η βαρύτητα των συμπτωμάτων PTSD, η κατανάλωση αλκοόλ, η κατάθλιψη και το άγχος. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα ελλείμματα που εμφανίζονται στο επίπεδο λειτουργίας της μνήμης εργασίας μπορούν να αποδοθούν μερικώς σε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Dretsch, Thiel, Athy, Irvin, Sirmon-Fjordbak & Salvatore, 2012).

Επίσης, σε άλλη σχετική μελέτη βρέθηκε, μετά από στατιστική ανάλυση των δεδομένων, πως οι διαφορές στη μάθηση και τη μνήμη μεταξύ της ομάδας με διάγνωση PTSD και αυτής που δεν υπήρχε αντίστοιχη διάγνωση υφίσταντο μόνο όταν στα άτομα με PTSD εμφανιζόταν συννοσηρότητα με κατάθλιψη ή διαταραχή σχετιζόμενη με χρήση ουσιών (Neylan et al., 2004).

Η σημαντικότητα των διαστάσεων της κατάθλιψης και του άγχους διαφαίνονται και στη μελέτη των Johnsen & Asbjornsen (2009), όπου τα δεδομένα υποστηρίζουν την υπόθεση της αλλαγής των στρατηγικών μνήμης σε ασθενείς με PTSD που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη δυσλειτουργία στην εκτελεστική διαδικασία. Ωστόσο, η εξασθένηση της μνήμης και η χρήση αναποτελεσματικών στρατηγικών μάθησης δεν μπορεί να σχετίζονται μόνο με τη

συμπτωματολογία της PTSD, αλλά και με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και γενικευμένου άγχους.

Συμπερασματικά, η διαταραχή PTSD, η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να συνδέονται με ποικίλους τρόπους. Όσον αφορά την προ υπάρχουσα κατάθλιψη, έχει βρεθεί ότι τα άτομα με κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να έχουν τραυματικές εμπειρίες συγκριτικά με ανθρώπους χωρίς κατάθλιψη και άρα αυξάνεται η πιθανότητα παρουσίασης PTSD συμπτωμάτων (κατάθλιψη ως παράγοντας ευπάθειας PTSD διαταραχής). Ωστόσο, εμπειρικά δεδομένα μέχρι σήμερα παρουσιάζουν την κατάθλιψη περισσότερο ως προστατευτικό παράγοντα στην ανάπτυξη PTSD παρά ως παράγοντα ευπάθειας (Kendler & Karkowski-Shuman, 1997. Koenen et al., 2002). Δεδομένου, όμως, πως οι έρευνες που αναζητούν αυτή τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και PTSD διαταραχής είναι λίγες, το παραπάνω ζήτημα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Μια δεύτερη πιθανότητα είναι ότι τα συμπτώματα της PTSD μπορεί να είναι τόσο οδυνηρά και εξουθενωτικά για το άτομο ώστε να προκαλέσουν την ανάπτυξη κατάθλιψης (κατάθλιψη ως συνέπεια της PTSD διαταραχής). Μερικοί άνθρωποι με PTSD μπορεί να αισθάνονται αποκομμένοι από τους φίλους και την οικογένεια τους, να αποφεύγουν δραστηριότητες που πριν την εμφάνιση της PTSD τους προσέφεραν χαρά και ευτυχία και να οδηγούνται σε κοινωνική απομόνωση. Ακόμη, αδυνατούν να βιώσουν θετικά συναισθήματα και ζουν σε συνθήκες γενικευμένου άγχους λόγω της συχνής αναβίωσης του στρεσογόνου γεγονότος που ευθύνεται για την έναρξη εμφάνισης PTSD συμπτωμάτων. Επίσης, πέραν του γενικευμένου άγχους τα άτομα αυτά έρχονται αντιμέτωπα και με συνθήκες που χαρακτηρίζονται από οξύ στρες καθώς πολλά περιβαλλοντικά ερεθίσματα είναι ικανά λόγω της οποιαδήποτε ομοιότητάς τους με το αρχικό, ισχυρό, στρεσογόνο ερέθισμα να «ξυπνήσουν» αντίστοιχες αναμνήσεις και συναισθήματα και να προκαλέσουν την αναβίωση του γεγονότος. Όλη αυτή η διαδικασία αποτελεί έναν φαύλου κύκλο που επαναλαμβάνεται και είναι εύκολο να οδηγήσει το πάσχον από

PTSD διαταραχή άτομο και σε κατάθλιψη (Erickson et al., 2001. Thompson et al., 2004. Wells et al., 2010).

7. Παρούσα μελέτη

Η συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιώντας ένα βίντεο με μία σκηνή βίας ανάλογη του τραυματικού γεγονότος είχε ως στόχο την διερεύνηση των παραγόντων ευπάθειας στην ανάπτυξη συμπτωμάτων PTSD σε υγιή πληθυσμό, κατά τη διάρκεια μίας εβδομάδας και μετά από αυτήν. Ο κυριότερος λόγος για την διεξαγωγή της μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανότητας, τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών εάν επιβεβαιώνονται σε ένα διαφορετικό πληθυσμό, όπως είναι ο ελληνικός. Επιπροσθέτως, κρίθηκε πολύ σημαντική η μελέτη ορισμένων επιπλέον παραγόντων (συναισθηματική αυτορρύθμιση). Πιο συγκεκριμένα, η βασική υπόθεση της έρευνας ήταν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες ευπάθειας που μετρήθηκαν πριν από την έκθεση σε στρεσογόνο γεγονός θα διαφοροποιούσαν την πορεία της αναφοράς παραισφρήσεων κατά τη διάρκεια των επτά επόμενων ημερών. Οι παράγοντες ευπάθειας που εξετάστηκαν ήταν το επίπεδο άγχους και κατάθλιψης (ένταση αναφερόμενων συμπτωμάτων), καθώς και οι 5 διαστάσεις συναισθηματικής αυτορρύθμισης.

8. ΜΕΘΟΔΟΣ

8.1 Σχεδιασμός

Ένας πειραματικός σχεδιασμός ανάλογος του τραύματος εφαρμόστηκε με σκοπό να ελέγξει τις σχέσεις μεταξύ διεισδύσεων, συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, γνωστικών λειτουργιών, ψυχολογικών - συναισθηματικών παραγόντων και της διαφοράς του καταστασιακού άγχους πριν και μετά το βίντεο. Επίσης, ελέγχθηκε η δυνατότητα πρόβλεψης των εξαρτημένων μεταβλητών από τις ανεξάρτητες. Πιο συγκεκριμένα, ανεξάρτητες μεταβλητές (IV) αποτέλεσαν τα σκορ των γνωστικών δοκιμασιών, των ερωτηματολογίων κατάθλιψης, ιδιοσυγκρασιακού άγχους, συναισθηματικής αυτορρύθμισης και η διαφορά καταστασιακού άγχους. Οι εξαρτημένες

μεταβλητές (DV) ή αλλιώς κριτήρια αποτέλεσαν ο συνολικός αριθμός των διεισδύσεων και τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (αναβίωση, αποφυγή και υπερδιέγερση).

8.2 Συμμετέχοντες

Στην μελέτη συμμετείχαν 26 άτομα και η δειγματοληψία τους έγινε συμπτωματικά, καθώς ήταν ιατρικό/ νοσηλευτικό προσωπικό ή παρευρίσκονταν στο χώρο του νοσοκομείου (όχι ασθενείς). Η ενημέρωση των συμμετεχόντων για την έρευνα έγινε μέσω προφορικής ανακοίνωσης. Τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με οποιαδήποτε ψυχική ασθένεια στο παρελθόν ή λάμβαναν κάποιου είδους θεραπεία ψυχικής υγείας ή είχαν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός τους τελευταίους έξι μήνες αποκλείστηκαν από την μελέτη. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 34,34 χρόνια (SD= 8,94) και κατά μέσο όρο είχαν ολοκληρώσει 16,11 χρόνια σπουδών (SD = 2,7).

8.3 Υλικά

8.3.1. Βίντεο (American History-X)

Το βίντεο που παρακολούθησαν οι συμμετέχοντες ανακτήθηκε από το διαδικτυακό ιστότοπο “youtube.com”. Ήταν διάρκειας περίπου τεσσάρων λεπτών και περιείχε σκηνές έντονης βίας από την ταινία American History-X (σκηνοθεσία: Tony Kaye, 1998). Η σκηνή αυτή, διαδραματίζει τη δολοφονία δύο αφροαμερικανών ανδρών από έναν άνδρα με ναζιστικές πεποιθήσεις. Ο ναζιστής πυροβολεί τους δύο αφροαμερικανούς έπειτα από τη προσπάθεια τους, να του κλέψουν το αυτοκίνητο. Ο ένας από τους δύο πεθαίνει ακαριαία, ενώ ο άλλος όχι. Τότε ο εγκληματίας μιλώντας με ιδιαίτερα επιτακτικό και απειλητικό τρόπο, λέει στο θύμα που έχει επιβιώσει να τοποθετήσει τα επάνω δόντια του στη πλευρά του πεζοδρομίου. Έπειτα, τον κλωτσάει στο κεφάλι. Τα γεγονότα διαδραματίζονται μπροστά στα μάτια του έφηβου αδερφού του ναζιστή. Το συγκεκριμένο βίντεο έχει χρησιμοποιηθεί και σε προηγούμενες μελέτες ανάλογες του τραύματος, καθώς έχει αποδειχθεί ότι τηρεί τις προϋποθέσεις (Verwoerd, Wessel, de Jong, Nieuwenhuis & Huntjens, 2011; Wessel, Huntjens & Verwoerd, 2010).

