

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ**

**Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή**

**&**

**κακοποίηση παιδιών**

**Επιβλέπων καθηγητής: Κ. Καραδήμας Ευάγγελος**

**ΟΝΟΜΑ: Κλεονίκη**

**ΕΠΩΝΥΜΟ: Χονδρουδάκη**

**ΕΞΑΜΗΝΟ ΣΠΟΥΔΩΝ: Η'**

**Α.Μ :1562**

**ΡΕΘΥΜΝΟ, 2006**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|                |   |
|----------------|---|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ ..... | 5 |
|----------------|---|

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

|  |    |
|--|----|
| 1 Παιδιά ως θύματα βίας  |    |
| 1.1.1 Ιστορική αναδρομή .....  | 7  |
| 1.1.2 Ορισμός του φαινομένου κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών .....         | 9  |
| 1.1.3 Διαγνωστικά κριτήρια του φαινομένου της κακοποίησης-παραμέλησης..... | 15 |
| 1.2 Μετατραυματική Διαταραχή   |    |
| 1.2.1 Πως ορίζεται το τραύμα .....   | 20 |
| 1.2.2 Διαγνωστικά κριτήρια διαταραχής μετά από τραυματικό στρες.....       | 23 |
| 1.3 Μετατραυματική Διαταραχή και κακοποιημένα παιδιά                       |    |
| 1.3.1 Φοβικές αντιδράσεις .....  | 26 |

### ΜΕΘΟΔΟΣ

### ΕΥΡΗΜΑΤΑ

|   |    |
|---|----|
| 2. Αιτίες κακοποίησης ανηλίκων και μετατραυματικού στρες                              |    |
| 2.1 Αιτίες κακοποίησης ανηλίκων .....   | 28 |
| 2.1.1 Ο δεσμός μητέρας –παιδιού ως προδιαθεσικός παράγοντας κακοποίησης.....          | 31 |
| 2.1.2 Αιτίες επιθετικής συμπεριφοράς .....  | 35 |
| 2.1.3 Ποιος κακοποιεί και γιατί .....   | 38 |
| 2.2 Παράγοντες που επισπεύδουν την κακομεταχείριση παιδιών.....                       | 47 |
| 2.3.1 Έννοια των τραυματικών εμπειριών-χαρακτηριστικά του τραυματικού γεγονότος ..... | 49 |

|  |    |
|--|----|
| 2.3.2 Νευροφυσιολογικό υπόστρωμα της Μετατραυματικής Αγχώδους Διαταραχής.....                            | 50 |
| 2.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις και αιτιολογία του Μετατραυματικού Στρες.....                                | 52 |
| 3. Προσαρμογή και Στρατηγικές Αντιμετώπισης  |    |
| 3.1 Καθοριστικοί παράγοντες που σχετίζονται με το τραύμα και επηρεάζουν την προσαρμογή του παιδιού ..... | 65 |
| 3.2 Στρατηγικές Αντιμετώπισης του παιδιού .....  | 66 |
| 3.3 Επιπτώσεις του φαινομένου στα παιδιά   |    |
| 3.3.1 Οι αντιδράσεις στο τραυματικό γεγονός και οι επιπτώσεις της τραυματικής εμπειρίας στο παιδί .....  | 68 |
| 3.3.2 Τι ορίζεται ως βασανιστήριο και ποιες οι ψυχολογικές επιπτώσεις στα παιδιά .....                   | 71 |
| 3.3.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις του φαινομένου της κακοποίησης στα παιδιά.....                              | 74 |
| 3.3.4 Συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης στα παιδιά .....   | 75 |
| 3.3.5 Οι επιπτώσεις της κακοποίησης σε διαφορετικά εξελικτικά στάδια ανάπτυξης των παιδιών .....         |    |
| 4. Επιδημιολογικά στοιχεία   |    |
| 4.1 Παράγοντες που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση .....   | 78 |
| 4.2 Συχνότητα κακοποίησης ανηλίκων .....   | 80 |
| 4.3 Συχνότητα μετατραυματικής διαταραχής .....   | 82 |
| 5. Αντιμετώπιση  |    |
| 5.1 Βασικές προϋποθέσεις για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.....                           | 83 |
| 5.2 Πρόληψη .....  | 86 |
| 5.3 Ψυχοκοινωνική παρέμβαση και θεραπεία .....   | 90 |
| 5.4 Άμεση παρέμβαση στη κρίση και προτεινόμενες θεραπείες για την καταπολέμηση του PTSD .....            | 94 |

|   |     |
|---|-----|
| 5.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση του Μετατραυματικού<br>Στρες στα παιδιά ..... | 97  |
| 5.6 Θεραπεία γονέων .....   | 102 |
| 5.7 Θεραπεία Δεσμού .....   | 104 |
| 5.8 Διασυνδεδετική Θεραπεία .....   | 106 |

## ΣΗΖΗΤΗΣΗ

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Βιβλιογραφία..... | 112 |
|-------------------|-----|

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κακοποίηση και παραμέληση παιδιών αποτελεί ένα αρκετά συχνό φαινόμενο ,που χρήζει συχνής παρακολούθησης από τους ειδικούς τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως. Με την έννοια κακοποίηση παιδιού εννοούμε κάθε μορφή βασανιστηρίου που εφαρμόζεται στα παιδιά και το οποίο μπορεί να πάρει την μορφή σωματικής και ψυχολογικής βίας, εκφρασμένη διαφορετικά ανάλογα με την μορφή που θα πάρει η αλληλεπίδραση θύτη- θύματος, συνήθως γονέα και παιδιού. Στην παρούσα έρευνα θα μελετήσουμε το φαινόμενο της κακοποίησης ανηλίκων καθώς και την σχέση που έχει με την εμφάνιση Αγχώδους Μετατραυματικής Διαταραχής(Post Traumatic Stress Disorder / PTSD). Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή εμφανίζεται κυρίως σε περιόδους έντονης κρίσης , όπου τα άτομα νιώθουν έντονα, το αίσθημα της αδυναμίας και της ανημποριάς. Το γεγονός της κακοποίησης συχνά ακολουθείται από τα συμπτώματα του PTSD καθώς τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με μία τραυματική εμπειρία την οποία δεν μπορούν να ερμηνεύσουν και να αντιμετωπίσουν. Η παρούσα βιβλιογραφική έρευνα αφού ορίσει τα δύο φαινόμενα και τα προσεγγίσει αιτιολογικά θα παρουσιάσει την συχνότητα τους και τέλος θα προτείνει στρατηγικές αντιμετώπισης και θεραπευτικές τεχνικές που θα οδηγήσουν τους ειδικούς αλλά και κάθε κοινότητα που αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα να καταπολεμήσουν την μετατραυματική διαταραχή στα κακοποιημένα παιδιά.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα βιβλιογραφική και ερευνητική ανασκόπηση γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης του φαινομένου της κακοποίησης και της παραμέλησης παιδιών καθώς και των συμπτωμάτων της Μετατραυματικής Αγχώδους Διαταραχής(PTSD), που εμφανίζουν τα παιδιά που έχουν βιώσει την κακοποίηση ως επαναλαμβανόμενο φαινόμενο ή ξαφνικό τραύμα που απειλεί την ψυχοσωματική τους ανάπτυξη και υγεία στα διάφορα στάδια της εξελικτικής τους διαδικασίας.

Τα ερωτήματα που θέτονται στην παρούσα έρευνα σχετίζονται με τα παρακάτω θέματα. Αρχικά, αφού οριστούν τα προς μελέτη φαινόμενα σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και κάποια ερευνητικά ευρήματα, μελετώνται οι βασικές αιτίες που οδηγούν τα άτομα σε επιθετική συμπεριφορά. Για να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος απαντάμε ερωτήματα σχετικά με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στα άτομα αυτά , χρησιμοποιώντας ερωτήματα του τύπου ``Ποιος Κακοποιεί και γιατί;``, ενώ ταυτόχρονα προσπαθούμε να προσδιορίσουμε την φύση των τραυματικών εμπειριών καθώς και τις επιδράσεις που αυτά έχουν σε κάθε παιδί ανάλογα με την περίπτωση , λαμβάνοντας υπόψιν , πολλαπλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν δυναμικά και οδηγούν στην εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων. Στοιχεία που σχετίζονται με την συχνότητα εμφάνισης της κακοποίησης και του PTSD στα παιδιά παρατίθενται στην προσπάθεια μας να καταλάβουμε τις διαστάσεις του προβλήματος και στην συνέχεια να απαντήσουμε ερωτήματα σχετικά με την καταπολέμηση του φαινομένου, καθώς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων από τους ειδικούς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον. Τι μπορούμε να κάνουμε για την πρόληψη του φαινομένου; Πως θα μπορούσαμε να εφαρμόσουμε ένα πρόγραμμά παρέμβασης προσαρμοσμένο στην Ελληνική πραγματικότητα;

Πιο συγκεκριμένα , το ερευνητικό μας ενδιαφέρον προσανατολίζεται στην διερεύνηση της σχέσης που έχει το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, με την αγχώδη διαταραχή(PTSD) που προέρχεται από το ψυχοτραυματικό αυτό γεγονός, στα παιδιά.Το ερευνητικό μας ερώτημα ασχολείται κυρίως με την διερεύνηση της παραπάνω σχέσης.

Γενικότερα, η παρούσα βιβλιογραφική έρευνα προσπαθεί να δώσει απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα με όσο το δυνατόν πληρέστερο και κατανοητό τρόπο, καθώς

το θέμα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών αποτελεί πρόβλημα κοινωνικής παθογένειας και χρήζει άμεσης και έγκαιρης παρακολούθησης και αντιμετώπισης.

## **1. ΠΑΙΔΙΑ ΩΣ ΘΥΜΑΤΑ ΒΙΑΣ**

### **1.1.1 Ιστορική αναδρομή**

Ο όρος <<σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού>> πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον παιδίατρο H. Kempe το 1962, που επέστησε την προσοχή των συναδέλφων του στο συνδυασμό ανεξήγητων καταγμάτων και άλλων μορφών σοβαρών σωματικών κακώσεων σε μικρά παιδιά. Από τότε ως σήμερα ο όρος αυτός διευρύνθηκε, ώστε να περιλαμβάνει οποιαδήποτε μορφή κακομεταχείρισης παιδιών από τους γονείς, κηδεμόνες, ή άλλα πρόσωπα που τα φροντίζουν. Πολύ πριν τον Kampe, οι ακτινολόγοι Silverman και Caffey προβληματίστηκαν με ακτινολογικά ευρήματα στα άκρα των παιδιών που πιθανόν προκλήθηκαν από κακομεταχείριση ενηλίκων. Στο τέλος της δεκαετίας του '60 ο ιατροδικαστής L. Adelson παρουσίασε μια μελέτη 46 δολοφονημένων από τους ίδιους τους γονείς τους παιδιών. Ταυτοχρόνως η τις ανησυχίες της για την επιφυλακτικότητα γιατρών και κοινωνικών λειτουργών να διαγνώσουν το πρόβλημα. Γενικότερα το θέμα της κακοποίησης είναι άμεσα συνδεδεμένο με πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες και εξαρτάται από τα πρότυπα τα οποία κάθε κοινωνία επιβάλλει στους γονείς σχετικά με τους τρόπους ανατροφής, πειθαρχίας και συμπεριφοράς των παιδιών κάθε χρονική περίοδο.

Αρχικά, όταν άρχισαν να εμπλέκονται κοινωνικοί λειτουργοί στο θέμα αυτό. Η E. Elmer εξέφρασε πρώτη τις ανησυχίες της για την επιφυλακτικότητα των γιατρών να διαγνώσουν το πρόβλημα ενώ η H.E. Broadman περιέγραψε ένα πρόγραμμα που εφαρμόστηκε στο νοσοκομείο του Los Angeles, όπου οι δικαστικές αρχές συνεργάστηκαν με το προσωπικό του συγκεκριμένου νοσοκομείου με σκοπό να προστατέψουν τα κακοποιημένα παιδιά. Η παγκόσμια ιστορία είναι γεμάτη από παραδείγματα κακοποιημένων παιδιών που βασανίστηκαν στα χέρια των ενηλίκων, αυτή η συμπεριφορά στην εποχή μας είναι αποτέλεσμα υψηλών προσδοκιών των γονέων για τα παιδιά τους, ενώ παλαιότερα τα παιδιά είχαν αξία μόνο ως φτηνά εργατικά χέρια.

Στον Ελλαδικό χώρο η ενασχόληση με ένα τόσο πολυδιάστατο και πολύπλοκο θέμα όπως είναι η κακοποίηση ήταν σχεδόν ανύπαρκτη. Παρόλα αυτά, η Ελλάδα ακολούθησε την κλασική πορεία που κατά καιρούς ακολούθησε κάθε χώρα στην προσπάθεια της να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Σύμφωνα με τον Γιάννα Τσιαντή και τους συνεργάτες του η πορεία αυτή ακολουθεί μια σειρά από στάδια τα οποία είναι τα εξής:

Αρχικά ανακαλύπτεται η σοβαρότερη μορφή του προβλήματος (βασανισμός και θάνατος παιδιού),

έτσι σχηματίζεται μια μικρή ομάδα ατόμων που προβληματίζεται σχετικά με το θέμα και στην συνέχεια οργανώνεται επιστημονικά με στόχο την πραγματοποίηση μελετών σχετικά με το πρόβλημα οι οποίες και αναγνωρίζουν σταδιακά και τις υπόλοιπες μορφές κακοποίησης όπως είναι οι μώλωπες στο σώμα των παιδιών αλλά και σοβαρές μορφές παραμέλησης και γενικότερης γονικής αμέλειας καθώς και περιστατικά αιμομιξίας και παιδικής πορνογραφίας . Η Ελλάδα αρχίζει να ευαισθητοποιείται σχετικά με το θέμα αυτό που έρχεται τώρα πια στην επιφάνεια.

Η κατανόηση των δυναμικών του προβλήματος οδηγούν στην αναζήτηση των αιτιολογικών- προδιαθεσικών παραγόντων και κατ' επέκταση στην προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος η οποία και καθίσταται αναγκαία και απαραίτητη στην παρούσα χρονική στιγμή. Η πρώτη γραπτή αναφορά στην Ελλάδα σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών δημοσιεύτηκε με την μορφή επιφυλλίδας σε εφημερίδα, το 1976(Γ.Τσιαντής Σωτήρης Μανωλόπουλος,1987).Τον ίδιο χρόνο διαμορφώθηκε ένας ερευνητικός επιστημονικός πυρήνας στο Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού ο οποίος , έπειτα από μια μικρή αναδρομική μελέτη στο υλικό της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών , αναφέρθηκε στη ύπαρξη του συνδρόμου Κακοποίηση –Παραμέλησης Παιδιών στην Ελλάδα. Από το 1977 ως και το 1987 ο ερευνητικός αυτός πυρήνας, που διαμορφώθηκε σε διεπιστημονική ομάδα και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ερευνά διεξοδικά το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, ενώ συγχρόνως παρέχει θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση της οικογένειας των παιδιών αυτών. Το 1983 συγκροτήθηκε ομάδα εργασίας με την πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με σκοπό την μελέτη του προβλήματος στην Ελλάδα και στην αναζήτηση τρόπων για την αντιμετώπιση του. Ένα χρόνο αργότερα η μελέτη υποβλήθηκε σε βασικά υπουργεία που σχετίζονται με το πρόβλημα.