8.3.2. Ερωτήσεις για τον έλεγχο της Ψυχοπαθολογίας (SCID-I)

Δώδεκα ερωτήσεις από την ημι-δομημένη κλινική συνέντευξη (SCID-I) για τον άξονα I των ψυχιατρικών διαταραχών του DSM-IV-TR (SCID-I), χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της ψυχοπαθολογίας των ατόμων. Σύμφωνα με τους Williams et al. (1992) οι ερωτήσεις έχουν δείξει καλή αξιοπιστία, καθώς το συνολικό kappa ήταν ίσο με .61 για τρέχουσες διαγνώσεις. Οι 12 αυτές ερωτήσεις αξιολογούν συμπτώματα κατάθλιψης, γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, καταναγκασμούς, διατροφικές διαταραχές, φοβίες, κρίσεις πανικού, χρήσης ουσιών και φαρμάκων. Χρησιμοποιήθηκαν για να επιβεβαιωθεί ότι οι συμμετέχοντες δεν είχαν κάποιο είδος ψυχοπαθολογίας.

8.3.3. Ερωτήσεις πειραματικού ελέγχου (Laposa & Rector, 2012; Laposa & Alden, 2008)

Στο τέλος της πρώτης φάσης του πειράματος οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν εάν έχουν ξαναδεί τη ταινία στο παρελθόν. Επιπροσθέτως, σε μία κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως το 10 (πλήρης προσοχή) βαθμολόγησαν τη προσοχή που έδωσαν στο βίντεο. Στη δεύτερη φάση του πειράματος, ερωτήθηκαν σε ποιο βαθμό ξέχασαν να καταγράψουν τις σκέψεις τους στο ημερολόγιο, σε μια κλίμακα από το 1 (πλήρης) έως το 10 (εξαιρετικά πολύ).

8.3.4. Ψυχολογικοί και συναισθηματικοί παράγοντες

Καταστασιακό-Ιδιοσυγκρασιακό Άγχος (STAI, Spielberger, Gorssuch, Lushene, Vagg & Jacob, 1983)

Για την εκτίμηση του καταστασιακού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν οι δύο κλίμακες STAI, η A και B αντίστοιχα. Οι κλίμακες αυτές αποτελούνται από 20 ερωτήσεις η καθεμία και οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό (1: Καθόλου – 5: Πολύ), στον οποίο ανταποκρίνεται η κάθε ερώτηση. Το ελάχιστο σκορ που ενδέχεται να έχει κάποιος είναι 20 ενώ το μέγιστο 100. Επίσης, όσο υψηλότερο είναι το σκορ τόσο πιο αυξημένα είναι και τα επίπεδα άγχους. Αξιοσημείωτο είναι, ότι και στα δυο ερωτηματολόγια σε κάποιες ερωτήσεις (π.χ. «Αισθάνομαι ήρεμος»), χρειάστηκε να αντιστραφούν οι κλίμακες για την έκβαση της βαθμολογίας. Για τη μέτρηση της διαφοράς του

καταστασιακού άγχους το ερωτηματολόγιο B χορηγήθηκε δύο φορές στους συμμετέχοντες, μία φορά πριν το βίντεο και άλλη μία αμέσως μετά. Οι κλίμακες A και B παρουσιάζουν πολύ καλή εσωτερική συνέπεια στο Ελληνικό πληθυσμό με $\alpha = .92$, $\alpha = .93$ και δείκτες αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων $r = .96$, $r = .98$, αντίστοιχα (Fountoulakis et al., 2006).

Συναισθηματική αυτορρύθμιση (Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS))

Για την αξιολόγηση της συναισθηματικής αυτορρύθμισης των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε η Ελληνική έκδοση του *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* των Gratz και Roemer (2004). Το DERS χωρίζεται σε έξι υποκλίμακες α) επίγνωση (6 ερωτήσεις, π.χ., «γνωρίζω ακριβώς πως αισθάνομαι» β) αποδοχή (8 ερωτήσεις, π.χ., «όταν νιώθω μεγάλη ταραχή δεν τα βάζω με τον εαυτό που αισθάνεται έτσι»), γ)παρόρμηση (6 ερωτήσεις, π.χ., «όταν είμαι ταραγμένος είμαι εκτός ελέγχου»), δ)στρατηγικές (8 ερωτήσεις π.χ., «όταν είμαι ταραγμένος ξέρω ότι μπορώ να βρω ένα τρόπο για να αισθανθώ καλύτερα στο τέλος»), ε) σαφήνεια (5 ερωτήσεις π.χ., «δυσκολεύομαι να κατανοήσω τα συναισθήματά μου») και ζ) στόχοι (5 ερωτήσεις, π.χ., «όταν είμαι ταραγμένος δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο»). Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε 36 ερωτήσεις σε μία 5-βάθμη κλίμακα (1: Σχεδόν ποτέ- 5:σχεδόν πάντα). Η έκβαση της βαθμολογίας γίνεται αθροίζοντας τις απαντήσεις είτε για κάθε κλίμακα ξεχωριστά είτε σαν ένα συνολικό σκορ. Η μεγαλύτερη βαθμολογία συνεπάγεται και μεγαλύτερη δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Οι έξι υποκλίμακες που αναφέρονται παραπάνω, παρουσιάζουν πολύ καλή εσωτερική συνέπεια $\alpha = .76$, $\alpha = .81$, $\alpha = .87$, $\alpha = .85$, $\alpha = .73$, $\alpha = .79$ και οι δείκτες αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων ήταν $r = .79$, $r = .81$, $r = .70$, $r = .71$ $r = .63$ και $r = .66$ αντιστοίχως (Mitsopoulou, Kafetsios Karademas, Papastefanakis & Simos, 2012).

Κατάθλιψη (CES-D Scale)

Η κλίμακα αυτοαναφοράς *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977)*, η οποία περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Τα άτομα δηλώνουν πόσο συχνά εμφανίζονται ορισμένα

συναισθήματα σε μία κλίμακα 4-βάθμη (0: λίγο – 3: σχεδόν πάντα). Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να σκοράρει κάποιος είναι το 60. Η ελληνική έκδοση της κλίμακας CES-D παρουσιάζει καλή εσωτερική συνοχή για το σύνολο των ερωτήσεων με $\alpha = .95$ (Fountoulakis et al., 2001)

8.3.5. Ημερολόγιο καταγραφής

Κατά τη διάρκεια της μία εβδομάδας οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν ένα ημερολόγιο, στο οποίο κατέγραφαν τις αυθόρμητες σκέψεις και εικόνες για το βίντεο. Στο ημερολόγιο αυτό κλήθηκαν να καταγράψουν τον αριθμό των πιθανών διεισδύσεων, τη φύση (δηλαδή αν ήταν εικόνα, σκέψη ή όνειρο), την κατάσταση, στην οποία βρίσκονταν τη στιγμή της σκέψης, καθώς και τα συναισθήματα που ένιωσαν. Επίσης, περιέγραφαν σύντομα τη σκέψη και βαθμολογούσαν την ένταση της σε μία κλίμακα από το 0=Καθόλου έντονη έως 100= Εξαιρετικά έντονη, ενώ σε μία άλλη κλίμακα (από το 0=Καθόλου έως 100=Εξαιρετικά πολύ), βαθμολογούσαν τον έλεγχο της σκέψης (Holmes, Brewin & Hennessy, 2004; Holmes & Steel, 2004).

8.3.6. Συμπτώματα μετατραυματικού στρες (PCL-C Scale)

Για την αξιολόγηση των πιθανών συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες μία εβδομάδα μετά, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα PTSD Checklist–Civilian Version (PCL-C Weathers, Litz, Herman, Juska & Keane, 1993), προσαρμοσμένη στον συγκεκριμένο πειραματικό σχεδιασμό. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από μία κλίμακα αυτοαναφοράς με 17 συμπτώματα και προβλήματα που παρουσιάζονται συνήθως στα άτομα με μετατραυματικό στρες, σύμφωνα με το DSM-IV-TR. Ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει σε μία 5-βαθμη κλίμακα από το 1=λίγο έως το 5=πάρα πολύ. Η κλίμακα αυτή χωρίζεται σε 3 υποκλίμακες: α) αναβίωση του τραυματικού γεγονότος (π.χ. «Επαναλαμβανόμενα, ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το βίντεο»), β) αποφυγή (π.χ. «Αποφεύγετε να συμμετέχετε σε δραστηριότητες ή να βρεθείτε σε καταστάσεις που ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το βίντεο;») και γ) υπερδιέγερση (π.χ. «Είστε ευερέθιστος ή έχετε εκρήξεις θυμού;»). Το PCL-C δίνει μία βαθμολογία για κάθε έναν

από τους παραπάνω παράγοντες. Τέλος, παρουσιάζει καλούς δείκτες εσωτερικής συνέπειας και για τους τρεις, $\alpha=.41$, $\alpha=.48$, $\alpha=.46$ (Calbaria & Anagnostopoulos, 2010).