### 1.1.2 Ορισμός του φαινομένου κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών

Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού είναι γνωστό στο πέρασμα των αιώνων και εκδηλώνεται με διάφορες μορφές. Κάθε προσπάθεια αναζήτησης ενός θεωρητικού ή λειτουργικού ορισμού αποδεικνύεται δύσκολη, καθώς άλλοι ερευνητές δίνουν βάση στα σωματικά ευρήματα της κακοποίησης, όπως οι κακώσεις που προξενήθηκαν, ενώ άλλοι παίρνουν σαν οδηγό τα κίνητρα και τη συμπεριφορά του δράστη. Επιπλέον υπάρχει ασάφεια ως προς τον ορισμό της κακοποίησης βάσει της συμπεριφοράς του ενήλικα, των επιπτώσεων στο παιδί ή με κάποιο συνδυασμό των δύο και δυσκολία στην αποσαφήνιση των συμπεριφορών των γονέων που θεωρούνται επικίνδυνες για την σωματική και ψυχική ακεραιότητα του παιδιού. Το Συμβούλιο της Ευρώπης αναφέρει ότι η ενεργητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως σωματικές κακώσεις που προκαλούνται από ενήλικες σε παιδιά. Αυτή η μορφή της κακοποίησης συνδέεται με λεκτική κακομεταχείριση. Η παθητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως την παραμέληση και αποστέρηση του παιδιού, με αποτέλεσμα να προκαλείται καθυστέρηση στη σωματική, νοητική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του (Τσιαντής, 1993).

Αν και έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί για το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, κανένας δεν φαίνεται απολύτως ικανοποιητικός. Σε μια έκθεση του Συμβουλίου της Ευρώπης (Council of Europe, 1979) αναφέρονται τα εξής: <<Η ενεργητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως σωματικές κακώσεις που προκαλούνται από ενήλικες σε παιδιά. Αυτή η μορφή της κακοποίησης συνήθως συνδέεται με λεκτική κακομεταχείριση. Η παθητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως την παραμέληση και αποστέρηση του παιδιού, με αποτέλεσμα να προκαλείται καθυστέρηση στη σωματική, νοητική, συναισθηματική και κοινωνική του ανάπτυξη>>. Σύμφωνα με τον ορισμό του D.E. Gill (1970) η σωματική κακοποίηση ορίζεται ως εξής <<Σωματική κακοποίηση των παιδιών είναι η με τη θέληση των γονέων χρησιμοποίηση φυσικής βίας εναντίον των παιδιών τους. Η βία αυτή δεν είναι τυχαία. Εδώ επίσης συμπεριλαμβάνεται η μη τυχαία παραμέληση ή κακοποίησης των παιδιών από τους γονείς ή άλλο πρόσωπο, που έχει αναλάβει την φροντίδα του παιδιού, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τον τραυματισμό και τη γενικότερη κακοποίηση του>>

Σύμφωνα με τους Schmitt και Kempre υπάρχουν τα εξής 8 είδη κακοποίησης και παραμέλησης :1.Σωματική κακοποίηση, 2.Αποστέρηση τροφής , 3.Σεξουαλική κακοποίηση, 4.Προμελετημένη δηλητηρίαση, 5.Παραμέληση ιατρικής φροντίδας ,6.Παραμέληση ασφάλειας , 7.Συναισθηματική κακοποίηση, 8.Αλλές μορφές κακοποίησης-παραμέλησης όπως κακές συνθήκες υγιεινής και ένδυσης ή κατοικίας καθώς και η ανεπαρκής παρουσία ή ολοκληρωμένη απουσία από το σχολείο η εγκατάλειψη των παιδιών.

Συνοψίζοντας, πιο αναλυτικά με τον όρο κακοποίηση-παραμέληση παιδιών περιγράφεται ένα φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις η συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής η κοινωνικής μορφής ακόμα και θάνατο.

Επισημαίνεται, ότι άτομα με σχέση φροντίδας ως προς το παιδί, μπορεί -εκτός των γονέων-να είναι άλλοι συγγενείς όπως και το προσωπικό ιδρυμάτων, δάσκαλοι, βρεφοκόμοι και άλλοι. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού για την κακοποίηση ανηλίκου, πρόκειται για ένα φαινόμενο κατά το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής –ακόμα και τον θάνατο. Ιδιαίτερη μορφή κακοποίησης αποτελεί η σεξουαλική παραβίαση του παιδιού, που περιλαμβάνει από την έκθεση και επίδειξη των γεννητικών οργάνων του δράστη, τις θωπιές και τις ασελγείς πράξεις μέχρι τον βιασμό και την αιμομιξία.

Για τον νόμο, όμως, η κακοποίηση περιορίζεται στη σωματική της διάσταση, στη συνεχή σκληρή συμπεριφορά. Η ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού δεν περιλαμβάνεται στον ελληνικό ποινικό νόμο. «Εντοπίζεται κενό νόμου, συνεπώς, και είναι απαραίτητη μια προσαρμογή της νομοθεσίας στα νέα δεδομένα», υπογραμμίζει ο κ. Μαγγανάς .

Οι κύριες μορφές κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών είναι:

#### A.Σωματική κακοποίηση

Είναι η εκδήλωση βίαιης ,επιθετικής συμπεριφοράς που προκαλείται από το άτομο που έχει αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού. αυτή η μορφή κακοποίησης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση, εκτός της σωματικής βλάβης, ψυχικού τραύματος στο παιδί. Αποτελεί επίσης μια μορφή παραμέλησης των φυσιολογικών αναγκών του παιδιού, εφόσον η έκφραση ανοιχτής βίας προς το παιδί θεωρείται ως μια επιθετική και απορριπτική πράξη. Ο Κουτσελίνης (1991) αναφέρει ότι με τον όρο σωματική κακοποίηση νοείται οποιαδήποτε και με οποιονδήποτε τρόπο διατάραξη της ανατομικής ακεραιότητας του σώματος του παιδιού και οποιαδήποτε κατάσταση είναι αποτέλεσμα μη τυχαίας δυσμενούς επίδρασης εξωγενούς παράγοντα η αποτέλεσμα στέρησης ενός παράγοντα απαραίτητου για την ζωή.

Η σωματική κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν ακόμα και με την παραμικρή υποψία, να εξετάζουν με προσοχή όλο το σώμα του παιδιού. Έρευνες αποδεικνύουν ότι τα αγόρια είναι θύματα σωματικής κακοποίηση σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα κορίτσια, ειδικά στην κατηγορία της σοβαρής σωματικής βλάβης (Bonner et all,1992)

#### B.Ψυχολογική κακοποίηση

Η ψυχολογική κακοποίηση περιλαμβάνει τη συναισθηματική και λεκτική κακοποίηση καθώς και την παραμέληση και μπορεί να γίνει αντιληπτή ως εκφοβισμός , εκβιασμός η υβριστική συμπεριφορά. Η συναισθηματική κακοποίηση είναι συστηματική ψυχολογική κακομεταχείριση ενός παιδιού, που επηρεάζει ή και αναστέλλει τη φυσιολογική του ανάπτυξη. Η ψυχολογική απόρριψη, η μη εκδήλωση στοργής και αγάπης, η συνεχής υποτίμηση και η ψυχολογική τρομοκρατία υπονομεύουν την αίσθηση του εαυτού του παιδιού και τη ασφάλεια. οι εκδηλώσεις σαδιστικής συμπεριφοράς του γονέα ή του προσώπου που ασκεί τη γονική μέριμνα, οι απειλές και οι εκβιασμού του, η περιφρονητική στάση προς το παιδί και η απόρριψη κλονίζουν ανεπανόρθωτα την ψυχική του υγεία. Η ψυχολογική βία τείνει να συνυπάρχει σε μεγάλο βαθμό με τη σωματική, σε τέτοιο σημείο μάλιστα που ο διαχωρισμός τους να καθίσταται προβληματικός. Τυπικά πάντως η ψυχολογική και

σωματική κακοποίηση θεωρούνται δύο διαφορετικές περιπτώσεις καθώς η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να αποδειχθεί πολύ οδυνηρή, μειώνοντας την αυτοεκτίμηση κάποιου και να τον σημαδέψει βαθιά σε συναισθηματικό επίπεδο, εντούτοις δεν συνεπάγεται τη βλάβη εσωτερικών οργάνων όπως με τη σωματική κακοποίηση. Τέλος, η σωματική κακοποίηση μπορεί να μελετηθεί πιο εύκολα απ' ότι η παρατεταμένη ψυχολογική που ταπεινώνει με έμμεσο τρόπο. Εν συντομία η ψυχολογική κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις.

### Γ. Παραμέληση

Με τον όρο σωματική και συναισθηματική παραμέληση εννοούμε την χρόνια αποτυχία των γονέων να προστατέψουν τα παιδιά τους από φυσικούς κινδύνους, έτσι ώστε να συμβάλλουν στη σωματική και ψυχική του ανάπτυξη.

Ως παραμέληση θεωρείται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη σε βαθμό τέτοιο ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξη του. Ένα παιδί είναι παραμελημένο εάν αφηθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί. Πολλές έρευνες χρησιμοποιούν τη έννοια της παραμέλησης και της σωματικής κακοποίησης μαζί, γεγονός που καθιστά δύσκολο το διαχωρισμό των χαρακτηριστικών των παιδιών και των γονέων στις δύο αυτές καταστάσεις.

Στα πλαίσια της παραμέλησης εντάσσεται και η ανεπάρκεια της αύξησης ή δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας. Λόγω των ιδιαιτέρων χαρακτηριστικών, αναφέρεται ως ξεχωριστή κατηγορία.

### Δ. Σεξουαλική παραβίαση-αιμομιξία

Σεξουαλική παραβίαση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από ενήλικα, συνήθως, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του ενήλικα. Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικότητα του παιδιού, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ενήλικα και το παιδί, η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Οι πράξεις αυτές παραβιάζουν όχι μόνο τον αιμομικτικό φραγμό, αλλά και τις γενικότερες αντιλήψεις

της κοινωνίας σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις και τα όρια των οικογενειακών ρόλων.

Η σεξουαλική παραβίαση εμπεριέχει διάφορες μορφές με ή χωρίς επαφή, από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες και η πορνεία δεν είναι παρά οι εμπορευματικές πλευρές αυτού του ζητήματος, οι οποίες αναφέρονται με τον όρο σεξουαλική εκμετάλλευση. Γενικότερα, η σεξουαλική κακοποίηση είναι ένα σύνθετο φαινόμενο. Ο Banolek τονίζοντας την πολυπλοκότητα του προβλήματος, αναφέρει ότι <<παρόλο που κατατάσσουμε κάθε σεξουαλική δραστηριότητα μεταξύ ενηλίκων και παιδιών στη κατηγορία της σεξουαλικής κακοποίησης, η φύση των σχέσεων ανάμεσα στο θύμα και το δράστη, καθώς και η πρόθεση του δράστη και το είδος του σεξουαλικού αδικήματος που διαπράττει, αποτελούν ουσιώδεις παράγοντες του προβλήματος. Ο όρος <<σεξουαλική κακοποίηση>> χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια συγκεκριμένη μορφή σεξουαλικής δραστηριότητας σε αντίθεση με τον όρο <<σεξουαλική κακομεταχείριση>> που αποτελεί για τους μελετητές του φαινομένου ευρύτερη έννοια. Σύμφωνα με τον Αλέξανδρο Ζαφείρη διακρίνονται τα εξής είδη σεξουαλικής κακομεταχείρισης:

1. Σεξουαλική κακομεταχείριση : Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε μορφή σεξουαλικής βίας προς τα παιδιά όπου το παιδί ή σε όποιον άλλον απευθύνεται η σεξουαλική βία. Το άτομο αυτό θεωρείται θύμα. Αυτή η κατηγορία συμπεριλαμβάνει και την αιμομιξία, την σεξουαλική εκμετάλλευση και κακοποίησης των παιδιών αλλά και σεξουαλική εμπλοκή μεταξύ αδελφών.

2. Αιμομιξία: αναφέρεται σε οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα όπως της συνουσίας, της θωπείας και της επίδειξης γεννητικών οργάνων ανάμεσα σε ένα παιδί και στο φυσικό του γονέα, πατριό, μητριά, συγγενή ή κηδεμόνα. Το σπουδαιότερο χαρακτηριστικό αυτών των δραστών είναι ότι υποβάλλουν το παιδί σε μια διεργασία <<εξαρτημένης μάθησης>>(conditioning)\* και συχνά η αιμομικτική σχέση συνεχίζεται για πολλά χρόνια.

3. Σεξουαλική κακοποίηση: αυτό το είδος κακοποίησης σχετίζεται με την ξαφνική σεξουαλική επίθεση από τον πατέρα ή κάποιον άλλον ενήλικο, άγνωστο στο παιδί. Συνήθως, πρόκειται για μεμονωμένο, βίαιο και απότομο περιστατικό. Αντίθετα με την περίπτωση της αιμομιξίας, δεν υπάρχει συντελεστική μάθηση.

4. Σεξουαλική εκμετάλλευση του παιδιού: Σε αυτή την περίπτωση το παιδί χρησιμοποιείται για την παραγωγή πορνογραφικού υλικού και γίνεται αντικείμενο

σεξουαλικής εκμετάλλευσης από τους γονείς ή άλλους ενήλικους. Αυτή η διαδικασία ενέχει επίσης, μια διαδικασία εξαρτημένης μάθησης ενώ τα άτομα που διαπράττουν αυτή την πράξη είναι συνήθως ψυχοπαθητικές προσωπικότητες \*\*.

5. Σεξουαλική εμπλοκή μεταξύ αδελφών: αναφέρεται σε οποιαδήποτε σεξουαλική σχέση ανάμεσα σε αμφιθαλή ή ετεροθαλή αδέρφια . Αυτή η μορφή κακοποίησης συχνά γίνεται κρυφά λόγω έλλειψης γονικής επίβλεψης ή περιέργειας της ανατομίας του ανθρώπινου σώματος. Όταν είναι φανερή και παρατεταμένη υπάρχει περίπτωση δημιουργίας σοβαρής ψυχοπαθολογίας και στα δύο παιδιά.

#### E. Ανεπάρκεια αύξησης/ δυστροφίας μη-οργανικής αιτιολογίας

Με τον όρο αυτό περιγράφεται η νοσολογική οντότητα σύμφωνα με την οποία το βάρος ενός παιδιού βρίσκεται κάτω από το φυσιολογικό όριο για την ηλικία του, χωρίς όμως να υπάρχει κάποια κληρονομική επιβάρυνση ή οργανική νόσος

#### Z. Σύνδρομο Μυγχάουζεν δι' αντιπροσώπου

Το σύνδρομο περιγράφει περιπτώσεις γονέων ,κυρίως μητέρες, που κατασκευάζουν ένα ιατρικό πρόβλημα στο παιδί τους με αποτέλεσμα να βιώνει συμπτώματα όπως άπνοια, διάρροια, σπασμούς, εμετούς ή ακόμα και να προκαλούν αλλοίωση των εργαστηριακών ευρημάτων(ούρων, αίματος ).Με αυτές του τις πράξεις προκαλούν σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα στους γιατρούς.

#### H. Μη τυχαία δηλητηρίαση

Αυτή η μορφή κακοποίησης περιγράφεται αλλιώς με τον όρο "χημική κακοποίηση" και αναφέρεται στην ηθελημένη χορήγηση τοξικής ουσίας στο παιδί, συνήθως μικρής ηλικίας, με σκοπό την πρόκλησης βλάβης ή ακόμα και θανάτου στο παιδί. Ορισμένες μορφές της έχουν επαλληλία με "Σύνδρομο Μυγχάουζεν δι' αντιπροσώπου" .