8.4 Διαδικασία

Η διαδικασία του πειράματος έλαβε χώρα σε έναν ουδέτερο χώρο νοσοκομείου της Αθήνας για την αποφυγή πιθανών περισπασμών. Αρχικά, δόθηκε στους συμμετέχοντες μία φόρμα πληροφοριών (*παράρτημα 1*) για την ενημέρωση της φύσης της μελέτης. Έπειτα, εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση τους με την υποβολή της υπογραφή τους στην ανάλογη φόρμα (*παράρτημα 2*). Οι συμμετέχοντες αρχικά, απάντησαν σε κάποια δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, έτη εκπαίδευσης και ιατρικό ιστορικό) και έπειτα στις ερωτήσεις για τον έλεγχο της ψυχοπαθολογίας έτσι ώστε να διαβεβαιωθεί ότι μπορούν να συμμετάσχουν στην μελέτη. Η διαδικασία του πειράματος εξελίχθηκε με τον τρόπο και τη σειρά που περιγράφονται παρακάτω. Πρώτα χορηγήθηκαν τα τεστ μνήμης ιστοριών και έπειτα το τεστ λεκτικής ευχέρειας. Αμέσως μετά, δόθηκαν τα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση του καταστασιακού και γενικού άγχους, τη συναισθηματική αυτορρύθμιση και το ερωτηματολόγιο διάθεσης. Έπειτα, αφού οι συμμετέχοντες ξεκουράζονταν για λίγα λεπτά, ακολουθούσε η προβολή του βίντεο σε μία οθόνη 22 ιντσών. Πριν την έναρξη του βίντεο, τους ζητήθηκε να έχουν όλη τη προσοχή τους στην οθόνη και να προσπαθήσουν να μη κοιτάξουν αλλού ή να κλείσουν τα μάτια τους, κατά τη διάρκεια της προβολής. Αξιοσημείωτο είναι ότι, εκείνη τη στιγμή ο κάθε συμμετέχοντας ήταν μόνος του. Έπειτα, απάντησαν στις ερωτήσεις πειραματικού ελέγχου. Για την μέτρηση του άγχους που προκλήθηκε λόγω του βίντεο οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το δεύτερο ερωτηματολόγιο για το καταστασιακό άγχος. Στο τέλος της πρώτης φάσης, δόθηκε το ημερολόγιο καταγραφής, λεκτικές οδηγίες για τη συμπλήρωσή του καθώς και η ημερομηνία προσέλευσης για την αποπεράτωση της δεύτερης φάσης. Μία εβδομάδα μετά, αφού είχε γίνει υπενθύμιση στους συμμετέχοντες μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, τα άτομα προσέρχονταν

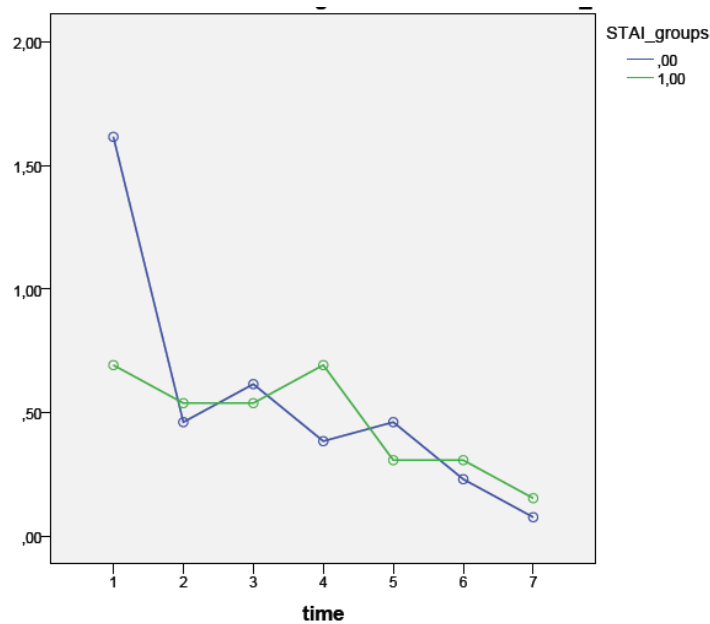
στο χώρο του νοσοκομείου για την ολοκλήρωση της διαδικασίας του πειράματος. Αρχικά, ρωτήθηκαν πόσο συνεπείς ήταν στη καταγραφή των σκέψεων τους στο ημερολόγιο και έπειτα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο PCL-C.

9.Στατιστική Ανάλυση

Ως κύριες μεταβλητές θεωρήθηκαν ο συνολικός αριθμός παραισφρήσεων για κάθε μία από τις επτά ημέρες που ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το ημερολόγιο καταγραφής, η συνολική βαθμολογία κάθε ατόμου τόσο στην κλίμακα του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (STAI) όσο και στην κλίμακα αυτοαναφοράς των συμπτωμάτων κατάθλιψης (CES-D) καθώς, επίσης και η βαθμολογία των συμμετεχόντων ξεχωριστά σε κάθε μία από τις έξι υποκλίμακες DERS. Οι υποθέσεις της μελέτης ελέγχθηκαν μέσω αναλύσεων διακύμανσης με εξαρτημένη μεταβλητή τον αριθμό παραισφρήσεων, παράγοντα εντός υποκειμένων την ημέρα καταγραφής (1-7), και παράγοντα μεταξύ υποκειμένων την ομάδα που διαμορφώθηκε με βάση τις ατομικές επιδόσεις στις κλίμακες κατάθλιψης, άγχους, και στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου συναισθηματικής αυτορρύθμισης DERS (χαμηλή, υψηλή βαθμολογία). Όλες οι αναλύσεις έγιναν με τη χρήση του SPSS 20.0.

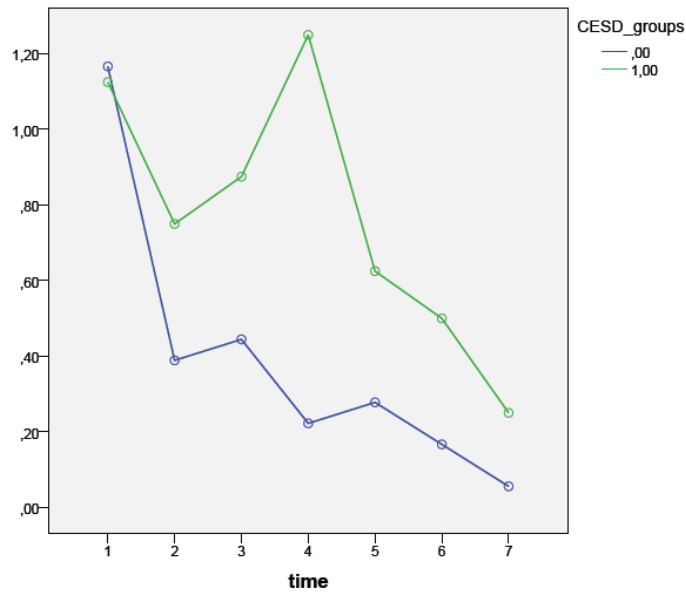
Αποτελέσματα

Αναφορικά με την επίδραση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους στο σύνολο των παραισφρήσεων, από το σύνολο του δείγματος δημιουργήθηκαν δύο ομάδες βάσει κριτηρίου βαθμολογίας = 38 μονάδων στο ερωτηματολόγιο STAI (trait). Η αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων συνολικού αριθμού παραισφρήσεων και των ομάδων άγχους δεν ήταν στατιστικά σημαντική, $F(6, 144) = 2.98, p > .1$. Αυτό σημαίνει ότι η ομάδα επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο διαφοροποιούνται οι παραισφρήσεις από μέρα σε μέρα. Περαιτέρω διερεύνηση προσδιόρισε ότι η διαφοροποίηση αυτή δεν φαίνεται να αφορά μεμονωμένα το υποσύνολο των σκέψεων, $F(6, 144) = 1.14, p > .1$, ή των εικόνων, $F(6, 126) = 1.61, p > .1$ (βλ. Διάγραμμα 1).



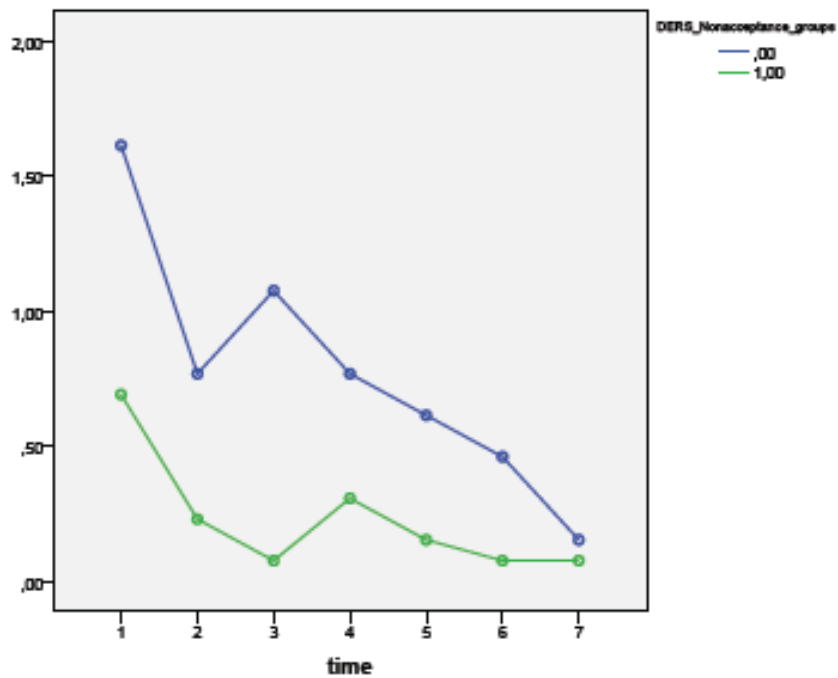
Εικόνα 1. Μέσος αριθμός παραισφρήσεων (οριζόντιος άξονας) για την ομάδα χαμηλού (μπλε γραμμή, n=13) και υψηλού άγχους (πράσινη γραμμή, n=13).

Στη συνέχεια, εκτιμήθηκε η επίδραση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στο συνολικό αριθμό παραισφρήσεων. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2, βάσει κριτηρίου βαθμολογίας 30 μονάδων στην κλίμακα CESD, δημιουργήθηκαν δύο ομάδες από το σύνολο του δείγματος. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων συνολικού αριθμού παραισφρήσεων και των ομάδων με βάση την κλίμακα CESD δεν έφτασε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $F(6, 144) = 1.63, p > .1$. Έτσι, η τάση αναφοράς καταθλιπτικών συμπτωμάτων δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο διαφοροποιούνται οι παραισφρήσεις από μέρα σε μέρα ούτε να αφορά μεμονωμένα το υποσύνολο των σκέψεων, $F(6, 144) = .73, p > .1$, ή των εικόνων, $F(6, 126) = 1.88, p > .1$.



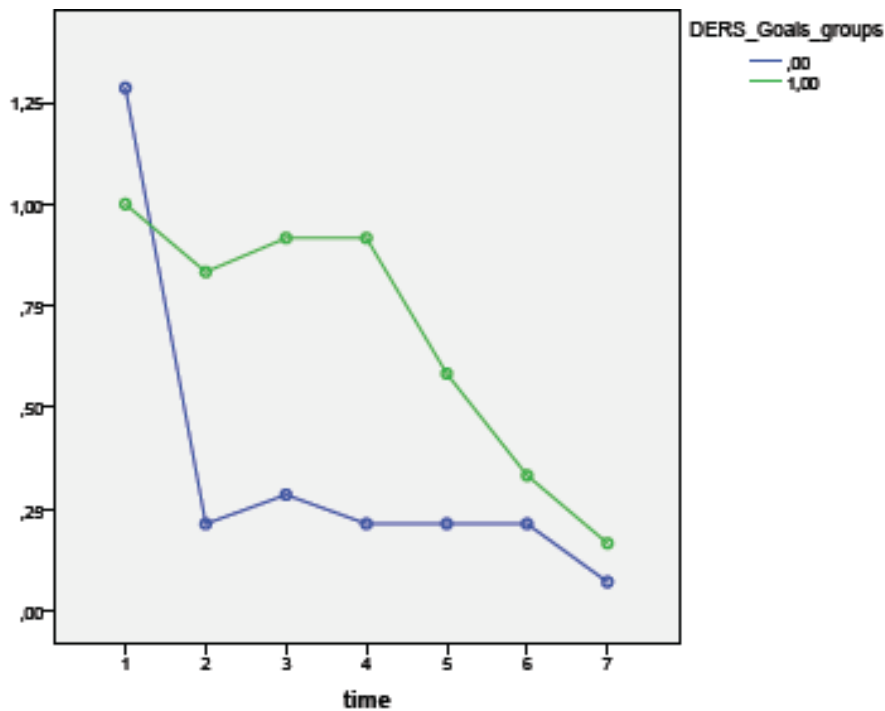
Εικόνα 2. Μέσος αριθμός παρεισφρήσεων (οριζόντιος άξονας) για την ομάδα χαμηλής (μπλε γραμμή) και υψηλής αναφοράς καταθλιπτικών συμπτωμάτων (πράσινη γραμμή).

Στη διερεύνηση της επίδρασης των Δυσκολιών Αυτορρύθμισης- Μη αποδοχής συναισθημάτων στο σύνολο των παρεισφρήσεων δημιουργήθηκαν δύο ομάδες από το σύνολο του δείγματος με median split (τιμή = 1.51) της υποκλίμακας Μη Αποδοχής του ερωτηματολογίου DERS ενώ η αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων συνολικού αριθμού παρεισφρήσεων και των ομάδων Μη Αποδοχής δεν έφτασε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $F(6, 144) = 1.32, p > .1$. Η αποδοχή ή όχι των συναισθημάτων ως στρατηγική συναισθηματικής αυτορρύθμισης δεν επηρεάζει σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαφοροποίηση των παρεισφρήσεων από μέρα σε μέρα ούτε μεμονωμένα στο υποσύνολο των σκέψεων ($F(6, 144) = .73, p > .1$) ή των εικόνων ($F(6, 126) = .80, p > .1$) (βλ. Διάγραμμα 3).



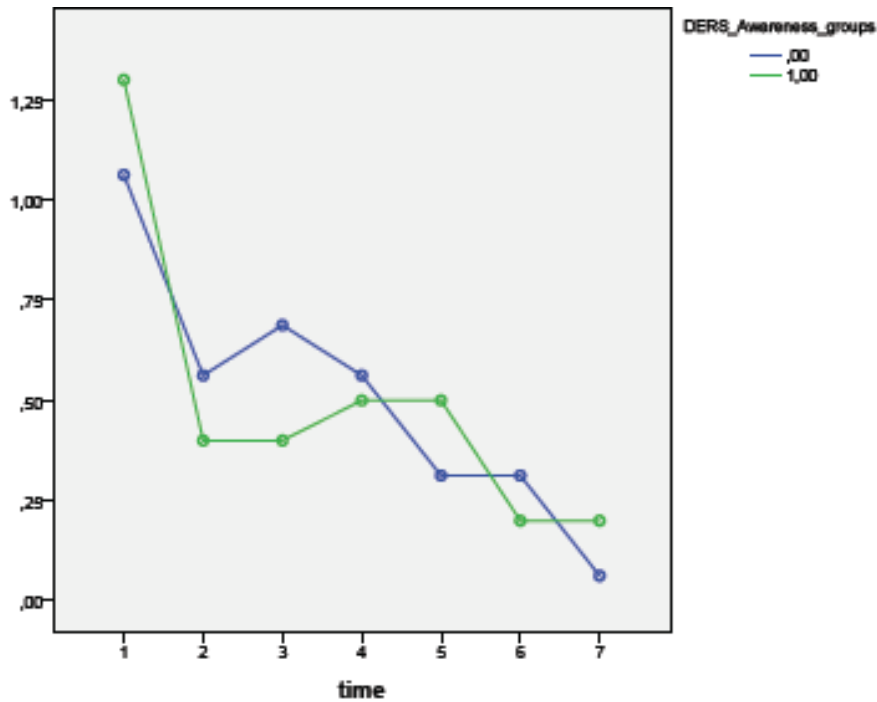
Εικόνα 3. Μέσος αριθμός παραισφρήσεων (οριζόντιος άξονας) για την ομάδα χαμηλής (μπλε γραμμή, n=13) και υψηλής αναφοράς Μη Αποδοχής συναισθημάτων (πράσινη γραμμή, n=13).

Ακόμη, εκτιμήθηκε η επίδραση των Δυσκολιών Αυτορρύθμισης- Ανάκαμψης δραστηριοτήτων στο σύνολο των παραισφρήσεων. Από το σύνολο του δείγματος δημιουργήθηκαν δύο ομάδες με median split (τιμή=2.00) της υποκλίμακας Ανάκαμψη δραστηριοτήτων του ερωτηματολογίου DERS. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων του συνολικού αριθμού παραισφρήσεων και των ομάδων Ανάκαμψης δραστηριοτήτων έφτασε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, $F(6, 144) = 2.44, p < 0.05$. Η ύπαρξη δυσκολιών στην ανάκαμψη δραστηριοτήτων ως δυσλειτουργική στρατηγική αυτορρύθμισης συναισθημάτων φαίνεται να ασκεί επίδραση στον τρόπο με τον οποίο διαφοροποιούνται οι παραισφρήσεις από μέρα σε μέρα. Περαιτέρω διερεύνηση προσδιόρισε ότι η διαφοροποίηση αυτή δεν φαίνεται να αφορά μεμονωμένα το υποσύνολο των σκέψεων, $F(6, 144) = 1.20, p > .1$, ή των εικόνων, $F(6, 126) = .70, p > .1$ (βλ. Διάγραμμα 4).



Εικόνα 3. Μέσος αριθμός παρεισφρήσεων (οριζόντιος άξονας) για την ομάδα χαμηλής (μπλε γραμμή) και υψηλής δυσκολίας Ανάκαμψης δραστηριοτήτων (πράσινη γραμμή).

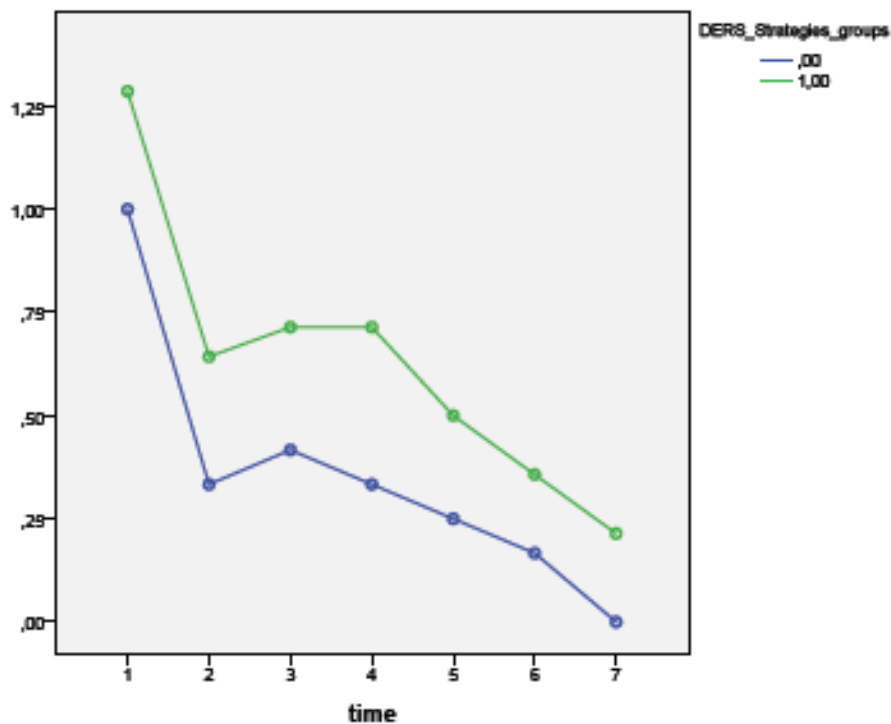
Όσον αφορά την επίδραση των επαναλαμβανόμενων καταγραφών παρεισφρήσεων και της ατομικής βαθμολογίας στην υποκλίμακα Επίγνωση συναισθημάτων, δημιουργήθηκαν δύο ομάδες με mean split (τιμή=2.00) της υποκλίμακας Επίγνωσης του ερωτηματολογίου DERS. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και των ομάδων Επίγνωσης δεν εκφράζεται σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, $F(6,144) = .64, p > .1$. Η ύπαρξη δυσκολιών στην Επίγνωση συναισθημάτων δεν φαίνεται να ασκεί επίδραση στον τρόπο με τον οποίο διαφοροποιούνται οι παρεισφρήσεις από μέρα σε μέρα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας και η διαφοροποίηση αυτή δεν φαίνεται να αφορά μεμονωμένα το υποσύνολο των σκέψεων, $F(6, 144) = .62, p > .1$, ή των εικόνων, $F(6, 126) = .68, p > .1$, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.



Εικόνα 5. Μέσος αριθμός παρεισφρήσεων (οριζόντιος άξονας) για την ομάδα χαμηλής (μπλε γραμμή) και υψηλής δυσκολίας Επίγνωσης συναισθημάτων (πράσινη γραμμή).