#### Θ. Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή

Αυτό το σύνδρομο αναφέρεται σε μια μορφή έμμεσης κακοποίησης του παιδιού καθώς δε υφίσταται το ίδιο κακοποίηση αλλά είναι παρόν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε διάφορες μορφές ενδοοικογενειακής βίας .Τέτοιες μορφές βίας μπορεί να είναι η κακοποίηση της/ του συζύγου , η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση των άλλων μελών της οικογένειας όπως αδέρφια ή παππούδων. Η λεκτική βία αποτελεί μια από τις συνηθέστερες μορφές του Συνδρόμου του αμέτοχου θεατή.

#### I. Παιδική εργασία

Η παιδική εργασία αποτελεί μορφή παραμέλησης, κακομεταχειρίσεις αλλά και σεξουαλικής και οικονομικής εκμετάλλευσης. Πρέπει να τονιστεί ότι η εργασία του παιδιού που είναι άνω άνω των 15 ετών δεν μπορεί να αποτελέσει μορφή

εκμετάλλευσης καθώς δεν παρεμποδίζει το δικαίωμα του παιδιού για σχολική φοίτηση και ψυχαγωγία.

#### **K. Τελετουργική και σατανιστική κακοποίηση**

Η συστηματική σωματική, σεξουαλική, και ψυχολογική κακοποίηση παιδιών από ενήλικες που είναι μέλη σατανιστικών ή αιρετικών ομάδων αποτελεί μορφή τελετουργικής ή σατανιστικής κακοποίησης. Σε περιπτώσεις τελετουργικής κακοποίησης ένας μεγάλος αριθμός θυμάτων- παιδιών και δραστών είναι κυρίως γυναίκες. Πρέπει να τονιστεί ότι η τελετουργική μορφή κακοποίησης δεν είναι απαραίτητα και σατανιστική.

#### **Λ. Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών από το σύστημα και τους θεσμούς**

Η μορφή αυτής της κακοποίησης προκαλούνται στα πλαίσια δομών που έχουν ως στόχο την προστασία και φροντίδα των παιδιών με αποτέλεσμα την πρόκληση ψυχολογικών, σωματικών και νοητικών βλαβών σε παιδιά και εφήβους.

Μια η και περισσότερες μορφές κακοποίησης και παραμέλησης που αναφέρθηκαν, αν και διαφορετικές, είναι δυνατόν να συνυπάρχουν μέσα στην ίδια οικογένεια.

### **1.1.3 Διαγνωστικά κριτήρια του φαινομένου της κακοποίησης –παραμέλησης παιδιών**

Το πρώτο βήμα που πρέπει να ακολουθήσει ο ειδικός για την επίτευξη μιας επιτυχημένης διαγνωστικής εκτίμησης είναι η συνέντευξη με τους γονείς ή οποία πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατόν. Η συνέντευξη έχει ως στόχο μια προκαταρκτική εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης και διάγνωση, όσο είναι δυνατόν, τυχόν πιέσεων και εντάσεων(M. H. Hall, 1974). Η συνέντευξη πρέπει να γίνεται χωρίς διακοπές ενώ το παιδί πρέπει να μην είναι παρόν κατά την διάρκεια της συνέντευξης . Κάθε γονέας πρέπει να συνεντευξιάζεται μόνος του ενώ θα ήταν πρόσφορο στο τέλος να δώσουν μια συνέντευξη και οι δύο μαζί.. Είναι αναγκαίο ο ειδικός πάνω σε αυτά τα θέματα θεραπευτής, να μην έχει επικριτική διάθεση απέναντί στους γονείς αλλά αντιθέτως η συζήτηση να πραγματοποιηθεί σε ήπιο τόνο έτσι ώστε οι γονείς να νιώσουν άνετα να εκφραστούν. Επίσης, θα ήταν λάθος για τον θεραπευτή αν εμπλακεί συναισθηματικά καθ' όλη την διάρκεια της αρχικής συνέντευξης. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γονείς όταν εκλείψει η αρχική ένταση είναι εξαιρετικά δύσκολο να σταματήσουν να μιλούν. Η αίσθησης ανακούφισης που μπορεί αν δώσει μια γεμάτη κατανόηση, χωρίς« κατηγορώ» ,αρχική συνέντευξη,

μπορεί να διευκολύνει πολύ την περαιτέρω αντιμετώπιση του ζητήματος.(M. H. Hall, 1974). Ο ειδικός θεραπευτής οφείλει να παραμείνει ήρεμος ακόμα και αν οι γονείς χάσουν την ψυχραιμία τους και γίνουν αγενείς έτσι ώστε να συνεχιστεί η διαδικασία ομαλά. Σε αυτή την περίπτωση θα ήταν καλύτερο να διακοπεί η συνέντευξη όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Η κακοποίηση παιδιών δεν είναι μια μεμονωμένη πράξη αλλά ένα συνολικό οικογενειακό πρόβλημα. Τα τραύματα στο σώμα των παιδιών είναι το σύμπτωμα μιας άρρωστης, δυσλειτουργικής οικογένειας. Η διαγνωστική εκτίμηση αποτελεί ένα πολύπλευρο κλινικό έργο όπου ο ειδικός πρέπει να μην ασχολείται μόνο με το παιδί αλλά να προχωράει στην διαγνωστική εκτίμηση ολόκληρου του συστήματος της οικογένειας. Η πολύπλευρη διαγνωστική εκτίμηση ενός περιστατικού δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο από έναν ειδικό αντιθέτως απαιτεί την συνεργασία πολλών. Πρέπει να υπάρχει διεπιστημονική ομάδα που θα εκτιμήσει το πρόβλημα θα προσφέρει ασφαλή διάγνωση και θα προγραμματίσει κατάλληλα την αντιμετώπιση των οικογενειακών προβλημάτων. Ο ειδικός όταν έρθει σε επαφή με το περιστατικό πρέπει να σκεφτεί το ενδεχόμενο ενός πραγματικού ατυχήματος, απροσεξίας και παραμέλησης πριν καταλήξει στο ενδεχόμενο τις μη τυχαίας κάκωσης. Για να διαπιστωθεί τι από τα παραπάνω έχει συμβεί στο παιδί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τον ειδικό τα εξής: (α) Το ιστορικό της κάκωσης,(β) Οι γονείς ,(γ) Τα σωματικά ευρήματα στο παιδί,(δ) Οι κοινωνικοί παράγοντες.

#### A. Το ιστορικό

Το ιστορικό πρέπει να ληφθεί αμέσως από ειδικό, γιατί υπάρχει περίπτωση οι γονείς να αλλοιώσουν την αντικειμενική πραγματικότητα. Η έλλειψη ιστορικού σχετικά με τον τραυματισμό του παιδιού αποτελεί παθογνωμικό στοιχείο της κακοποίησης. Είναι σημαντικό να παρθούν πληροφορίες σχετικά με τον χρόνο του «ατυχήματος», ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας. Η καθυστέρηση βοήθειας αποτελεί ένα από τα διαγνώστηκα χαρακτηριστικά του προβλήματος. Τέλος πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη σχέση ιστορικού και αντικειμενικού ευρημάτων, προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει ασυμβατότητα μεταξύ των δύο. Η παραπάνω συμβατότητα παρατηρείται πολύ συχνά σε περιπτώσεις η τυχαίας κάκωσης δηλαδή κακοποίησης.



## B. Κλινικά ευρήματα στο παιδί

Τα κύρια κλινικά ευρήματα ή διαγνωστικά κριτήρια τις σωματικής κακοποίησης ανήκουν στις εξής οχτώ κατηγορίες, συχνά δεν επικαλύπτονται: 1) Κακώσεις στο δέρμα και στο στόμα: περιλαμβάνουν κοψίματα μελανιές ρήξη χαλινού άνου χείλους αποτυπώματα δαχτύλου στο πρόσωπο. 2) Οστά και κλειδώσεις: Σε όλα τα παιδιά μικρότερα των πέντε ετών πρέπει να γίνεται ακτινολογικός έλεγχος κρανίου, θώρακος και μακρών οστών. 3) Ξηρά ή υγρά εγκαύματα:δεν πρέπει να αγνοηθεί η πιθανότητα εμβυπτίσεις του παιδιού σε καυτό νερό) 4) εσωτερικές αιμορραγίες σε εσωτερικά όργανα του θώρακα και τις κοιλιακής κοιλότητας. 5) Κακώσεις στα μάτια και στον εγκέφαλο: παρατηρούνται σε βρέφη όπου ο γονέας αντί να τα χτυπήσει τα τραντάζει δυνατά, με αποτέλεσμα να ταλαντεύεται έντονα το κεφάλι). Οι κακώσεις αφορούν τα δύο μάτια η τα ημισφαίρια του εγκεφάλου. 6) Δηλητηρίαση. 7) Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου:η πρόκληση ασφυξίας από κουβέρτες ή σακούλα στο κεφάλι ή η δηλητηρίαση με άγνωστη ουσία μπορεί να ερμηνευθεί ως σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου. Η διάγνωση είναι εξαιρετικά δύσκολη. 8) Καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια:το φαινόμενο περιγράφεται ως σύνδρομο μητρικής απόρριψης ή ψυχοκοινωνικός νανισμός. Τα παιδιά αυτά στερούνται την φροντίδα της μητέρας. Συνήθως έχουν φουσκωμένη κοιλία υδαρείς κενώσεις, είναι ανορεξικά ή βουλιμικά, ενώ δυσκολεύονται να παίξουν με τα άλλα παιδιά. Έχουν βρεφικές αναλογίες σώματος ενώ η απότομη και σταθερή πρόσληψη βάρους μέσα στο νοσοκομείο επιβεβαιώνει την διάγνωση του συνδρόμου. Τα περισσότερα από αυτά παρουσιάζουν αργότερα διαταραχές στην ομιλία και μαθησιακές δυσκολίες.

## Γ.Γονεϊκοί παράγοντες

Εκτός από την αναζήτηση προδιαθεσικών παραγόντων στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και το ατομικό ιστορικό των γονέων, πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψιν οι στάσεις των γονέων απέναντι στο παιδί καθώς και οι συνθήκες που δημιούργησαν την κρίση. Αν ρωτήσουμε τους γονείς ποια εικόνα έχουν για το παιδί τους ,και ποιες οι προσδοκίες τους για το μέλλον του, θα διαπιστώσουμε κατά πόσο αυτές είναι ρεαλιστικές και θα διαμορφώσουμε μια σαφή εικόνα για τις στάσεις τους απέναντι στο παιδί , ενώ αν τους ρωτήσουμε για τον τρόπο που οι ίδιοι μεγάλωσαν καθώς και για το αν το περιστατικό της κακοποίησης του παιδιού του από τους ίδιους ακολούθησε κάποια κρίση ( για παράδειγμα, το παιδί έκλαψε υπερβολικά και

επίμονα) και τέλος να μπορούν αν αναζητήσουν πηγές βοήθειας θα έχουμε σχηματίσει μια συνολική εικόνα για τους γονικούς παράγοντες που οδήγησαν την οικογένεια να προβεί σε τέτοια συμπεριφορά.

#### Δ Κοινωνικοί παράγοντες

Ο συνδυασμός των κοινωνικών παραγόντων με τους ατομικούς και οικογενειακούς προδιαθεσικούς παράγοντες για κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους κάνει ιδιαίτερα σημαντικούς και χρήσιμους για την ολοκλήρωση μιας πολύπλευρης διαγνωστικής εκτίμησης. Τέτοιοι παράγοντες είναι η υποβαθμισμένη γειτονιά, η χρόνια φτώχεια, η έλλειψη ζωτικού χώρου λόγω ποικνοκατοίκησης η ανεργία κ. α

Συμπερασματικά, μία ολοκληρωμένη διάγνωση περίπτωσης κακοποιημένου ή παραμελημένου παιδιού θα πρέπει να βασίζεται σε διαγνωστικά χαρακτηριστικά που αφορούν το παιδί, τους γονείς, την οικογένεια ως σύνολο καθώς και τις συνθήκες ζωής. Πιο αναλυτικά, τα διαγνωστικά κριτήρια του φαινομένου της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών παρουσιάζονται παρακάτω.

#### **Σωματική κακοποίηση**

α) Ευρήματα από την κλινική εξέταση

- Μελανιές ή σημάδια από χτύπημα
- Διαστρέμματα, εξάρθρωσεις, δαγκώματα, κοψίματα
- Κατάγματα στο κεφάλι και στα άκρα, ιδιαίτερα στα βρέφη
- Πληγές ή εκδορές
- Δηλητηρίαση
- Κακώσεις από τράνταγμα σε βρέφη πχ. αιμορραγία αμφιβληστροειδούς
- Υποσκληρίδειο αιμάτωμα
- Εσωτερικές κακώσεις
- Κάψιμο από τσιγάρο ή άλλα εγκαύματα

β) Άλλα διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας

- Ιστορικό με ασάφειες, που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού(π.χ ένα βρέφος 2-3 μηνών που πέφτει μόνο του από το κρεβάτι)
- Βλάβες συχνά πολλαπλές και πολύμορφες(πχ κάταγμα και εκχυμώσεις).
- Βλάβες συχνά διαφορετικής ηλικίας (επανειλημμένα επεισόδια βίας).
- Βλάβες χαρακτηριστικές κακοποίησης (πχ, ρήξη χαλινού άνω χείλους, έγκαιμα σε πέγμα βρέφους )
- Ο τρόπος που οι γονείς μιλούν στο ή για το παιδί τους δείχνει απόρριψη “δύσκολο”, “χαζό”, “γκρινιάρικο” ή δεν αναφέρονται ονομαστικά σε αυτό το παιδί, σε αντίθεση με τα άλλα τους παιδιά.
- Οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο νοσοκομείο.
- Απότομη και σταθερή αύξηση βάρους δυστροφικών παιδιών μετά τη εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.
- Το παιδί αναφέρει κάκωση από τους γονείς του ή δίνει αταίριαστη εξήγηση για κάποια κάκωση.
- Το παιδί δεν αντιδρά στον αποχωρισμό από τους γονείς, φαίνεται να προτιμά το νοσοκομείο από το σπίτι, ακολουθεί εύκολα τους επαγγελματίες.

## Παραμέληση

- Συστηματική κακή σίτιση ή στέρηση τροφής  
Δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας  
Κακή υγιεινή, ακατάλληλη ένδυση  
Εγκατάλειψη  
Στέρηση τροφής  
Ασταθής σχολική φοίτηση ή εγκατάλειψη του σχολείου  
Παράταση της παραμονής στο σχολείο χωρίς συγκεκριμένο λόγο  
Συνεχής κόπωση, απάθεια ή ύπνος μέσα στην τάξη.  
Το παιδί αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανείς για να το φροντίζει  
Χρήση οιοπνευματωδών ή τοξικών ουσιών από το παιδί.

Η ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει :

Κοινωνική αξιολόγηση της οικογένειας για τις ιδιαίτερες ανάγκες των μελών της και τη διερεύνηση ύπαρξης υποστηρικτικών συστημάτων για την οικογένεια. Παιδιατρικό ιστορικό και κλινική εξέταση του κακοποιημένου παιδιού καθώς και κλινική ψυχολογική εκτίμηση παιδιού και οικογένειας. Εφ' όσον χρειαστεί, η ψυχιατρική εκτίμηση των γονέων. Ενώ η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας είναι σημαντική για μία ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση.

## **1.2 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

(Άλλες ονομασίες: Posttraumatic stress disorder/PTSD)

### **1.2.1 Πώς ορίζεται το τραύμα**

Η λέξη τραύμα ορίζεται για πρώτη φορά από τον Blancard (1702) στο πρώτο ιατρικό λεξικό που τυπώθηκε στα αγγλικά ως 'η πληγή που προέρχεται από εξωτερική αιτία'. Από εκείνη την εποχή η έννοια της λέξης 'τραύμα' έχει διευρυνθεί για να συμπεριλάβει ένα σύνθετο φάσμα ψυχολογικών, βιολογικών, ψυχοκοινωνικών και σωματικών συμπτωμάτων που προκαλούνται από στρεσογόνες και διαταρακτικές εμπειρίες, τις οποίες ο ανθρώπινος οργανισμός κατορθώνει να επεξεργαστεί και να περιορίσει με διαφορετικό βαθμό επιτυχίας και σημαντικές διαφορές στο χρονικό διάστημα (Parry-Jones & Parry-Jones, 1994). Ο Freud το 1920 όρισε το ψυχικό τραύμα ως ένα 'εκτεταμένο ρήγμα της προστατευτικής ασπίδας ενάντια στα ερεθίσματα' (Terr, 1981). Η Terr ορίζει το παιδικό τραύμα ως νοητικό αποτέλεσμα ενός ή μίας σειράς εξωτερικών χτυπημάτων που καθιστούν το νεαρό άτομο προσωρινά αβοήθητο και καταργούν τους μέχρι τότε χρησιμοποιημένους αμυντικούς μηχανισμούς. Όλα τα παιδικά τραύματα κατά την Terr (1991) ξεκινούν από γεγονότα έξω από τον ψυχικό κόσμο του παιδιού. Μόλις τα γεγονότα αυτά συμβούν, ακολουθούν μια σειρά από εσωτερικές αλλαγές στο παιδί, οι οποίες είναι δυνατόν να διαρκέσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας κατά την ενήλικη ζωή. Η Terr (1991) διαχωρίζει το παιδικό τραύμα σε δύο κατηγορίες α) στο τραύμα τύπου I που οφείλεται σε μη αναμενόμενα μεμονωμένα γεγονότα (οι φυσικές καταστροφές οδηγούν σε αυτό τον τύπο τραύματος) και β) στο τραύμα τύπου II που προκαλείται από έκθεση σε μακροχρόνια ή επαναλαμβανόμενα εξωτερικά γεγονότα.

Το πρώτο από τη σειρά αυτή γεγονότων προκαλεί έκπληξη, στη συνέχεια όμως το συναίσθημα που κυριαρχεί είναι μια αρρωστημένη προσμονή. Παραδείγματα τραύματος τύπου II αποτελούν οι περιπτώσεις επαναλαμβανόμενης σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών(Shannon, Lonigan, Finch & Taylor,1994).

Το τραύμα έχει από παλιά αναγνωριστεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Η συστηματική όμως παρατήρηση της εμφάνισης μιας τριάδας συμπτωμάτων( επαναβίωσης, αποφυγή, υπερδιέγερση) στους βρετανούς του Βιετνάμ και σε θύματα βιασμού της δεκαετίας του '70 οδήγησε στην επίσημη καθιέρωση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες(Post –Traumatic Stress Disorder,PTSD) ως μιας ξεχωριστής διαγνωστικής οντότητας, η οποία αναγνωρίστηκε από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία και συμπεριλήφθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία και συμπεριλήφθηκε στο DSM-III το 1980 στις αγχώδεις διαταραχές

‘Όταν ένα παιδί έρχεται αντιμέτωπο με μία πολύ τρομακτική, δυνητικά απειλητική για τη ζωή του κατάσταση, αναστατώνεται πολύ: κλαίει, προσκολλάται σε ενήλικους, αισθάνεται έντονο φόβο. Εάν η αναστάτωση που βιώνει είναι πολύ μεγάλη τότε το παιδί μπορεί να εμφανίσει αντίδραση σοκ και να μην ανταποκρίνεται σε εξωτερικά ερεθίσματα για κάποιο χρονικό διάστημα. Αυτές είναι φυσιολογικές αντιδράσεις που λειτουργούν ως προστατευτικοί μηχανισμοί. Σε περιόδους κινδύνου, είναι απαραίτητο να στρέφουμε την προσοχή μας στο απειλητικό ερέθισμα, αδιαφορώντας για τα μη σχετικά ερεθίσματα. Είναι απαραίτητο επίσης να είμαστε έτοιμη για αντίδραση πάλης ή φυγής. Όταν ο κίνδυνος περάσει, κανονικά αναμένεται επιστροφή του παιδιού στην ομαλή λειτουργία του. Σε μερικές όμως περιπτώσεις κάτι τέτοιο δε συμβαίνει και τα συμπτώματα παραμένουν. Σ’ αυτές τις περιπτώσεις η αντίδραση προσαρμογής είναι δυνατόν να εξελιχθεί σε Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες(Yule,1999)

Η μετατραυματική διαταραχή έπεται ενός τραυματικού γεγονότος, όπως φυσική καταστροφή, ατύχημα, πόλεμος, βιασμός, κλπ. Το άτομο ξαναζεί το τραύμα σε όνειρα, υποφέρει από επαναλαμβανόμενες σκέψεις και εικόνες.

Τα χαρακτηριστικά της μετατραυματικής διαταραχής μπορεί να σχετίζονται με τον τύπο του τραύματος, και με το κατά πόσο το άτομο έχει προκαλέσει ή έχει παίξει ρόλο στο τραυματικό γεγονός. Θύματα εγκλημάτων που περιλαμβάνουν βία ή

ταπεινώση, παραδείγματος χάριν ο βιασμός, αισθάνονται συχνά έντονο φόβο, ντροπή και θυμό. Το άτομο μπορεί να έχει βιώσει το τραύμα άμεσα, για παράδειγμα να έχει απειληθεί η ζωή του, ή να ήταν μάρτυράς του, για παράδειγμα ένα μέλος της οικογένειάς του να έχει απειληθεί η ζωή του.

Ένα χαρακτηριστικό της μετατραυματικής διαταραχής είναι το γεγονός ότι το άτομο ξαναζεί το γεγονός. Επώδυνες και επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και εικόνες είναι συνηθισμένες. Τα άτομα αυτά μπορεί να παρουσιάσουν δυσκολία στην συγκέντρωση, αϋπνία, υπερδιέγερση, κλπ. Η έναρξη της διαταραχής μπορεί να αρχίσει είτε αμέσως μετά το τραύμα είτε αργότερα. Οι πιθανότητες για γρηγορότερη βελτίωση των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερες στην πρώτη περίπτωση.

Σχετικά με τους παράγοντες εκδήλωσης της μετατραυματικής διαταραχής υπάρχουν στοιχεία ότι προϋπάρχουσες συναισθηματικές δυσκολίες δημιουργούν προδιάθεση αυξάνοντας τις πιθανότητες να υποφέρει κάποιος από μετατραυματική διαταραχή. Η σοβαρότητα, η διάρκεια, και η κοντινότητα της έκθεσης του ατόμου στο τραυματικό γεγονός είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες στην εκδήλωση της διαταραχής.

Τέλος, είναι απαραίτητο, για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε την φύση και την ουσία της Μετατραυματικής Αγχώδους Διαταραχής και του τραύματος, να δώσουμε έναν, όσο το δυνατόν πληρέστερο και επαρκή ορισμό του άγχους καθώς η παρούσα διαταραχή βασίζεται και συνδέεται με την εμφάνιση αγχωτικών συμπτωμάτων καθώς εντάσσεται στις διαταραχές άγχους.

Ως άγχος ορίζεται το έντονα δυσάρεστο συναίσθημα που αφορά σε έναν αόριστο κίνδυνο που επίκειται. Αποτελεί κοινή αντίδραση που παρατηρείται στη συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων με την μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε σχετικά ήπια στρεσογόνα ερεθίσματα. Θεωρείται παθολογικό όταν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα και στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου. Τότε έχουμε τη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή και τρόμου ως απαντήσεις σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. (Γ.Τσιαντής & Α.Ξυπολυτα-Ζαχαριάδη, 2001.) Διαγνωστικά τα κλινικά φαινόμενα που παρατηρούνται στη διαταραχή και σε παιδιά και σε ενήλικες χαρακτηρίζονται ως φοβίες όταν η πρωταρχική εκδήλωση είναι ένας συγκεκριμένος φόβος που συνδυάζονται με συμπεριφορά αποφυγής.

### 1.2.2 Διαγνωστικά κριτήρια διαταραχής μετά από τραυματικό στρες. DSM-IV-TRtm,(1844).

Τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια κριτήρια που σηματοδοτούν την έναρξη της Μετατραυματικής Αγχώδης Διαταραχής είναι τα εξής: (DSM-IV-TRtm,διαγνωστικά κριτήρια,1844) .

**A.** Το άτομο έχει εκτεθεί σε τραυματικό γεγονός, στο οποίο ήταν παρόντα αμφοτέρωτα ακόλουθα:

(1)το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα γεγονός(ή γεγονότα) στο οποίο(ή στα οποία) υπήρξε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός, ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων

(2)η απάντηση του ατόμου περιλάμβανε έντονο φόβο, αίσθημα αβοήθητου, ή τρόμο

**Σημείωση:**Στα παιδιά αυτό μπορεί να εκφράζεται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά.

**B.** Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με έναν(ή και περισσότερους) από τους ακόλουθους τρόπους :

(1)επαναλαμβανόμενες και παρείσακτες ενοχλητικές ανακλήσεις του γεγονότος, στις οποίες περιλαμβάνονται εικόνες, σκέψεις ή αντιλήψεις

**Σημείωση:**Στα μικρά παιδιά είναι δυνατόν να υπάρχουν επαναληπτικά παιχνίδια, στα οποία εκφράζονται θέματα ή πλευρές του τραύματος..

(2)επανειλημμένα ενοχλητικά όνειρα του γεγονότος

**Σημείωση:**Στα μικρά παιδιά είναι δυνατόν να υπάρχουν όνειρα που προκαλούν φόβο χωρίς αναγνωρισμένο περιεχόμενο.

(3)το άτομο ενεργεί ή αισθάνεται σαν να επαναβιώνεται το τραυματικό γεγονός (περιλαμβάνονται η αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και επεισόδια επαναβιώσεων [“flashback”], συμπεριλαμβανομένων και αυτών που συμβαίνουν σε εγρήγορση ή σε κατάσταση τοξίκωσης )

**Σημείωση:**Στα μικρά παιδιά είναι δυνατόν να υπάρχουν αναπαραστάσεις ειδικές του τραύματος.

(4)έντονη ψυχολογική ενόχληση κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος

(5)σωματική αντίδραση κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος

**Γ.** Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων συνδεδεμένων με το τραύμα και παράλυση της γενικής απαντητικότητας ( η οποία δεν υπήρχε πριν το τραύμα), όπως φαίνεται από τρία ( ή περισσότερα)από τα ακόλουθα:

- (1)προσπάθειες να αποφύγει σκέψεις, αισθήματα, ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα
- (2)προσπάθειες να αποφύγει δραστηριότητες, τόπους ή άτομα που προκαλούν ανακλήσεις του τραύματος
- (3)ανικανότητα να ανακαλέσει μια σημαντική πλευρά του τραύματος
- (4)σαφής μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες
- (5)αίσθημα απομάκρυνσης ή αποξένωση από τους άλλους
- (6)περιορισμένο εύρος συναισθήματος (π.χ αδυναμία του ατόμου να έχει αίσθημα αγάπης)
- (7)αίσθημα σμίκρυνσης του μέλλοντος (π.χ το άτομο δεν προσδοκά ότι θα σταδιοδρομήσει επαγγελματικά, ότι θα παντρευτεί, ότι θα έχει παιδιά ή ότι η ζωή του θα έχει φυσιολογική διάρκεια)

**Δ.** Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας ( τα οποία δεν υπήρχαν πριν το τραύμα), όπως φαίνεται από δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

- (1) δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου
- (2)ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού
- (3)δυσκολία συγκέντρωσης
- (4)υπερεπαγρύπνηση
- (5)υπερβολική απάντηση στο ξάφνιασμα

**Ε.** Η διάρκεια της διαταραχής (συμπτώματα των κριτηρίων Β, Γ και Δ) είναι μεγαλύτερη από ένα μήνα

**ΣΤ,** Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση των κοινωνικών, επαγγελματικών ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

*Προσδιορίστε αν:*

**Οξεία:**αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη από 3 μήνες

**Χρόνια:**αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 3 μήνες ή περισσότερο

*Προσδιορίστε αν:*

**Με καθυστερημένη Έναρξη:**αν η έναρξη των συμπτωμάτων είναι τουλάχιστον 6 μήνες μετά την παρουσία του στρεσογόνου παράγοντα(DSM-IV-TRtm,1844).



Τέλος, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση για Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες πρέπει το άτομο να βίωσε, να ήταν μάρτυρας ή να ήρθε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία ήταν απειλητικά για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου ή των άλλων και η αντίδραση του ατόμου απέναντι σε αυτό το γεγονός να περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση αδυναμίας και τρόμο ή φρίκη. Στα παιδιά συγκεκριμένα η αντίδραση απέναντι στο τραυματικό γεγονός μπορεί να πάρει τη μορφή αποδιοργανωμένης ή διεγερτικής συμπεριφοράς.(Μάνος,1997).Επίσης, για να τεθεί η διάγνωση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σύμφωνα με το DSM-IV απαιτείται η παρουσία ενός τουλάχιστον συμπτώματος επαναβίωσης της εμπειρίας, τριών συμπτωμάτων αποφυγής, συναισθηματικού μουδιάσματος-παράλυσης και δύο συμπτωμάτων αυξημένης εγρήγορσης. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον για ένα μήνα, διαφορετικά η διάγνωση που τίθεται είναι η διαταραχή ύστερα από οξύ στρες, και να προκαλούν κλινικά σημαντική αναστάτωση ή ελλειμματική λειτουργικότητα του ατόμου( Κολλαίτης και Τσιαντής,1999)

Τα κριτήρια για τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες στο DSM-IV διαφέρουν από τις περιγραφές της διαταραχής σε προηγούμενες εκδόσεις του εγχειριδίου.

Συγκεκριμένα το κριτήριο για τη φύση του τραυματικού γεγονότος διευκρινίστηκε έτσι ώστε να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην απειλητική του φύση παρά στο ότι το γεγονός αυτό βρίσκεται έξω από το φάσμα της συνήθους ανθρωπίνης εμπειρίας, όπως ίσχυε στο DSM-III και στο DSM-III-R( American Psychiatric Association,1980; American Psychiatric Association,1987 ). Επίσης στο DSM-IV διευκρινίζονται καλύτερα τα συμπτώματα της διαταραχής στα παιδιά αν και παύει να αναγνωρίζεται η απώλεια κατακτημένων αναπτυξιακών επιτευγμάτων ως στοιχείο που φανερώνει αποφυγή. Τέλος το DSM-IV διευκρινίζει τρεις υποπεριπτώσεις της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες : την οξεία, τη χρόνια και τη διαταραχή με καθυστερημένη έναρξη. Οξεία χαρακτηρίζεται η διαταραχή όταν διαρκεί από ένα έως τρεις μήνες, χρόνια όταν διαρκεί για περισσότερους από τρεις μήνες και με καθυστερημένη έναρξη όταν μεσολαβούν τουλάχιστον έξι μήνες ανάμεσα στο τραυματικό γεγονός και την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων της διαταραχής . (Perrin et all.,2000).