Ακόμη, προχωρώντας στην επόμενη υποκλίμακα του DERS που σχετίζεται με τις δυσκολίες αυτορρύθμισης, την Εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης συναισθημάτων, εκτιμήθηκε η επίδρασή της στο σύνολο των παρεισφρήσεων. Από το σύνολο του δείγματος δημιουργήθηκαν δύο ομάδες με mean split (τιμή=2.3) της υποκλίμακας Εφαρμογής αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης συναισθημάτων του ερωτηματολογίου DERS. Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων του συνολικού αριθμού παρεισφρήσεων και των ομάδων Εφαρμογής αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης συναισθημάτων, $F(6, 144) = .06, p > .1$. Κατά συνέπεια, η ύπαρξη δυσκολιών στην υιοθέτηση αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης συναισθημάτων εκτιμήθηκε να μην ασκεί επίδραση στον τρόπο με τον οποίο διαφοροποιούνται οι παρεισφρήσεις από μέρα σε μέρα. Περαιτέρω διερεύνηση προσδιόρισε ότι η διαφοροποίηση

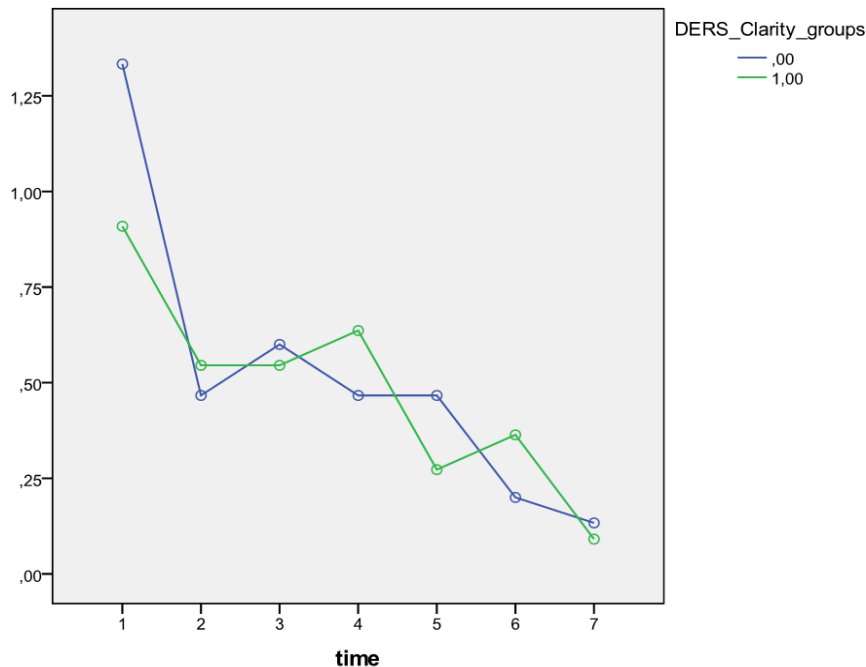
αυτή δεν φαίνεται να αφορά μεμονωμένα το υποσύνολο των σκέψεων, $F(6, 144) = .32, p > .1$, ή των εικόνων, $F(6, 126) = .36, p > .1$ (βλ. Διάγραμμα 6).



Εικόνα 6. Μέσος αριθμός παρεισφρήσεων (οριζόντιος άξονας) για την ομάδα χαμηλής (μπλε γραμμή) και υψηλής δυσκολίας Εφαρμογής αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης συναισθημάτων (πράσινη γραμμή).

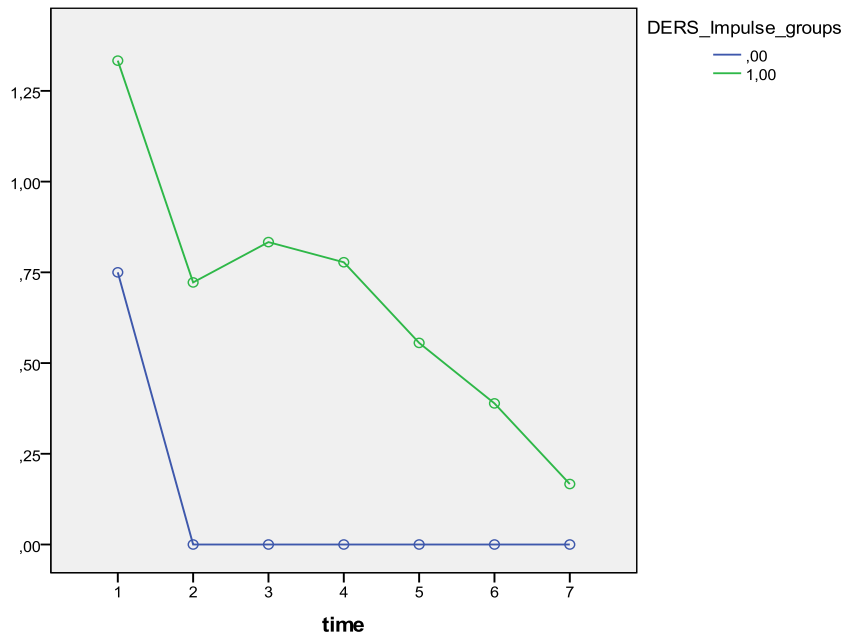
Επιπλέον διερευνήθηκε εάν η έλλειψη Διαύγειας συναισθημάτων ως υποκλίμακα των Δυσκολιών Αυτορρύθμισης επιδρά στο σύνολο των παρεισφρήσεων. Από το σύνολο του δείγματος δημιουργήθηκαν δύο ομάδες βάσει του mean split (τιμή= 1.6) της υποκλίμακας Διαύγεια συναισθημάτων του ερωτηματολογίου DERS. Οι επαναλαμβανόμενες μετρήσεις και οι μετρήσεις των ομάδων Διαύγειας συναισθημάτων δεν αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, $F(6, 144) = .76, p > .1$. Άρα, η έλλειψη Διαύγειας συναισθημάτων δεν φαίνεται να ασκεί επίδραση στον τρόπο με τον οποίο διαφοροποιούνται οι παρεισφρήσεις από μέρα σε μέρα. Ενώ, η διαφοροποίηση αυτή δεν φαίνεται να αφορά

μεμονωμένα κανένα από τα δύο υποσύνολα, των σκέψεων, $F(6, 144) = 1.26, p > .1$, ή των εικόνων, $F(6, 126) = .28, p > .1$ (βλ. Διάγραμμα 7).



Εικόνα 7. Μέσος αριθμός παρεισφρήσεων (οριζόντιος άξονας) για την ομάδα χαμηλής (μπλε γραμμή) και υψηλής έλλειψης Διαύγειας συναισθημάτων (πράσινη γραμμή).

Τέλος, εκτιμήθηκε η επίδραση των Δυσκολιών Αυτορρύθμισης – Δυσκολία Ελέγχου Παρορμήσεων στο σύνολο των παρεισφρήσεων. Από το σύνολο του δείγματος δημιουργήθηκαν δύο ομάδες βάσει της τιμής $mean\ split = 2.6$ της υποκλίμακας Ελέγχου παρορμήσεων του ερωτηματολογίου DERS. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και των ομάδων Ελέγχου παρορμήσεων δεν έφτασε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, $F(6, 144) = .82, p > .1$. Αυτό σημαίνει ότι η δυσκολία ελέγχου παρορμήσεων δεν φαίνεται να ασκεί επίδραση στον τρόπο με τον οποίο διαφοροποιούνται οι παρεισφρήσεις από μέρα σε μέρα. Περαιτέρω διερεύνηση προσδιόρισε ότι η διαφοροποίηση αυτή δεν φαίνεται να αφορά μεμονωμένα το υποσύνολο των σκέψεων, $F(6, 144) = .95, p > .1$, ή των εικόνων, $F(6, 126) = .46, p > .1$, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 8.



Εικόνα 7. Μέσος αριθμός παρεισφρήσεων (οριζόντιος άξονας) για την ομάδα χαμηλής (μπλε γραμμή) και υψηλής έλλειψης Ελέγχου παρορμήσεων (πράσινη γραμμή).

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας εστιάστηκαν στην ανάλυση της ημερήσιας αναφοράς παρεισφρήσεων, με τη μορφή σκέψεων και εικόνων, συμμετεχόντων που δεν έπασχαν από ψυχιατρική διαταραχή (συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής μετατραυματικού στρες) μετά από ελεγχόμενη έκθεση σε στρεσογόνο ερέθισμα. Στην προκειμένη περίπτωση η έκθεση στο στρεσογόνο γεγονός αναφέρεται στο περίπου τεσσάρων λεπτών βίντεο που περιέχει σκηνές έντονης βίας και επιθετικότητας. Ως στοιχεία ευαλωτότητας στην επίδραση του ερεθίσματος μετρήθηκαν μια σειρά από ψυχολογικά χαρακτηριστικά πριν από την έκθεση στο ερέθισμα και συγκεκριμένα το ιδιοσυγκρασιακό άγχος, συμπτώματα κατάθλιψης καθώς και επιμέρους διαστάσεις ικανότητας συναισθηματικής αυτορρύθμισης. Μελετήθηκε η αλληλεπίδραση του συνόλου των παρεισφρήσεων επί των τιμών των προαναφερόμενων μεταβλητών. Η σπουδαιότητα της συγκεκριμένης μέτρησης (σύνολο παρεισφρήσεων) φαίνεται από το χαρακτηριστικό στοιχείο που διέπει την πιθανή ανάπτυξη PTSD διαταραχής και ορίζεται ως

αναβίωση εικόνων, σκέψεων και συναισθημάτων που σχετίζονται με το στρεσογόνο γεγονός, με το οποίο έχει έλθει αντιμέτωπο το άτομο. Δηλαδή, ένα άτομο που παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής αυτής, είναι πιθανό όταν έρθει σε επαφή με έναν ήπιο στρεσογόνο παράγοντα, όπως π.χ. το βίντεο που χρησιμοποιήθηκε, να συγκεντρώσει υψηλή βαθμολογία στο σύνολο των παρεισφρήσεων που θα πραγματοποιηθούν σε διάστημα μιας εβδομάδας. Εκτός και αν συντρέχουν ταυτοχρόνως και άλλοι παράγοντες όπως η λειτουργική χρήση στρατηγικών συναισθηματικής αυτορρύθμισης, η απουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης και το χαμηλό επίπεδο ιδιοσυγκρασιακού άγχους.

Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων καταγραφών παρεισφρήσεων και της ατομικής βαθμολογίας στην υποκλίμακα Ανάκαμψη Δραστηριοτήτων του ερωτηματολογίου Δυσκολιών Συναισθηματικής Αυτορρύθμισης: Συμμετέχοντες που αναφέρουν αυξημένη δυσκολία ανάκαμψης καθημερινών δραστηριοτήτων μετά από τη βίωση στρεσογόνων γεγονότων (και των αρνητικών συναισθημάτων που αυτά προκαλούν) είχαν περισσότερες παρεισφρήσεις (σκέψεων και εικόνων) από την ταινία κατά τη διάρκεια της επόμενης εβδομάδας. Σύμφωνα με το διάγραμμα 4, η αυξημένη τάση παρεισφρήσεων σημειώθηκε κυρίως κατά τη δεύτερη έως τέταρτη ημέρα ενώ οι δύο ομάδες δε φαίνεται να διαφέρουν στη συνέχεια.

Η συγκεκριμένη υποκλίμακα αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί περιστασιακά κατάλληλες στρατηγικές συναισθηματικής αυτορρύθμισης, ευέλικτες τόσο όσο να ικανοποιούν τους προσωπικούς του στόχους και απαιτήσεις ανά περίσταση. Όταν, όμως, η συναισθηματική διέγερση (ιδίως η αρνητικά φορτισμένη) καταστέλλεται και δεν αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη για τη συγκεκριμένη περίπτωση στρατηγική (το άτομο εμφανίζεται ανίκανο να την αναγνωρίσει και να την εφαρμόσει), τότε βάσει εμπειρικών δεδομένων οδηγείται στην εμφάνιση ποικίλων ψυχικών ασθενειών, μεταξύ των οποίων και η διαταραχή PTSD (Cloitre, 1998. Stewart, Zvolensky, & Eifert, 2002).

Αντίθετα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι υπόλοιπες υποκατηγορίες Δυσκολιών Αυτορρύθμισης (Μη αποδοχή, Επίγνωση, Εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών, Διαύγειας και Ελέγχου παρορμήσεων) δεν φάνηκε να επιδρούν με το Σύνολο των παρεισφρήσεων και να επηρεάζουν τον τρόπο που αυτές διαφοροποιούνται από μέρα σε μέρα. Αρνητικά ήταν τα αποτελέσματα της μελέτης και ως προς τη συμβολή προϋπαρχόντων συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης ως προδιαθεσικών για την ένταση και διάρκεια παρεισφρήσεων από το πειραματικό τραυματικό γεγονός (ταινία). Ο ρόλος των μεταβλητών του άγχους και της κατάθλιψης διερευνήθηκε και σε άλλες μελέτες που αναφέρονται αναλυτικότερα παραπάνω όπως αυτή των Johnsen & Asbjornsen (2009). Εκεί, η εξασθένηση της μνήμης και η χρήση αναποτελεσματικών στρατηγικών μάθησης δεν συσχετίστηκαν μόνο με τη συμπτωματολογία της PTSD, αλλά και με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και γενικευμένου άγχους. Επίσης, οι Dretsch et al. (2012), υποστήριξαν πως τα νευρογνωστικά ελλείμματα που εμφανίζονται σε ασθενείς με PTSD διαταραχή και πιο συγκεκριμένα τα ελλείμματα στη λειτουργία της μνήμης εργασίας οφείλονται μερικώς στο αυξημένο επίπεδο κατάθλιψης και άγχους. Αντίθετα, σε έρευνα των Burriss, Ayers, Ginsberg & Powell (2008), που μελετήθηκε η πιθανή έκπτωση γνωστικών λειτουργιών σε συνδυασμό με τη διερεύνηση του ρόλου που διαδραματίζουν οι μεταβλητές της κατάθλιψης και του γενικευμένου άγχους σε άτομα που πάσχουν από PTSD διαταραχή, υπερτονίστηκε αυτός της κατάθλιψης και όχι του άγχους ως υπεύθυνης για τα γνωστικά ελλείμματα των συμμετεχόντων. Ίσως, όπως υποστηρίζουν εμπειρικά δεδομένα η κατάθλιψη να αποτελεί περισσότερο έναν προστατευτικό παράγοντα στην ανάπτυξη PTSD παρά έναν παράγοντα ευπάθειας (Kendler & Karkowski-Shuman, 1997. Koenen et al., 2002). Βέβαια, δεν μπορούμε να προβούμε σε τέτοιου είδους συμπεράσματα καθώς το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν μικρό σε μέγεθος (N=26) και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του θέματος ώστε να λάβουμε στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με τη σημασία παρουσίας άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Συμπέρασμα

Εν κατακλείδι, φαίνεται πως από τους ψυχολογικούς παράγοντες ευπάθειας που σχετίστηκαν με τον αριθμό των συνολικών διεισδύσεων κατά τη διάρκεια της μίας εβδομάδας και αποτέλεσαν παράγοντες πρόβλεψης τους, υπερτερεί η συναισθηματική αυτορρύθμιση, η οποία βρέθηκε ικανή εν μέρει να προβλέψει το συνολικό αριθμό διεισδύσεων όπως και τα συμπτώματα αναβίωσης, αποφυγής και υπερδιέγερσης καθώς στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα εξασφαλίστηκαν στην υποκλίμακα Δυσκολίες Αυτορρύθμισης- Ανάκαμψη Δραστηριοτήτων (Goals).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience A Review of the Literature. *Trauma, Violence and Abuse*, 6(3), 195-216.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th text revision). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington, DC: Author.
- Arbisi, P. A., Kaler, M. E., Kehle-Forbes, S. M., Erbes, C. R., Polusny, M.A., & Thuras, P. (2012). The predictive validity of the PTSD checklist in a nonclinical sample of combat exposed National Guard troops. *Psychological Assessment*, 24(4), 1034–1040.
- Bardeen, J. R., Kumpula, M. J., & Orcutt, H. K. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of anxiety disorders*, 27(2), 188-196.
- Barker, A., Prior, J., & Jones, R. (1995). Memory complaint in attenders at a self-referral memory clinic: the role of cognitive factors, affective symptoms and personality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(9), 777-781.
- Boden, M. T., Bonn-Miller, M. O., Kashdan, T. B., Alvarez, J., & Gross, J. J. (2012). The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal in posttraumatic stress disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 233-238.
- Bomyea, J., Risbrough, V., & Lang, A. J. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical psychology review*, 32(7), 630-641.

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.
doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15, 482–487.
- Boscarino, J. A. (2006). Posttraumatic stress disorder and mortality among US Army veterans 30 years after military service. *Annals of epidemiology*, 16(4), 248-256.
- Bowman, M. L., & Yehuda, R. (2004). *Risk Factors and the Adversity-Stress Model. Issues and Controversies*, 15.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 61(7), 22-32.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 55:626-632.
- Brewin, C. R., & Beaton, A. (2002). Thought suppression, intelligence, and working memory capacity. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 923-930.
- Brewin, C. R., & Saunders, J. (2001). The effect of dissociation at encoding on intrusive memories for a stressful film. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 467–472.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Britt, T. W., Dickinson, J. M., Moore, D., Castro, C. A., & Adler, A.B. (2007). Correlates and consequences of morale versus depression under stressful conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(1), 34–47.

- Burriss, L., Ayers, E., Ginsberg, J. & Powell, D.A. (2008). Learning and memory impairment in PTSD: relationship to depression. *Depress & Anxiety*, 25: 149–157. doi: 10.1002/da.20291
- Burt, D. B., Zembor, M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: a meta-analysis of the association, its pattern and specificity. *Psychological Bulletin*, 117(2), 285-305.
- Bywaters, M., Andrade, J., & Turpin, G. (2004). Intrusive and non-intrusive memories in a non-clinical sample: the effects of mood and affect on imagery vividness. *Memory*, 12, 467–478.
- Calbari, E., & Anagnostopoulos, F. (2010). Exploratory Factor Analysis of the Greek Adaptation of the PTSD Checklist—Civilian Version. *Journal of Loss and Trauma*, 15(4), 339-350.
- Catell, R.B. (1995). The fallacy of five factors in personality sphere. *The psychologist*, 5, 207-208.
- Chung, M.C., Berger, Z., Jones, R. & Rudd, H. (2006). Posttraumatic stress disorder and general health problems following myocardial infarction (Post-MI PTSD) among older patients: The role of personality. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21:1163-1174.
- Chung, M.C., Dennis, I., Berger, Z., Jones, R. & Rudd, H. (2011). Post- traumatic stress disorder following myocardial infarction: personality, coping, and trauma exposure characteristics. *Int J Psychiatry Med.*, 42:393-419.
- Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V. M. Follette, J. I., Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 278–304). New York: Guilford Press.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. & Przybeck, T.R.(1993). A psycho- biological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50:975-90.
- Cortez, V. L., & Bugental, D. B. (1994). Children’s visual avoidance of threat: A strategy associated with low social control. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 82–97.

- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *J Pers Disord*, 6:360-371.
- Davidson, J.R., Hughes, D., Blazer, D.G. & George, L.K. (1991). Posttraumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21:713-721.
- DePrince, A. P., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 353-361.
- Dickstein, B.D., Suvak, M., Litz, B. T., & Adler, A.B. (2010). Heterogeneity in the course of posttraumatic stress disorder: Trajectories of symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 331–339.
- Dretsch, M. N., Thiel, K. J., Athy, J. R., Irvin, C. R., Sirmon-Fjordbak, B. & Salvatore, A. (2012). Mood symptoms contribute to working memory decrement in active-duty soldiers being treated for posttraumatic stress disorder. *Brain and Behavior*, 2: 357–364. doi: 10.1002/brb3.53
- Eftekhari, A., Zoellner, L. A., & Vigil, S. A. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety Stress & Coping: An International Journal*, 22, 571–586.
- Ehlers, A., & Clark, D. M.(2000).A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*,38(4), 319–345.
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12, 403–415.
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403-415.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995–1002.