## 1.3 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ

### 1.3.1 Φοβικές αντιδράσεις και άγχος

Ο φόβος είναι μια απολύτως φυσιολογική αντίδραση σε γεγονότα που απειλούν την σωματική ή ψυχολογική ασφάλεια του παιδιού. Στην ουσία είναι μια υγιής αντίδραση προσαρμογής, την οποία κάθε γονέας αξιοποιεί για να διδάξει στο παιδί να αποφεύγει τους κινδύνους. Είναι επίσης μια προσαρμοστική αντίδραση, υπό την έννοια ότι εξασφαλίζει στο παιδί την ετοιμότητα να αντιμετωπίζει καταστάσεις ανάγκης. Σε τέτοιες κρίσιμες στιγμές, το παιδί βιώνει μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα, όπως ταχυκαρδία, ρίγη και τρεμούλα, στομαχικές ανωμαλίες, ξηρότητα του στόματος, εφίδρωση των χεριών και άλλα. Αυτές οι αντιδράσεις απορρέουν από βιοφυσιολογικούς μηχανισμούς του σώματος. Είναι υπο-προϊόντα των αλλαγών στην βιοχημική κατάσταση του σώματος, οι οποίες επισυμβαίνουν καθώς ελευθερώνεται η αδρεναλίνη (ορμόνη που εκκρίνεται από τα επινεφρίδια) μέσα στην κυκλοφορία του αίματος. Η ανάπτυξη των φόβων στα παιδιά επηρεάζεται από την ιδιοσυγκρασία και τις προσωπικές εμπειρίες του παιδιού αφενός και αφετέρου από τις περιβαλλοντικές συνθήκες που εμφανίζονται τα φοβικά ερεθίσματα.

Η κακοποίηση των παιδιών διαφόρων ηλικιών, αποτελεί μια ατομική καταστροφή η οποία προκαλεί στα παιδιά, ανάλογα με την διάρκεια αλλά και τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε παιδιού, τέτοιες αντιδράσεις φόβου αλλά και έντονου άγχους το οποίο είναι μη λειτουργικό και μη ελέγξιμο από το παιδί. Ως αποτέλεσμα το περιστατικό ή η επαναλαμβανόμενη κατάσταση της κακοποίησης, εκλαμβάνεται από το παιδί ως κάτι αόριστο, ξαφνικό και συγκεχυμένο και πολλές φορές εμφανίζονται συμπτώματα Μετατραυματικής Αγχώδους Διαταραχής που απαιτούν προσοχή και θεραπεία σε πρώιμο όσο το δυνατόν στάδιο, έτσι ώστε τα παιδιά να μπορέσουν να συνεχίσουν την ζωή τους, με λειτουργικότητα και παιδική αθωότητα.

## ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα βασίστηκε κυρίως σε βιβλιογραφικές πηγές και ερευνητικά δεδομένα που σχετίζονται με το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών και στα επακόλουθα μετατραυματικά συμπτώματα που εμφανίζονται στα περισσότερα παιδιά που έχουν βιώσει μια τέτοιου είδους ατομική καταστροφή.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από 21 άρθρα που χρονολογούνται από το 1983 έως το 2004. Οι λέξεις- φράσεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση άρθρων από επιστημονικά περιοδικά μέσω ηλεκτρονικής αναζήτησης ήταν οι εξής : κακοποίηση ανηλίκων, PTSD, βασανιστήρια, επιθετική συμπεριφορά. Οι μηχανές αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: Google psychology, Yahoo psychology και Science Direct.

Η βιβλιογραφία που επιλέχθηκε αναφέρεται σε ερευνητικά δεδομένα και θεωρίες που καλύπτουν μια αρκετά μεγάλη περίοδο, από το 1966 έως και το 2006. Οι βιβλιογραφικές αναφορές που προέρχονται από την Ελληνική βιβλιογραφία καλύπτουν περίπου τα τελευταία είκοσι χρόνια, ενώ η Ξενόγλωσση, κυρίως αγγλική βιβλιογραφία καλύπτει μια αρκετά μεγαλύτερη χρονική περίοδο, περίπου πενήντα χρόνια. καθώς η παρούσα έρευνα προσπαθεί να εξετάσει το φαινόμενο λαμβάνοντας υπόψιν κυρίως παραδοσιακές θεωρίες, όπως αυτή της θεωρίας Δεσμού ,μέσα από την οποία κατανοούμε την αιτία της κακοποίησης στην αλληλεπίδραση γονέα- παιδιού.

Τα ξενόγλωσσα βιβλία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κατά βάση στην αγγλική γλώσσα, όπως προαναφέρθηκε, ενώ χρησιμοποιήθηκαν και πολλές βιβλιογραφικές πηγές που έχουν μεταφραστεί και επιμεληθεί από Έλληνες επιστήμονες .

Η βιβλιοθήκες του Πανεπιστημίου της Κρήτης, που εδράζεται στο Ρέθυμνο αλλά και του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών αποτέλεσαν τις βασικότερες πηγές πρόσβασης των βιβλιογραφικών αναφορών.

## ΕΥΡΗΜΑΤΑ

### **2. ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ**

#### **2.1 Αιτίες κακοποίησης ανηλίκων**

Είναι πού καλύτερο όταν αναφερόμαστε στα αίτια που προκαλούν τις παραλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά να τα ονομάζουμε καλύτερα «λογικές αιτιολογήσεις ή προδιαθεσικούς παράγοντες» καθώς δεν μπορούμε να ελέγξουμε πειραματικά εάν για παράδειγμα κάποιο συγκεκριμένο γεγονός στην ζωή ενός ατόμου συνέβαλε για το σχηματισμό ενός <<βασανιστή>>. Η συμπεριφορά του ατόμου είναι συνεχώς μεταβαλλόμενη και το τελικό προϊόν είναι σίγουρα αποτέλεσμα πολλών γενετικών και περιβαλλοντικών επιδράσεων οι περισσότερες από τις οποίες δεν προσφέρονται καθόλου για άμεση παρατήρηση και ανάλυση. Καθώς η συμπεριφορά των ατόμων είναι σίγουρα πολυπαραγοντικής αιτιολογίας είναι εξαιρετικά δύσκολο να εντοπίσουμε πρακτικά αιτιώδεις σχέσεις. Επίσης, αποτελεί ανυπέβλητη δυσκολία να αποσυμπλέξουμε ένα ολόκληρο πλέγμα κληρονομικών και περιβαλλοντικών επιδράσεων που εκτείνονται πολύ πίσω στο χρόνο ενώ υπάρχει το πρόβλημα της αξιοπιστίας των πληροφοριών που προέρχονται από τα παιδιά. Η «εκ' των υστέρων συνειδητοποίηση των χαρακτηριστικών ενός γεγονότος ασκεί αλλιιώτικες επιδράσεις στην πραγματική του φύση». Οι ανθρώπινες πράξεις – απλές ή σύνθετες, φυσιολογικές ή παθολογικές – είναι το προϊόν διαφορετικών, κάθε φορά, συνδυασμών αιτιολογικών επιδράσεων που έχουν συχνά μη προβλέψιμες συνέπειες. Έτσι, ανόμοιοι αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να απολήξουν σε παρόμοιες μορφές συμπεριφοράς στα διάφορα παιδιά. Από την άλλη μεριά, όμοιες συνθήκες μπορούν να οδηγήσουν σε ανόμοιες μορφές συμπεριφοράς στα διάφορα παιδιά που μεγαλώνουν κάτω από τις παρόμοιες αυτές επιδράσεις. Υπό το πρίσμα των παραπάνω διαπιστώσεων θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε όλες αυτές τις λογικές αιτιολογήσεις που οδηγούν ή προκαλούν το φαινόμενο της κακοποίησης καθώς και την προκαλούμενη από την κακοποίηση μετατραυματική περιοχή στα παιδιά.

Είναι πολύ δύσκολο να παραδεχτούμε ως κοινωνία ότι μπορεί ένας γονέας να κακοποιεί το ίδιο του το παιδί. Οι ειδικοί πολλές φορές αποφεύγουν να αποδεχθούν κάτι τόσο αποτρόπαιο με αποτέλεσμα να παραβλέπεται και να αποσιωπείται πολύ

συχνά το φαινόμενο της κακοποίησης και κατ'επέκταση οι αιτίες του. Πολύ συχνά επίσης, παρατηρείται το γεγονός να αποσιωπούνται οι αληθινές αιτίες της κακοποίησης κάτω από το πρόσχημα του σωφρονισμού. Η κοινωνία έτσι δημιουργεί το δικό της "άλλοθι" με αποτέλεσμα να διαιωνίζεται το πρόβλημα, καθώς μην θέλοντας να έρθουμε αντιμέτωποι με τις πραγματικές αιτίες δεν μπορούμε να καταπολεμήσουμε το πρόβλημα. Παρόλα αυτά η νέα κοινωνική τοποθέτηση ενδιαφέρεται για το παιδί πολύ περισσότερο από ότι παλαιότερα με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια συνολική αλλά και ατομική ενοχή. Αυτοί οι δυο παράγοντες αλληλεπιδρούν με τους κοινωνικούς παράγοντες και προσδιορίζει τον βαθμό αναγνώρισης του θέματος αυτού σε κάθε πολιτισμό. Ως προς την αιτιολογία του φαινομένου της κακοποίησης έχουν επικρατήσει δύο βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις.

α) Σύμφωνα με την πρώτη κοινωνιολογική προσέγγιση που εκπροσωπείται από τον κοινωνιολόγο D.E. Gill, θεωρείται ότι το φαινόμενο της κακοποίησης είναι άμεσα συνδεδεμένο με τους κοινωνικούς θεσμούς που πολλές φορές ενισχύουν και διατηρούν την κακοποίηση κάτω από το πρόσχημα της δημιουργίας ενός υπάκουου και πειθαρχημένου παιδιού. Μέσα από μια έρευνα που έκανε στις Η.Π.Α διαπιστώθηκε ότι ενώ οι προδιαθεσικοί παράγοντες για κακοποίηση υπάρχουν σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, παιδιά που μεγαλώνουν σε συνθήκες αποστέρησης κινδυνεύουν πολύ περισσότερο να κακοποιηθούν από τους γονείς τους ή από άλλα άτομα που τα φροντίζουν. Ο Gill διατύπωσε την υπόθεση ότι υπάρχουν δυνάμεις που συμβάλλουν στην κακοποίηση των παιδιών και που προωθούνται από τα πολιτιστικά ήθη, τα οποία δεν αποκλείουν τη χρήση βίας από τους ενηλίκους, εφόσον πρόκειται για την πειθαρχία των παιδιών. Η πρώτη δύναμη είναι η κοινωνική έγκριση της χρήσης βίας εναντίον των παιδιών. Η δεύτερη δύναμη είναι οι περιβαλλοντικές πιέσεις π.χ. κοινωνικό-οικονομική αποστέρηση, ψυχολογικές πιέσεις της καθημερινής ζωής, που αποκαλούνται << ενεργοποιά πλαίσια >> (triggering contexts) και που αποδυναμώνουν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς των γονέων για αυτοέλεγχο, με αποτέλεσμα να κακοποιούν το παιδί του χωρίς αναστολές. Η Τρίτη δύναμη είναι η παθολογική-αποκλίνουσα κοινωνική, σωματική, νοητική και συναισθηματική λειτουργία των κακοποιούντων-βασανιστών ή των κακοποιημένων παιδιών. Η τέταρτη είναι οι διαταραγμένες ενδό-οικογενειακές σχέσεις, με συγκρούσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Συνοψίζοντας, η μελέτη του Gill τόνισε ότι ένα τόσο διαδεδομένο φαινόμενο, όπως η βίαιη συμπεριφορά ενηλίκων προς τα παιδιά, δεν

μπορεί να αποδοθεί αιτιολογικά στην ατομική ψυχοπαθολογία του κάθε ενηλίκου, παρά μόνο σε βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις και κοινωνικούς θεσμούς (Γ.Τσιάντης,1987).

β) Αντιθέτως η σχολή του Denver ,εντοπίζει τα αίτια της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών περισσότερο στην ψυχοπαθολογία των γονέων τους. Δηλαδή τα αίτια είναι περισσότερο ατομοκεντρικά. Τα άτομα αυτά περιγράφονται ως ανώριμα, κοινωνικά απομονωμένα, με σημαντικές εμπειρίες βίας στο οικογενειακό τους περιβάλλον με αποτέλεσμα κακές μη ουσιαστικές σχέσεις με τις οικογένειες τους . Επίσης, είναι συχνά μικρής ηλικίας και έχουν βιώσει όπως προαναφέρθηκε παραμέληση ή συναισθηματική αποστέρηση στην παιδική τους ηλικία. Αυτά τα άτομα δύσκολα εμπιστεύονται άτομα που έχουν εξουσία ενώ είναι αρκετά ανασφαλή με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αν και είναι αρκετά δύσκολο να περιγράψεις την προσωπικότητα αυτών των ατόμων τα παραπάνω χαρακτηριστικά εμφανίζονται πολύ συχνά στις οικογένειες αυτών των παιδιών.

Οι κύριοι ερευνητές του Denver στις Η.Π.Α ότι προϋπόθεση για κακοποίηση-παραμέληση αποτελούν τέσσερις βασικοί παράγοντες :

- Η προδιάθεση για κακοποίηση που ενυπάρχει στο γονέα ή σε άλλο άτομο που φροντίζει το παιδί
- Ένα παιδί για το οποίο πιστεύουν ότι χρειάζεται ξύλο
- Μια ή περισσότερες οικογενειακές κρίσεις
- Γονείς που δεν έχουν συγγενείς ή φίλους στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν σε περιόδους κρίσης.(Γ.Τσιαντής,2001)

Προσπάθεια συγκερασμού των μοντέλων αυτών γίνεται από τον Gelles το 1972 αφού μελέτησε προσεκτικά και τα δύο κυριότερα μοντέλα κακοποίησης παιδιών. Τέλος πρότεινε μια σειρά μεθοδολογικών προγραμμάτων βασισμένων στα προαναφερόμενα μοντέλα που θα βοηθούσαν στην πρόληψη και θα προέρχονταν από την σύνθεση αυτών των μοντέλων.

Έχοντας παραθέσει τις δύο κυριότερες απόψεις για την αιτία του φαινομένου μπορούμε εύλογα να υποθέσουμε ότι η αλήθεια εντοπίζεται στον συνδυασμό των δύο παραπάνω απόψεων. Οι μελέτες των Τσιάντη, Κοκκέβη και Άγάθωνος στην Ελλάδα δείχνουν ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί όσο και οι

παράγοντες της ψυχοπαθολογίας και της ψυχικής αποστέρησης των ατόμων που ασκούν βία στα ανήλικα θύματα.