- Elwood, L. S. Hahn, K.S. Olatunji, B. O., Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review* 29, 87–100.
- Erickson, D. J., Wolfe, J., King, D. W., King, L. A., & Sharkansky, E. J. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of gulf war veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 41-49.
Ανακτήθηκε από www.scopus.com
- Eysenck, H.J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58,1, 245-261.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., & Smith, R. C. (2008). A prospective test of anxiety sensitivity as a moderator of the relation between gender and posttraumatic symptom maintenance among high anxiety sensitive young adults. *Depression and Anxiety*, 25, 190–199.
- Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Fountoulakis, K. N., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A., & Kaprinis, G. S. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: preliminary data. *Annals of General Psychiatry*, 5(2).
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S., Sitzoglou, K., Kaprinis, G. S., & Bech, P. (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry*, 1(1), 3.

- Gil, S. (2005). Pre-traumatic personality as a predictor of post- traumatic stress disorder among undergraduate students exposed to a terrorist attack: A prospective study in Israel. *Pers Ind Diff*, 39:819-827.
- Gilbertson, M. W., Paulus, L. A., Williston, S. K., Gurvits, T. V., Lasko, N. B., Pitman, R. K., & Orr, S. P. (2006). Neurocognitive function in monozygotic twins discordant for combat exposure: relationship to posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 484.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–55.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, 10(6), 214-219.
- Gyurak, A., Goodkind, M. S., Kramer, J. H., Miller, B. L., & Levenson, R. W. (2012). Executive functions and the down-regulation and up-regulation of emotion. *Cognition & emotion*, 26(1), 103-118.
- Hackmann, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D. M. (2004). Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes in treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 231-240.
- Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: two experimental analogue studies. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 73–89.

- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 419-431.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2000). Memory for acute stress disorder symptoms: a two-year prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(9), 602-607.
- Holmes, E. A., & Bourne, C. (2006). Inducing and modulating intrusive emotional memories: A review of the trauma film paradigm. *Acta Psychologica, 127*, 553–566.
- Holmes, E. A. (2004). Intrusive, emotional mental imagery and trauma: Experimental and clinical clues. *Imagination, Cognition and Personality, 23*(2&3), 147–154.
- Holmes, E. A., & Steel, C. (2004). Schizotypy: A vulnerability factor for traumatic intrusions. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(1), 28–34.
- Holmes, E. A., & Steel, C. (2004). Schizotypy: a vulnerability factor for traumatic intrusions. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(1), 28-34.
- Holmes, E. A., Brewin, C. R., & Hennessey, R. G. (2004). Trauma films, information processing, and intrusive memory development. *Journal of Experimental Psychology: General, 133*(1), 3- 22.
- Holmes, E. A., Creswell, C., & O'Connor, T. G. (2007). Posttraumatic stress symptoms in London school children following September 11, 2001: An exploratory investigation of peri-traumatic reactions and intrusive imagery. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38*(4), 474-490.
- Horowitz, M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. *Archives of General Psychiatry, 32*, 1457–1463.
- Horowitz, M. J., & Becker, S. S. (1971). Cognitive response to stressful stimuli. *Archives of General Psychiatry, 25*, 419–428.

- Horowitz, M. J., & Wildner, N. (1976). Stress films, emotion, and cognitive response. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1339–1344.
- Horowitz, M. J., Becker, S. S., Moskowitz, M. L., & Rashid, K. (1972). Intrusive thinking in psychiatric patients after stress. *Psychological Reports*, 31, 235–238
- Hyer, L., Braswell, L., Albrecht, B., Boyd, S., Boudewyns, P. & Talbert, S. (1994). Relationship of NEO-PI to personality styles and severity of trauma in chronic PTSD victims. *J Clin Psychol*, 59:1295-1304.
- Johnsen, G. E., & Asbjørnsen, A. E. (2009). Verbal learning and memory impairments in posttraumatic stress disorder: The role of encoding strategies. *Psychiatry Research*, 165(1-2), 68-77. Ανακτήθηκε από www.scopus.com
- Johnson, H. & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clin Psychol Rev*, 28:36-47.
- Kaplan, Z., Weiser, M., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Caspi, A., & Bodner, E. (2002). Motivation to serve in the military influences vulnerability to future posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 109, 45-49.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Delmer, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & 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): 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62:617-27.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 617-627.

- Kindt, M., van den Hout, M., & Buck, N. (2005). Dissociation related to subjective memory fragmentation but not to objective memory fragmentation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(1), 43-59.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343–354.
- Kosmidis, M. H., Vlahou, C. H., Panagiotaki, P., & Kiosseoglou, G. (2004). The verbal fluency task in the Greek population: Normative data, and clustering and switching strategies. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(2), 164-172.
- Kremen, W. S., Koenen, K. C., Boake, C., Purcell, S., Eisen, S. A., Franz, C. E., ... & Lyons, M. J. (2007). Pretrauma cognitive ability and risk for posttraumatic stress disorder: a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 64(3), 361-368.
- Lang.Van Giezen, A. E., Arensman, E., Spinhoven, P., & Wolters, G. (2005). Consistency of memory for emotionally arousing events: A review of prospective and experimental studies. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 935-953.
- Laposa, J. M. & Alden, L. E. (2008). The effect of pre-existing vulnerability factors on a laboratory analogue trauma experience. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 424-435.
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2006). An analogue study of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 44(7), 925–946.
- Laposa, J. M., & Alden, L. E. (2008). The effect of pre-existing vulnerability factors on a laboratory analogue trauma experience. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(4), 424-435.
- Laposa, J. M., & Rector, N. A. (2012). The prediction of intrusions following an analogue traumatic event: Peritraumatic cognitive processes and anxiety-focused rumination versus

rumination in response to intrusions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(3), 877-883.

Laposa, J. M., & Rector, N. A. (2012). The prediction of intrusions following an analogue traumatic event: Peritraumatic cognitive processes and anxiety-focused rumination versus rumination in response to intrusions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(3), 877-883.

Lawrence, J.W. & Fauerbach, J.A. (2003). Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *J Burn Care Rehabil.*,24:63-72.

Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). The short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 196–205.

Litz, B. T., Orsillo, S. M., Kaloupek, D., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 26–39.

Lloyd, D.A. & Turner, R.J. (2003). Cumulative adversity and posttraumatic stress disorder: evidence from a diverse community sample of young adults. *Am J Orthopsychiatry*, 73:381-91.

Mace, J. H. (2005). Priming involuntary autobiographical memories. *Memory*, 13(8), 874–884.

Macklin, M., Metzger, L., Litz, B., McNally, R., Lasko, N., Orr, S., & Pitman, R. (1998). Lower pre-combat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 323–326.

Maia, D.B., Marmar, C.R., Henn-Haase, C., Nobrega, A., Fiszman, A., Marques-Portella, C., et al. (2011). Predictors of PTSD symptoms in Brazilian police officers: the synergy of negative affect and peritraumatic dissociation. *Rev Bras Psiquiatr*, 33:362-366.

McCrae, R.R. & Costa, P.T. Jr (1989). Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicator from the perspective of the Five-Factor Model of personality. *Journal of Personality*, 57,1,17-40.

- McCrae, R.R. & John, O.P. (1992). An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- McLaughlin, K.A., Koenen, K.C., Hill, E.D., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Kessler, R.C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology*, 52(8), 815-830.
- McNally, R. J. (2001). *Vulnerability to anxiety disorders in adulthood*. In R. E. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the Lifespan* (pp. 304–321). New York, NY: Guilford Press.
- Michael, T., Ehlers, A., Halligan, S. L., & Clark, D. M. (2005). Unwanted memories of assault: what intrusion characteristics are associated with PTSD?. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 613-628.
- Miller, M.W. & Resick, P.A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behav Ther*, 38: 58-71.
- Miller, M.W. (2003). Personality and the etiology and expression of PTSD: a three-factor model perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10:373-393.
- Mitsopoulou, E., Kafetsios, K., Karademas, E., Papastefanakis, E., & Simos, P. G. (2013). The Greek Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Testing the Factor Structure, Reliability and Validity in an Adult Community Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 123-131.
- Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G., Vilters-van Montfort, P. A. P., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of posttraumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494–499.

- National Comorbidity Survey. (2005). NCS-R appendix tables: Table 1. Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort. Table 2. Twelve-month prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort. Προσβάσιμο σε : <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/publications.php>
- Neylan, T.C., Lenoci, M., Rothlind, J., Metzler, T.G., Scuff, N., Du A-N, et al. (2004). Attention, learning, and memory in posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress*, 17:41-46.
- North, C. S., Hong, B. A., Suris, A., & Spitznagel, E. L. (2008). Distinguishing distress and psychopathology among survivors of the Oakland/Berkeley firestorm. *Psychiatry: interpersonal and biological processes*, 71(1), 35-45.
- North, C.S., Abbacchi, A. & Cloninger, C.R. (2012). Personality and posttraumatic stress disorder among directly exposed survivors of the Oklahoma City bombing. *Compr Psychiatry*, 53:1-8.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in cognitive sciences*, 9(5), 242-249.
- Orsillo, S. M., Batten, S. V., Plumb, J. C., Luterek, J. A., & Roessner, B.M. (2004). An experimental study of emotional responding in women with posttraumatic stress disorder related to interpersonal violence. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 241–248.
- Parslow, R., & Jorm, A. (2007). Pretrauma and posttrauma neurocognitive functioning and PTSD symptoms in a community sample of young adults. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 509-515.
- Patel, T., Brewin, C. R., Wheatley, J., Wells, A., Fisher, P., & Myers, S. (2007). Intrusive images and memories in major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2573-2580.
- Pervin, L.A. & John, O.P. (1999). *Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα : Τυπωθήτω- Γιώργος Δάρδανος.