Ο Bhattacharyya .χαρακτηριστικά αναφέρει ότι <<η αποστέρηση παρατηρείται μέσα σ'ένα κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από μεγάλη φτώχεια, επισφαλή ανθυγιεινή διαβίωση, έλλειψη τροφίμων, πολυμελείς οικογένειες ,άγνοια και έναν ασυμβίβαστο συνδυασμό πρωτόγονων και σύγχρονων μεθόδων και συνηθειών διατροφής και ανατροφής των παιδιών. Η οικογένεια βρίσκεται μόνιμα κάτω από ψυχολογική πίεση, οι σχέσεις υποφέρουν και οι συνηθισμένοι τρόποι κοινωνικής συμπεριφοράς υποβαθμίζονται, τα συναισθήματα γίνονται παράλογα και απρόσωπα>>

Γενικότερα, μέσα από μια σειρά ερευνών που έχουν συντελεστεί, διαπιστώνεται ότι οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου είναι οι εξής:

- Φτώχεια
- Πολιτιστικοί παράγοντες
- Γονική εγκατάλειψη
- Χρήση ναρκωτικών
- Αλκοολισμός
- Διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις
- Νομικό δικαίωμα επιβολής της πειθαρχίας

### **2.1.1 Ο δεσμός μητέρας-παιδιού ως προδιαθεσικός παράγοντας κακοποίησης**

Πολλοί θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι η κακή σχέση ή η έλλειψη δεσμού ανάμεσα στο παιδί και το άτομο που του προσφέρει φροντίδα αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την εμφάνιση του φαινομένου της κακοποίησης ή της παραμέλησης .Η ύπαρξη συναισθηματικού δεσμού αποτελεί αναγκαία και βασική προϋπόθεση για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Σύμφωνα με πολλούς ειδικούς, η βάση της σχέσης μητέρας –βρέφους θεμελιώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, περίοδος κατά την οποία, συμβαίνουν στην μητέρα ορμονικές αλλαγές που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συναισθηματική της κατάσταση. Η μητέρα αποτελεί για το παιδί το κύριο πρόσωπο αναφοράς, τη δεσπύζουσα μορφή με την οποία αναπτύσσει μια έντονη αμφίδρομη δυαδική σχέση, μια σχέση αλληλεπίδρασης, αλληλοσυμπλήρωσης

και αλληλοεκπλήρωσης. Η Dolto αναφέρει ότι η σχέση με τη μητέρα δημιουργείται μέσω της ικανοποίησης των αναγκών, που συνοδεύονται από μια γλώσσα συγκινησιακών, νευματικών και μιμητικών επιθυμιών. Η φύση του δεσμού που αναπτύσσει το μωρό με την μητέρα του έχει μελετηθεί από τον Bowlby ο οποίος βασίστηκε στην ψυχαναλυτική του παιδεία και στις παρατηρήσεις της Ηθολογίας (Ethology). Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις αυτές ένα μικρό ζώο γεννιέται με την έμφυτη τάση να ακολουθεί την μητέρα και να μένει κοντά της αλλά και εκδηλώνει ταραχή όταν αυτή δεν είναι κοντά του. Σύμφωνα με τον John Bowlby όλοι οι άνθρωποι ανεξάρτητα από την ηλικία, είναι ευτυχισμένοι και αναπτύσσουν τα ταλέντα τους όταν είναι σίγουροι ότι δίπλα τους υπάρχουν άτομα τα οποία μπορούν να εμπιστευτούν και στα οποία μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια όταν εμφανιστούν δυσκολίες. Το έμπιστο άτομο, στην συγκεκριμένη περίπτωση η μητέρα, είναι γνωστό και ως πρόσωπο δεσμού (Bowlby, 1969) και θεωρείται ότι παρέχει στο παιδί την ασφαλή βάση από την οποία μπορεί να ενεργήσει. Η θεωρία δεσμού (Bowlby, 1979) είναι ένας τρόπος θεωρητικοποίησης της έντονης τάσης των ανθρώπων να δημιουργήσουν δυνατούς συναισθηματικούς δεσμούς με συγκεκριμένα άτομα, καθώς και ένας τρόπος ερμηνείας των διάφορων μορφών συναισθηματικής δυσφορίας και διαταραχής της προσωπικότητας, περιλαμβανομένου, του άγχους, του θυμού, της κατάθλιψης και της συναισθηματικής αποδέσμευσης, τα οποία εμφανίζονται μετά από ακούσιο αποχωρισμό ή απώλεια. Το κυριότερο συμπέρασμα του Bowlby είναι ότι για να αναπτυχθεί ψυχικά υγιές το βρέφος θα πρέπει να νιώσει μια ζεστή, στενή και αδιάκοπη σχέση με τη μητέρα του (ή μόνιμο υποκατάστατο της), στην οποία βρίσκουν και οι δύο ικανοποίηση και ευχαρίστηση. Όταν η φροντίδα που παρέχεται στο παιδί δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, τότε δημιουργούνται αισθήματα άγχους και αγχωτικά εσωτερικά μοντέλα δημιουργίας δεσμού (Bowlby, 1969, 1973). Γιατί όμως ένα παιδί έχει τόσο πολύ ανάγκη το συναισθηματικό δεσμό με την μητέρα και κατ' επέκταση την προσκόλληση με το συγκεκριμένο πρόσωπο που του παρέχει φροντίδα;

Με την σύλληψη του μωρού, η μητέρα αρχίζει με την φαντασία της να ετοιμάζει τον ψυχολογικό χώρο μέσα της που θα κρατήσει το μωρό όσο διάστημα χρειάζεται για να σχηματίσει την αίσθηση του εαυτού του ξεχωριστού από την μητέρα (Tsianths & S. Manolopoulos, 1987). Ο Winnicott αναφέρει ότι η μητέρα στα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης αναπτύσσει την πρωτογενή μητρική ενασχόληση (primary maternal



preoccupation). Στην συνέχεια αφού έρθει σε επαφή με το νεογέννητο αποκτά την ικανότητα να συναισθάνεται (empathy) αυτό που το μωρό χρειάζεται. Αρχικά, μητέρα και παιδί είναι αδιαχώριστες οντότητες. Το παιδί συμβιώνει με την μητέρα και αναπτύσσει μια μοναδική επικοινωνία. Πολλοί θεωρητικοί της μάθησης όπως ο Dollard Miller αλλά και ψυχαναλυτές που προσπάθησαν να δώσουν απάντηση στο παραπάνω ερώτημα υπέθεσαν ότι ο συναισθηματικός δεσμός δημιουργείται επειδή η μητέρα παρέχει τροφή στο παιδί της. Εάν εξετάσουμε όμως προσεκτικά τις ενδείξεις αυτές η παραπάνω εξήγηση φαίνεται ελλιπής. Άφθονες μαρτυρίες υποστηρίζουν ότι τα πτηνά και τα άλλα θηλαστικά, τα μικρά συνδέονται με τα μητρικά αντικείμενα, μολονότι μπορεί να μην τρέφονταν από αυτή την πηγή (Harlow και Harlow 1965, Cairns 1996). Εκείνο που τώρα γνωρίζουμε για την οντογένεση των συναισθηματικών δεσμών είναι ότι αναπτύσσονται επειδή ένα νεογέννητο έχει έντονη προδιάθεση να πλησιάζει κάποιες μορφές ερεθισμάτων, κυρίως οικείων και να αποφύγει άλλα, κυρίως ξένα. Είναι λοιπόν βέβαιο ότι η ικανότητα για δεσμό είναι υψηλής αξίας για την επιβίωση ενός είδους.

Προσπαθώντας να ορίσει την έννοια του δεσμού ο Bowlby αναφέρει ότι συμπεριφορά δεσμού θεωρείται κάθε τύπος συμπεριφοράς που έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να αποκτά ή να διατηρεί την αμεσότητα με κάποιο άλλο άτομο το οποίο έχει επιλέξει και προτιμά και που συνήθως θεωρεί ισχυρότερο και σοφότερο. Ο δεσμός του μωρού με την μητέρα του μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή ομοιόστασης, ο στόχος της οποίας είναι «να διατηρήσει (το μωρό) μια απόσταση σε σχέση με την μητέρα του, που θα την κρατήσει προσβάσιμη» (Tsianths & S. Manolopoulos, 1987). Αν και είναι εμφανής στην παιδική κυρίως ηλικία, η συμπεριφορά δεσμού χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος από την γέννηση μέχρι το θάνατο. Περιλαμβάνει το κλάμα και το κάλεσμα που ελκύουν φροντίδα, το τρέξιμο πίσω από την μητέρα και την προσκόλληση σε αυτήν, καθώς επίσης και την έντονη διαμαρτυρία όταν το παιδί αφήνεται μόνο του με άγνωστα άτομα. Με την πάροδο του χρόνου η συχνότητα και η ένταση αυτής της συμπεριφοράς ελαττώνονται σταθερά. Ωστόσο, όλοι αυτοί οι τύποι συμπεριφοράς διατηρούνται ως ένα σημαντικό κομμάτι του εξοπλισμού της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Αναφορικά με τον ρόλο του γονέα ή οποιουδήποτε έχει επωμιστεί το ρόλο της φροντίδας του παιδιού, είναι συμπληρωματική της συμπεριφοράς του δεσμού. Οι ρόλοι του ατόμου που παρέχει φροντίδα είναι κατ'

αρχάς το άτομο αυτό να είναι προσιτό και να ανταποκρίνεται όταν και όπως του ζητηθεί και, δεύτερον, να παρέμβει συνετά όταν το παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο.

Ο ρόλος αυτός δεν είναι απλώς ρόλος- κλειδί , αλλά υπάρχει βάσιμη ένδειξη ότι ο τρόπος με τον οποίο θα ανταποκριθεί ο γονιός είναι σε μεγάλο βαθμό αποφασιστικός για το αν το παιδί μεγαλώνοντας θα είναι ψυχικά υγιές άτομο.

Ο βαθμός στον οποίο οι γονείς (α) προσφέρουν στο παιδί μια ασφαλή βάση και (β) το ενθαρρύνουν να εξερευνήσει από την βάση αυτή. Η άσκηση των ρόλων αυτών από τους γονείς παρουσιάζει παραλλαγές σε διάφορες παραμέτρους. Η σημαντικότερη παράμετρος, επειδή ακριβώς διεισδύει σε όλες τις σχέσεις, αφορά στο βαθμό στον οποίο οι γονείς αναγνωρίζουν και σέβονται την επιθυμία και την ανάγκη του παιδιού για ασφαλή βάση και διαμορφώνουν τη συμπεριφορά τους ανάλογα. Αυτό συνεπάγεται: πρώτων, μια διαισθητική και γεμάτη συμπάθεια κατανόηση της συμπεριφοράς δεσμού του παιδιού, αλλά και προθυμία να την ικανοποιήσουν και κατά συνέπεια να την τερματίσουν. Δεύτερων, αναγνώριση του γεγονότος ότι μια από τις συνηθέστερες πηγές του παιδικού άγχους είναι η ματαίωση της επιθυμίας του παιδιού για αγάπη και φροντίδα, καθώς και αβεβαιότητα για το κατά πόσο οι γονείς θα συνεχίσουν να είναι διαθέσιμοι. Έτσι, όταν οι γονείς ικανοποιούν ακριβώς τις ανάγκες του παιδιού, το ταΐζουν όταν πεινάει και γενικότερα ανακουφίζουν τον πόνο του, αρχίζουν να αναπτύσσονται σταδιακά αμοιβαία και καθορισμένα πρότυπα αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο παιδί και τον γονέα. Ο σχηματισμός του δεσμού όμως, δεν επηρεάζεται μόνο από την συμπεριφορά του ατόμου που παρέχει φροντίδα αλλά και από τις αντιδράσεις του ίδιου του παιδιού, καθώς πρόκειται για μια δυαδική σχέση αλληλεπίδρασης. Βασική προϋπόθεση για την δημιουργία ασφαλούς δεσμού δεν είναι μόνο μια αρκετά καλή μητρικότητα(Winnicott,1958) αλλά και μια καλή παιδική συμπεριφορά . Για παράδειγμα η συμπεριφορά ενός βρέφους που έχει γεννηθεί πρόωρα, είναι λιγότερο προβλέψιμη από τα υπόλοιπα βρέφη με αποτέλεσμα την αδυναμία έκφρασης διαφορετικών αναγκών μέσω του διαφορετικής έκφρασης του σώματος (κλάμα),με αποτέλεσμα οι γονείς να μην κατανοούν τις ανάγκες τους και να ματαιώνεται κάθε προσπάθεια τους. Οι γονείς σε αυτή την περίπτωση δεν λαμβάνουν από τα παιδιά τους την αναγκαία, για την δημιουργία ενός ασφαλή δεσμού, ανατροφοδότηση με αποτέλεσμα να κλονίζεται η εμπιστοσύνη που έχουν στο γονεϊκό τους ρόλο. Έχει παρατηρηθεί ότι όσο ο γονέας έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητες του για ικανοποίηση των αναγκών του βρέφους τόσο περισσότερος

ανεκτικός εμφανίζεται να είναι σε περιπτώσεις κρίσεων στην σχέση του με το παιδί με αποτέλεσμα να αποφεύγεται το φαινόμενο της κακοποίησης.

### 2.1.2 Αιτίες επιθετικής συμπεριφοράς

Λαμβάνοντας υπόψιν ότι η κακοποίηση ανηλίκων αποτελεί μια μορφή επιθετικής συμπεριφοράς, θα ήταν χρήσιμο να ερευνήσουμε τα αίτια του φαινομένου της κακοποίησης υπό το πρίσμα των θεωρητικών απόψεων που μελετούν τα αίτια της επιθετικότητας. Εξαιτίας της πολυπλοκότητας της έννοιας μπορεί κανείς να συμπεράνει πως υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί και μεταξύ τους αποκλίνοντες ορισμοί της επιθετικότητας. Ενδεικτικά, μπορούμε να αναφερθούμε στον ορισμό του J. Dollard, σύμφωνα με τον οποίο με τον όρο "επιθετικότητα" χαρακτηρίζεται κάθε συμπεριφορά, της οποίας τελικός σκοπός (goal response) είναι ο τραυματισμός του προσώπου, εναντίον του οποίου αυτή κατευθύνεται. Για το θέμα αυτό έχουν διατυπωθεί δύο απόψεις αντίθετες μεταξύ τους. Η μία άποψη δέχεται ότι η επιθετικότητα προκαλείται από **ενδογενή αίτια**, από κληροδοτημένα «ένστικτα» άρα η επιθετική συμπεριφορά είναι κυρίως ορμικό ή ενστικτικό φυλογενετικό προϊόν, που επηρεάζεται πολύ λίγο από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες ενώ κατά την άλλη η επιθετικότητα είναι αποτέλεσμα **περιβαλλοντικών επιδράσεων**, των εμπειριών και των βιωμάτων του ατόμου, είναι δηλαδή κυρίως αποτέλεσμα μάθησης και αγωγής όπου υπερτονίζονται τα εξωγενή και πολιτιστικά αίτια.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους θεωρητικούς της πρώτης άποψης η επιθετικότητα θεωρείται πρωτογενές **ένστικτο\***, το οποίο θα πρέπει να δαμαστεί. Η επιθετικότητα αποδίδεται σε έμφυτες τάσεις και αποτελεί κατάλοιπο της ζωόδους κληρονομιάς του ανθρώπου. Αν το άτομο καταπνίγει μέσα του τα εχθρικά του συναισθήματα, θα δημιουργηθούν επικίνδυνες εσωτερικές εντάσεις και πιέσεις και, τελικά θα έχουμε μια βίαιη και καταστροφική έκρηξη. Αν δηλαδή η επιθετικότητα είναι πραγματικά μια πρωτογενής βιολογική ανάγκη – όπως η πείνα ή η δίψα-τότε οδηγεί αναπόφευκτα το άτομο σε επιθετικές ενέργειες, όπως αυτή της κακοποίησης. Οι ενδογενείς βιολογικοί παράγοντες, όπως οι ορμόνες και οι μηχανισμοί λειτουργίας του εγκεφάλου, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς, και στους ανθρώπους και στα ζώα. Πειράματα που έχουν γίνει σε ζώα έχουν εντοπίσει σημεία-κέντρα στον εγκέφαλο που σχετίζονται με την εκδήλωση οργής και επιθετικής συμπεριφοράς. Οι εσωτερικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά

τη διάρκεια των λεγομένων συναισθημάτων έκτακτης ανάγκης όπως η οργή ,ο πόνος, η ταραχή και ο φόβος έχουν ως αποτέλεσμα κάποιες ορμονικές αλλαγές οι οποίες ενεργοποιούν τις δυνάμεις του ατόμου με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να μπορεί να προετοιμαστεί για μια αποφασιστική μάχη ή για μια γρήγορη φυγή στην προσπάθεια του να επιβιώσει. Τέλος αναφορικά με το νευροφυσιολογικό υπόστρωμα της επιθετικότητας γνωρίζουμε ότι η εμφάνιση του θυμού και της οργής στον άνθρωπο ρυθμίζεται από τον τόσο εξαιρετικά αναπτυγμένο φλοιό του εγκεφάλου , ο οποίος μπορεί άλλοτε να αναστέλλει και άλλοτε να απελευθερώνει τις επιθετικές εκδηλώσεις.

---

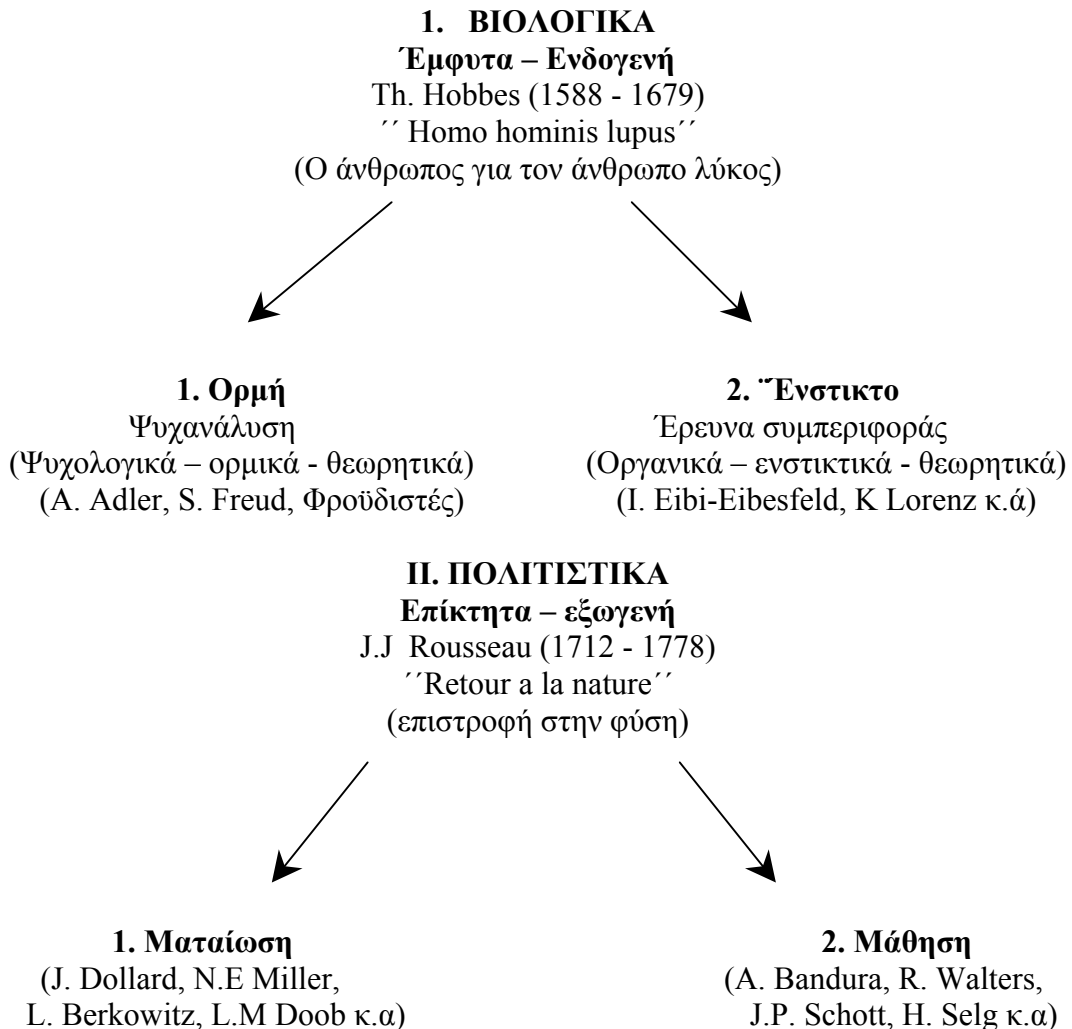
\* Τα **ένστικτα** είναι πολύπλοκες , στερεότυπα επαναλαμβανόμενες,, μορφές συμπεριφοράς που δεν επηρεάζονται από τη μάθηση και την άσκηση και που τις συναντάμε σε κάθε μέλος του ζωικού βασιλείου.

Σύμφωνα με αυτή την άποψη ο A. Adler παρουσίασε κατ' αρχήν την επιθετικότητα σαν μια ενεργητική δύναμη που πρέπει να εξασφαλίσει την αυτοδιάσωση του οργανισμού. Δεν είναι η επιθετικότητα καθαυτή μια ορμή, αλλά μια αντίδραση του οργανισμού, που έχει διαμορφωθεί σ' όλη την εξελικτική πορεία της ζωής.

Οι υποστηρικτές της δεύτερης άποψης για την προέλευση της επιθετικότητας αναφέρουν ότι δεν υπάρχει καμία ενστικτώδη παρόρμηση για βία μέσα στον άνθρωπο. Το συναίσθημα του θυμού μπορεί να προκληθεί από ακούσιες εσωτερικές διεργασίες, αλλά οι αντιδράσεις του ανθρώπου στη συναισθηματική αυτή κατάσταση δεν είναι στερεοτυπικές, όπως στα ένστικτα. Η επιθετικότητα είναι μια μαθημένη συνήθεια ,μια επιγενής παρόρμηση.

## Διάγραμμα Ι.

### ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΕΡΩΝ ΘΕΩΡΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ



(Βουιδάσκη, 1987).

### 2.1.3 Ψυχοπαθολογία του βασανιστή – Ποιος κακοποιεί και γιατί;

Σε όλη τους την ζωή τα άτομα καλούνται να προσαρμοστούν σε μια ατέρμονη αλυσίδα από μεταβαλλόμενα γεγονότα (βιολογικά και ψυχολογικά), καταστάσεις και πρόσωπα. Ο αμερικάνος Karl Manniger ορίζει την ομαλή συμπεριφορά ως την προσαρμογή στο περιβάλλον-φυσικό και ανθρώπινο- με την μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα και με την μεγαλύτερη ατομική ευτυχία. Το άτομο που δεν καταφέρνει να αναπτύξει αυτήν την διττή προσαρμογή – την ενδοπροσωπική και τα διαπροσωπική – χαρακτηρίζεται ως απροσάρμοστο ή ως προβληματικό. Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε τα αίτια της κακοποίησης – παραμέλησης θα πρέπει να αναφερθούμε στην ψυχολογία του βασανιστή καθώς και στην αδυναμία του να προσαρμοστεί και να ζήσει αρμονικά με τους σημαντικούς άλλους.

Ο Donald Winnicott, στην ομιλία του με θέμα «Ψυχανάλυση και ενοχή» περιέγραψε το ζωτικό ρόλο που παίζει στην ανάπτυξη του ατόμου η υγιής ικανότητα να νιώθει ενοχή. Ο ίδιος έκανε σαφές ότι η ικανότητα να βιώνουμε ενοχή αποτελεί απαραίτητο χαρακτηριστικό του υγιούς ατόμου. Επίσης, περιέγραψε πως η ικανότητα να νιώθουμε ενοχή συνεπάγεται την ανοχή της αμφιθυμίας, καθώς και την παραδοχή της ευθύνης για την αγάπη και το μίσος μας. Πρέπει να τονίσουμε ότι δεν υπάρχει τίποτα μη υγιές στη σύγκρουση αυτή. Αντίθετα η σύγκρουση είναι μια φυσιολογική κατάσταση για όλους μας. Κατανοούμε, λοιπόν ότι αυτό που χαρακτηρίζει το ψυχικά άρρωστο άτομο δεν είναι η έλλειψη συγκρούσεων αλλά η αδυναμία του να ρυθμίζει ικανοποιητικά αυτές τις συγκρούσεις. Σύμφωνα με την παραπάνω άποψη η αδυναμία να ελέγξει αυτές τις συγκρούσεις είναι η βασική αιτία του πολυπαραγοντικού φαινομένου του βασανισμού και της κακοποίησης αλλά και της ανεξήγητης συμπεριφοράς ενός βασανιστή.

Στην προσπάθεια μας να κατανοήσουμε την συμπεριφορά αλλά και τα κίνητρα του ατόμου που κακοποιεί και προβαίνει σε επιθετικές-βασανιστικές συμπεριφορές, ίσως θα ήταν χρήσιμο να ανατρέξουμε πίσω στην παιδική ηλικία όπου θέτονται οι βάσεις για τον σχηματισμό της προσωπικότητας των ατόμων. Βασανιστήρια συχνά εκτελούνται από παιδιά, με αντικείμενό τους κάποιο ζώακι. Σύμφωνα με τον Freud τα βασανιστήρια μπορούν να εκληφθούν απλά ως μια άσκηση κυριαρχίας. Γενικότερα στα βασανιστήρια τα παιδιά εκφράζουν τον πόνο και τον τρόπο που

ίσως έχουν νιώσει. Σε λογικό επίπεδο αποστασιοποιούνται απ' στον πόνο και θριαμβεύουν πάνω σ' αυτόν.

Τα παιδιά στο σχολείο, και ιδιαίτερα στη εφηβεία, περνούν από το σωματικό βασανισμό ζώων στην ομαδική κακομεταχείριση των συνομηλίκων τους. Το παραπάνω φαινόμενο περιγράφεται με τους όρους θυματοποίηση/εκφοβισμός και αναφέρεται σε βίαιες ή επιθετικές πράξεις που ασκούνται επανειλημμένα από ένα παιδί με στόχο να προκαλέσουν σωματικό ή/και ψυχικό πόνο και τελικά να το υποτάξουν(Olweus,1993).Οι μικροί <<βασανιστές >> διασκεδάζουν, αυτοεπιβεβαιώνονται, ξεφεύγουν απ' τις δικές τους δυσκολίες ταυτότητας (και σεξουαλικής). Το φαινόμενο είναι έντονα ομαδικό και κοινωνικό, με συγκεκριμένους ρόλους (βασανιστές / εξουσιαστές, βοηθοί , συμμετέχοντες -θεατές, θύματα, αλλά και κάποιοι υπερασπιστές των τελευταίων). Έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά που προχωρούν σε τέτοιες συμπεριφορές είναι εκείνα που έχουν συναισθηματικά κακοποιηθεί στο σπίτι τους. Τέλος, τα <<βασανιστήρια >> αυτά των παιδιών συνήθως τα ανέχεται (συχνά εθελουφλώντας) η ιεραρχική δομή του σχολείου στην οποία εντάσσονται. Κάθε σχεδόν στοιχείο αυτής της περιγραφής προσιδιάζει με τα βασανιστήρια των ενηλίκων.

Μεγάλο μέρος της συμπεριφοράς αυτών που χρησιμοποιούν άκρα βία εξηγείται ως προσπάθεια κυριαρχίας. Οι άνθρωποι αυτοί προσπαθούν να κυριαρχήσουν πάνω στην εμπειρία η την απειλή της ντροπής και του εξευτελισμού, όπως έχει υποστηρίξει ο ψυχίατρος και διευθυντής του κέντρου για τη μελέτη της βίας στο Χάρβαρντ, Τζέιμς Γκίλιγκαν.

Επίσης ,στην εκτέλεση βασανιστηρίων συνεισφέρει και η τάση του ατόμου να υποτάσσεται στις αρχές, ακόμα κι αν εκείνες δεν τον απειλούν προσωπικά. (Μουτούσης,2004).

#### Κλινικά χαρακτηριστικά των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους

Έχοντας αναφερθεί σε μια γενικότερη ερμηνεία όσων γενικά διαπράττουν κάποιας μορφής κακοποίησης και γενικότερα σε όσους επιδεικνύουν μία ασυνήθιστα επιθετική συμπεριφορά θα μπορούσαμε να αναφερθούμε ειδικότερα στα άτομα που κακοποιούν κυρίως τα ανήλικα παιδιά τους.

Μια λαϊκή πεποίθηση είναι ότι οι άνθρωποι που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους πρέπει να είναι ψυχικά άρρωστοι. Αν και ένα μικρό ποσοστό που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι όντως ψυχικά άρρωστοι( το 10% κατά μια εκτίμηση), οι περισσότεροι δεν είναι(Kempe & Kempe,1978). Το 5% περίπου των οικογενειών που δέρνουν τα παιδιά τους, ο ένας γονέας υποφέρει από ψύχωση με παραισθήσεις ή κατάθλιψη, ενώ ορισμένοι δεν έχουν καμία επικοινωνία και ευαισθησία απέναντι σε ένα συγκεκριμένο παιδί, σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα(Kempe,1987) . Ένα άλλο 5% των γονέων φαίνεται ότι είναι επιθετικοί ψυχοπαθείς . Αυτοί είναι άτομα που εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά σε όλα τα άτομα που βρίσκονται γύρω τους Το υπόλοιπο 90% των γονέων που παρουσιάζουν τέτοια βίαιη συμπεριφορά , έχουν από ότι φαίνεται σοβαρά προβλήματα με την φροντίδα των παιδιών τους .

Μία άλλη ευρέως διαδεδομένη πεποίθηση είναι ότι οι γονείς που κακοποιούν σωματικά τα παιδιά τους είχαν κακοποιηθεί ως παιδιά και οι ίδιοι(Belsky,1993 Kampe et al.,1962). Για μια ακόμη φορά τα δεδομένα δεν είναι τόσο απλά. Οι άνθρωποι που είχαν κακοποιηθεί σωματικά ως παιδιά είναι πιθανότερο να κακοποιήσουν τα δικά τους παιδιά, αλλά μόνο 30% από εκείνους που έχουν ιστορικό κακοποίησης ως παιδιά κακομεταχειρίζονται τα δικά τους παιδιά( Kaufman & Zigler,1989). Αυτή η θέση, επίσης, δεν εξηγεί την κακοποίηση παιδιών από γονείς που δεν είχαν κακοποιηθεί ως παιδιά. Η σεξουαλική κακοποίηση διαπράττεται συχνότερα από άντρες που γνωρίζουν τα παιδιά που κακοποιούν. Συχνά είναι συγγενείς ( Finkelhor,1994).