- Pfefferbaum, B., Pfefferbaum, R. L., North, C. S., & Neas, B. R. (2002). Commentary on “Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attacks: Does television viewing satisfy criteria for exposure to posttraumatic stress disorder?”. *Psychiatry: Interpersonal and Biological processes*, 65, 306-309.
- Phillips, M. L., Ladouceur, C. D., & Drevets, W. C. (2008). A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, 13(9), 833-857.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635-641.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Regambal, M. J., & Alden, L. E. (2009). Pathways to intrusive memories in a trauma analogue paradigm: A structural equation model. *Depression and anxiety*, 26(2), 155-166.
- Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- report_2004update_full.pdf Προσβάσιμο από 16.6.2012
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 201–215.
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one’s cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 410–424.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.

- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic stress*, 5(3), 455-475.
- Salters-Pedneault, K., Gentes, E., & Roemer, L. (2007). The role of fear of emotion in distress, arousal, and cognitive interference following an emotional stimulus. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 12–22.
- Schlagman, S., Kvavilashvili, L., & Schulz, J. (2007). Effects of age on involuntary autobiographical memories. In J. Mace (Ed.), *Involuntary memory* (pp. 87–112). Malden, MA: Blackwells.
- Schmeichel, B. J., Volokhov, R. N., & Demaree, H. A. (2008). Working memory capacity and the self-regulation of emotional expression and experience. *Journal of personality and social psychology*, 95(6), 1526–1540.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26, 274–296.
- Talbert, F.S., Braswell, L.C., Albrecht, J.W., Hyer, L.A. & Boudewyns, P.A. (1993). NEO-PI profiles in PTSD as a function of trauma level. *J Clin Psychol*, 49:663-9.
- Tampke, A. K., & Irwin, H. J. (1999). Dissociative processes and symptoms of posttraumatic stress in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 725-738.
- Tellegen, A. (1985). *Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety with an emphasis on self-report*. In A.H. Tuma & J.D. Maser (eds): *Anxiety and the anxiety disorders*, 681-706. Erlbaum.
- Thompson, K. E., Vasterling, J. J., Benotsch, E. G., Brailey, K., Constans, J., Uddo, M., & Sutker, P. B. (2004). Early symptom predictors of chronic distress in gulf war veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(2), 146-152. Ανακτήθηκε από www.scopus.com

- Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8, 163- 182.
- update. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_
- Veazey, C. H., Blanchard, E. B., Hickling, E. J., & Buckley, T. C. (2004). Physiological responsiveness of motor vehicle accident survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29, 51–62.
- Verwoerd, J., Wessel, I., & de Jong, P. J. (2009). Individual differences in experiencing intrusive memories: The role of the ability to resist proactive interference. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(2), 189-201.
- Verwoerd, J., Wessel, I., de Jong, P. J., Nieuwenhuis, M. M., & Huntjens, R. J. (2011). Pre-stressor interference control and intrusive memories. *Cognitive therapy and research*, 35(2), 161-170.
- Watson, D. & Walker, L.M. (1996). The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *J Pers Soc Psychol*, 70:567-577.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1991). *The PTSD Checklist–Civilian Version (PCL-C)*. Boston: National Center for PTSD.
- Wells, T. S., Leardmann, C. A., Fortuna, S. O., Smith, B., Smith, T. C., Ryan, M. A. K., . . . Blazer, D. (2010). A prospective study of depression following combat deployment in support of the wars in Iraq and Afghanistan. *American Journal of Public Health*, 100(1), 90-99. Ανακτήθηκε από www.scopus.com
- Wessel, I., Huntjens, R. J., & Verwoerd, J. R. (2010). Cognitive control and suppression of memories of an emotional film. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(2), 83-89.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davis, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B., Wittchen, H. (1992). The Structured Clinical

Interview for DSM-III-R (SCID) II. Multi-site test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 630-636.

World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease 2004

World Health Organization, World suicide prevention day 2012. http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/

Yehuda, R. & McFarlane, A.C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry*, 152:1705-13.

Yehuda, R. (2006). Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071(1), 137-166.

Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Brynes, K., & Duvdevani, T. (1998). Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1163-1171.

Zeman, J. & Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development*, 67, 957-973.

Τσαούσης, Ι. (1999). Αναζητώντας τη δομή της προσωπικότητας: το μοντέλο των πέντε παραγόντων. *Ψυχολογία*, 6, 88-103.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Σκοπός του παρόντος πειράματος είναι η διερεύνηση της αλληλεπίδρασης ψυχολογικών παραγόντων και γνωστικών λειτουργιών κατά την ανάπτυξη αυθόρμητων σκέψεων και εικόνων μετά την προβολή ενός βίντεο.

Η διαδικασία του πειράματος θα εξελιχθεί σε δύο φάσεις. Αρχικά, θα ζητηθεί από εσάς να απαντήσετε ορισμένες δημογραφικές ερωτήσεις καθώς και σε ερωτήσεις που αφορούν επιμέρους πτυχές ψυχικής υγείας που σχετίζονται με το άγχος, την κατάθλιψη και τον τρόπο διαχείρισης των συμπτωμάτων.

Στο τέλος της πρώτης φάσης θα παρακολουθήσετε ένα βίντεο διάρκειας περίπου 3 λεπτών, το οποίο περιέχει μία σκηνή έντονης βίας. Έπειτα, θα κληθείτε να απαντήσετε ξανά σε ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση σημείων άγχους.

Η επόμενη φάση του πειράματος θα διεξαχθεί μία εβδομάδα μετά, κατά τη διάρκεια της οποίας θα σας ζητηθεί να κρατάτε ένα ημερολόγιο καταγραφής όλων των περιπτώσεων που σκεφτήκατε το βίντεο. Στη φάση αυτή θα κληθείτε να απαντήσετε σε ένα ερωτηματολόγιο που αφορά στις πιθανές επιδράσεις που είχε αυτό το μικρό βίντεο σε εσάς.

Τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την έκβαση των αποτελεσμάτων του πειράματος, η οποία τελείται υπό την επίβλεψη του πανεπιστημίου και του υπεύθυνου καθηγητή. Βεβαιώνεται ότι τα στοιχεία σας θα παραμείνουν απόρρητα και ανώνυμα και ότι σε καμία περίπτωση δε σας προκληθεί κάποια σωματική ή ψυχολογική βλάβη.

Έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε από το πείραμα οποιαδήποτε στιγμή θελήσετε, χωρίς να είναι απαραίτητο από εσάς να δώσετε καμία δικαιολογία ή σχετική εξήγηση.

Σε περίπτωση που έχετε κάποιες ενοχλήσεις σχετικά με το βίντεο, μετά το τέλος και της δεύτερης φάσης του πειράματος, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου: zisiakara@hotmail.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Ημερομηνία

- Έχω ενημερωθεί και έχω κατανοήσει τη φύση της μελέτης.
- Είμαι άνω των 18 ετών
- Έχουν απαντηθεί τυχόν ερωτήσεις σχετικά με το πείραμα.
- Έχω καταλάβει ότι μπορώ να αποσυρθώ οποιαδήποτε στιγμή και ότι δεν υπάρχουν συνέπειες.
- Έχω κατανοήσει ότι δεν θα δημοσιευθούν πληροφορίες από τις οποίες θα μπορώ να αναγνωριστώ.
- Έχω ενημερωθεί ότι η διαδικασία του πειράματος δεν θα είναι επιβλαβής για τη σωματική ή τη ψυχική μου κατάσταση όπως επίσης ότι δεν υπάρχουν περαιτέρω διαδικασίες ή εξαπάτηση στη μελέτη.

Βεβαιώνω ότι παίρνω μέρος στη έρευνα με την δική μου ελεύθερη βούληση

Υπογραφή Ερευνητή

.....

Υπογραφή Συμμετέχοντα

.....

Πίνακας 1

Μέσοι όροι, Τυπικές αποκλίσεις και συνάφειες μεταξύ των μεταβλητών της μελέτης.

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1. Intrusions Day 1	1.15	1.08	-														
2. Intrusions Day 2	.50	.98	.55**	-													
3. Intrusions Day 3	.34	.97	.68**	.89**	-												
4. Intrusions Day 4	.53	1.27	.57**	.85**	.89**	-											
5. Intrusions Day 5	.38	.89	.43*	.76**	.64**	.75**	-										
6. Intrusions Day 6	.26	.72	.70**	.80**	.86**	.79**	.51**	-									
7. Intrusions Day 7	.11	.32	.62**	.55**	.67**	.71**	.38*	.71**	-								
8. STAI trait	40.96	11.18	-.32	.09	.05	.19	.00	.02	.32	-							
9. CESD	31.23	8.93	0.7	.07	.20	.41*	.24	.13	.58**	.65**	-						
10. DERS Μη αποδοχή	1.75	.76	-.41*	-.19	-.55	-.11	-.18	-.25	.00	.70**	.54**	-					
11. DERS Ανάκαμψη δραστηριοτήτων	2.36	.79	-.19	-.18	.08	.05	-.00	-.05	-.07	.22	.05	.19	-				
12. DERS Επίγνωση	2.18	.62	.10	-.12	-.13	-.05	-.00	-.02	.18	.02	.37	.22	-.07	-			
13. DERS Δυσκολία ελέγχου παρορμήσεων	2.94	.97	.29	.19	.17	.12	.13	.09	.31	.09	.27	-.06	.54*	.82	-		
14. DERS Εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης	2.52	.85	-.27	-.03	-.13	-.10	-.14	-.14	.05	.59**	.17	.49*	.69**	.02	.51**	-	
15. DERS Διαύγεια	1.80	.67	-.37	-.19	-.20	-.11	-.20	-.07	-.07	.58**	.13	.48*	.22	.16	-.02	.58**	-

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; STAI = State and Trait Anxiety Inventory; CESD= Center for Epidemiological Studies Depression Scale; DERS= Difficulties of Emotion Regulation Scale