Αν προσπαθούσαμε να περιγράψουμε τους γονείς που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους θα λέγαμε επιπροσθέτως σε ότι έχει ήδη ειπωθεί ότι αυτά τα άτομα έχουν συνήθως εξωπραγματικές απαιτήσεις από τα παιδιά τους. Αυτές οι απαιτήσεις αφορούν κυρίως την συμπεριφορά και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών τους. Τα δικά του ελλείμματα για ότι έχουν βιώσει από τις οικογένειες τους εμφανίζονται στην δική του γονεϊκή συμπεριφορά. Θα λέγαμε ότι αναζητούν από τα παιδιά τους την αποδοχή και την ζεστασιά την οποία στερήθηκαν με αποτέλεσμα να αναπαραγάγουν το γονεϊκό πρότυπο συμπεριφοράς που έχουν εσωτερικεύσει. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο γονέας αυτός αισθάνεται μια βαθύτερη ανασφάλεια για την αγάπη των άλλων με αποτέλεσμα να την αναζητεί στο παιδί ενεργώντας ο ίδιος



ως φοβισμένο παιδί που δεν τον αγαπούν και προσβλέπει στο δικό του παιδί για επιβεβαίωση, συμπόνια, ασφάλεια και αγάπη. Το φαινόμενο αυτό περιέγραψαν ο Morris και Gould(1963) ως « αντιστροφή ρόλων» . Το ορίζουν ως αντιστροφή του ρόλου εξάρτησης , σύμφωνα με την οποία οι γονείς στρέφονται στα παιδιά τους για βοήθεια. Έτσι, ο γονέας από την μία αγνοεί τις βαθύτερες και βασικές ανάγκες του παιδιού του και από την άλλη απαιτεί από αυτό αν επιτελέσει τον δικό του ρόλο, περιμένοντας υποδειγματική συμπεριφορά ήδη από την βρεφική ηλικία που φυσικά είναι αδύνατη, λόγω του αναπτυξιακού επίπεδου του παιδιού. Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με την κοινωνική παραδοχή του κοινωνικού σφραγισμού οδηγεί συχνά αυτούς τους γονείς σε παράλογες μορφές κακοποίησης. Αν θέλουμε να μελετήσουμε από συναισθηματικό επίπεδο την συμπεριφορά αυτών των γονέων παρατηρούμε να έχουν παράλογες απαιτήσεις συναισθηματικής κάλυψης από τα παιδιά τους, όπως αναφέρθηκε. Σε περίπτωση που το βρέφος δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε όλες αυτές του τις ανάγκες ,αντιδρούν με θυμό και τιμωρία η οποία μπορεί να πάρει την μορφή συναισθηματικής ή σωματικής βίας. Οι έρευνες λοιπόν, έχουν δείξει ότι οι γονείς που κακοποιούν συστηματικά τα παιδιά τους ανεξάρτητα από τα υπόλοιπα γνωρίσματα της προσωπικότητάς τους, υιοθετούν το συγκεκριμένο πρότυπο ανατροφής.

Πολλές φορές παρατηρούμε του ειδικούς να αναλώνονται στο θέμα ποιος από τους δύο γονείς κακοποιεί το παιδί. Συνήθως και οι δύο γονείς κακοποιούν ο ένας ενεργητικά και ο άλλος παθητικά παρατηρώντας τα όσα συμβαίνουν χωρίς να παρεμβαίνει. Τα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι περισσότερο κακοποιούν οι μητέρες καθώς περνούν περισσότερες ώρες με τα παιδιά τους ,Ενώ έχει παρατηρηθεί ότι σε περίπτωση που εργάζεται η μητέρα και ο πατέρας βρίσκεται στο σπίτι τότε αυτός είναι που κακοποιεί περισσότερο.

Οι περισσότεροι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους έχουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας, συνήθως πάσχουν από την κλινική διαταραχή της προσωπικότητας, λίγοι γονείς έχουν κάποιο είδος ψύχωσης. Αυτοί οι γονείς προέρχονται από χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές τάξεις και έχουν χαμηλή νοημοσύνη(Tsiantis et all.,1981). Πάνω σε αυτό το θέμα οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί από τους B.F. Steele και C.B. Pollock υπογραμμίζουν ότι αν και τα δημογραφικά στοιχεία μαζί με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες δημιουργούν πρόσθετες πιέσεις στη ζωή των ανθρώπων και συμβάλλουν ,κατά κάποιο τρόπο, στην εμφάνιση συμπεριφορών οι

οποίες σε άλλη περίπτωση θα παρέμεναν αδρανείς ,παρόλα αυτά δεν αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες αλλά θεωρούνται συμπτώσεις που διευκολύνουν την εμφάνιση του φαινομένου της κακοποίησης. Αυτό επιβεβαιώνεται αν αναλογιστούμε ότι δεν συμβαίνει όλοι οι γονείς που έχουν οικονομικά προβλήματα, είναι αλκοολικοί και αντιμετωπίζουν προβλήματα διαβίωσης να κακοποιούν τα παιδιά τους και το αντίστροφο.

Στα παραπάνω ευρήματα είναι απαραίτητο να προσθέσουμε ότι πρόκειται για ανώριμα άτομα που ή ανάγκη τους για εξάρτηση είναι μεγάλη, παρορμητικά και γενικά με έντονα διαταραγμένη προσωπικότητα με συνεπακόλουθο έντονα διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Μερικά μοντέλα που περιγράφουν την προσωπικότητα των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους παρουσιάζονται παρακάτω:

1.Οι περισσότεροι έχουν κακοποιηθεί και οι ίδιοι ως παιδιά, πράγμα που επαναλαμβάνουν και οι ίδιοι μέσω του μηχανισμού ταύτισης με τον επιτιθέμενο. Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί η διαφορά μεταξύ των γονέων που κακοποιούν και ατών που αποτυγχάνουν να προστατέψουν τα παιδιά του από φυσικό κίνδυνο. Δηλαδή αυτοί που τα παραμελούν. Κατά την Cheeser, οι δεύτεροι το κάνουν κυρίως από άγνοια η κακές κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες. Αντιθέτως αυτοί που κακοποιούν είχαν οι ίδιοι έντονες ψυχοτραυματικές εμπειρίες κυρίως στην παιδική ηλικία

2.Ο Steele και Pollock περιγράφουν μια ανεπάρκεια στο γονεϊκό ρόλο, όταν οι γονείς δεν μπορούν να αντιληφθούν το ανώριμο της ηλικίας των παιδιών τους.

3.Σύμφωνα με τους Morris και Gould(1963) πολύ συχνά παρατηρείται μια αντιστροφή του ρόλου γονέα-παιδιού. Όπως προαναφέρθηκε οι γονείς ζητούν από τα παιδιά στοργή και αγάπη. Αυτοί οι γονείς θα μπορούσαν να περιγραφούν ως έντονα ναρκισσιστικές και ανώριμες προσωπικότητες. Αν θελήσουμε να χρησιμοποιήσουμε ψυχοδυναμικούς όρους για να περιγράψουμε αυτά τα άτομα θα λέγαμε ότι έχουν ένα παθολογικό Ύπερεγώ υπερφορτισμένο με τύψεις και ενοχές αν και επιφανειακά είναι αδιάφοροι. Το διαταραγμένο Ύπερεγώ τους εκδηλώνεται με το να αποδίδουν στο παιδί τα διωκτικά και σαδιστικά χαρακτηριστικά τους. Έτσι το παιδί γίνεται για τον γονέα ο διώκτης και ο επιτιθέμενος. Για παράδειγμα όταν το παιδί κλαίει ο γονέας κατακλύζεται από θυμό και η αγάπη ποτ νιώθει για το παιδί παραμερίζεται.

4.Όντας ανεπαρκής στην εκτέλεση του ρόλου τους, αυτοί οι γονείς έχουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση

5.Λόγω της χαμηλής εικόνα που έχουν σχηματίσει αυτοί οι γονείς για τον εαυτό τους προσπαθούν με τους αμυντικούς μηχανισμούς της προβολής και της εξωτερίκευσης να κρατήσουν μια επιφανειακή καλή εικόνα για τον εαυτό τους.

6.Η αρνητική συμπεριφορά των γονιών προβάλλεται στο παιδί το οποίο καθίσταται, <<ο αποδιοπομπαίος τράγος >>προς τον οποίο στρέφεται όλη η βία και η επιθετικότητα των γονιών του. Η κακή εικόνα του εαυτού και όλα αυτά τα αρνητικά συναισθήματα που αισθάνεται η μητέρα τα μεταβιβάζει στο παιδί μέσα από τους μηχανισμούς της άμυνας, της προβολής και της εξωτερίκευσης. Με αυτή την μετάθεση η μητέρα ταυτίζεται με την δική της κακή μητέρα. Αυτή η ταύτιση της επιτρέπει να ελέγξει την τραυματική απόρριψη που είχε βιώσει από την μητέρα της.

## Διάγραμμα II

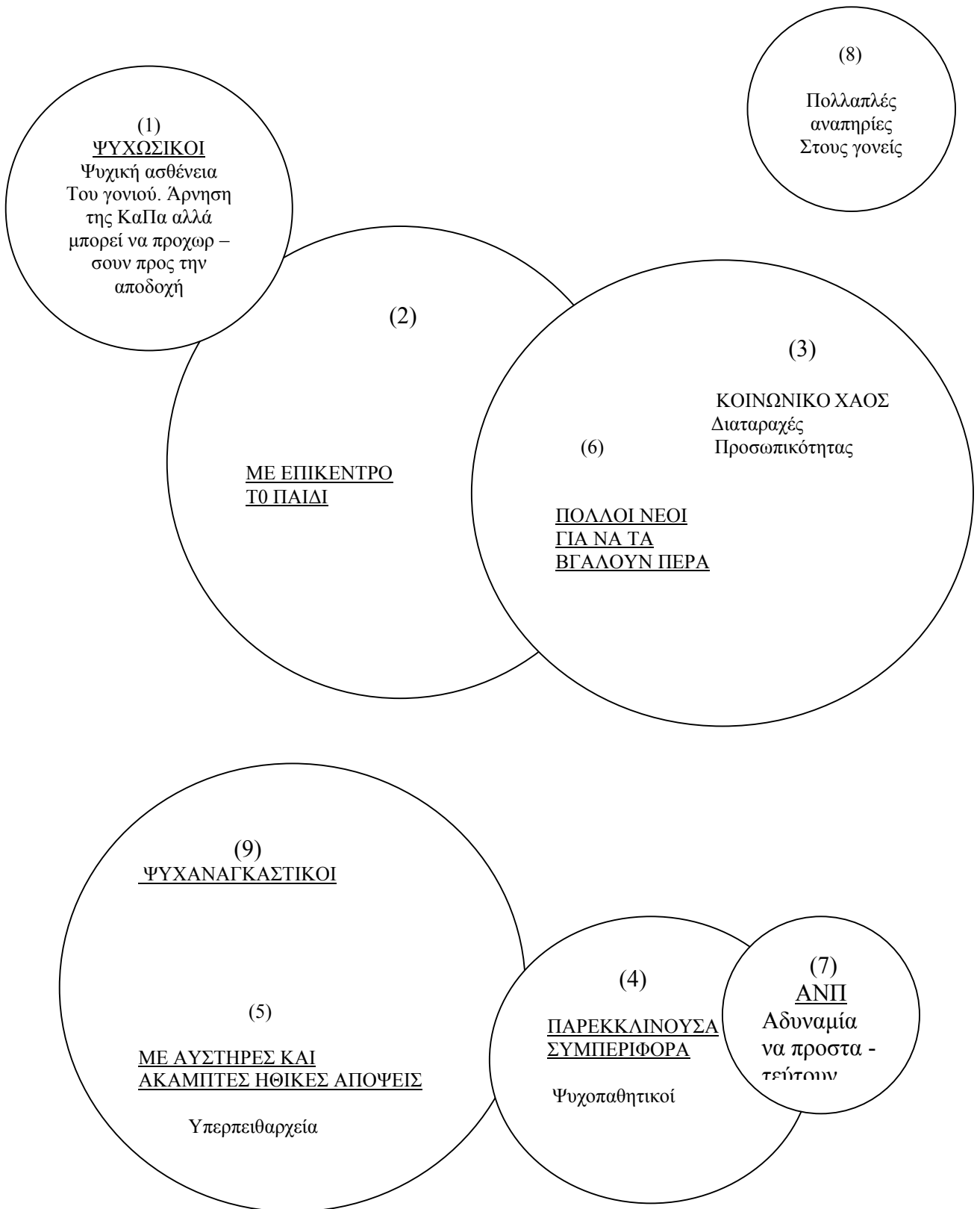
| Ψυχοδυναμικά κακοποίησης |  |
|--------------------------|--|
| Παιδί                    | → Αυξημένες απαιτήσεις για φροντίδα από μητέρα<br>Ματαιώση αναγκών παιδιού   |
| Μητέρα                   | → Ανικανοποίητες ανάγκες για εξάρτηση<br>Στέρηση από μητέρα της<br>έλλειψη υποστήριξης από σύζυγο,<br>Κοινωνικό περίγυρο     |
| Μητέρα                   | → Αυξημένες ανάγκες για εξάρτηση από παιδί<br>Και ικανοποίηση αναγκών της<br>Ματαιώση αναγκών μητέρας                        |
| Μητέρα                   | → Βλέπει το παιδί της σαν την<br>απορριπτική μητέρα της<br>Ξαναζεί την αρχική απόρριψη<br>Αποτελέσματα: άγχος, ενοχή         |
| Μητέρα                   | → Έντονη διαταραχή στην ευαίσθητη<br>ψυχική ισορροπία της<br>Προβολή της κακής εικόνας εαυτού στο παιδί<br>(άρνηση, προβολή) |
| Μητέρα                   | → Ταύτιση με την «κακή» μητέρα της και<br>επίθεση στο παιδί της, που αναπαριστά<br>τον αδύναμο και «κακό» εαυτό της          |

(G.TSIANTHS et all,2001)

Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με τους γονείς που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά τους ο Panton χρησιμοποιώντας το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα (MMPI), περιγράφει αυτά τα άτομα ως μη επιθετικά, αποξενωμένα, με αισθήματα ανεπάρκειας ,επιρρεπή στην κατάθλιψη, ανασφαλή στις ετεροφυλικές σχέσεις, με απόδοση πολύ χαμηλότερη από το δυναμικό τους ,εσωστρεφή και με φόβο για κάθε αλλαγή. Η Sgroi και οι Aderson και Shafter παρατήρησαν ‘ότι οι αυτουργοί δυσκολεύονται να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους και δεν είναι σε θέση να αναβάλλουν την άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους, πράγμα που εκφράζεται με την σεξουαλική εκδραμάτιση (acting out). Ο Aderson, επίσης, τονίζει την αδυναμία τους να συνεργαστούν με την εξουσία, σοβαρές συγκρούσεις εξάρτησης, ανικανότητα να διδαχθούν από τις εμπειρίες τους ,έλλειψη κρίσης καθώς και μια προφανή έλλειψη ενοχής που τους επιτρέπει αν επιρρίπτουν τις ευθύνες στο θύμα τους. Τέλος, ο Merill προσδιόρισε τρεις ξεχωριστές κατηγορίες χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους:

α)διάχυτη εχθρότητα και επιθετικότητα που προκαλείται εύκολα και προέρχεται από εσωτερικές συγκρούσεις, β)ακαμψία, ψυχαναγκασμός, έλλειψη ζεστασιάς προς το παιδί, έλλειψη ευελιξίας και γ) παθητικοί και εξαρτημένοι, απρόθυμοι να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, γενικά δυστυχείς και χωρίς αντιδράσεις, συχνά ανταγωνίζονται τα παιδιά τους για την προσοχή του άλλου γονέα. Αν θελήσουμε να συνδυάσουμε όλα τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα κατανοούμε ότι αν και είναι αρκετά δύσκολο να περιγράψουμε την ψυχοπαθολογία των ατόμων αυτών, θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι οι παράγοντες των κινήτρων και της προσωπικότητας τους συμβάλουν στην συμπεριφορά της κακοποίησης.

**Σχήμα III.** Κατηγοριοποίηση γονέων που κακοποιούν ή/ και παραμελούν σωματικά τα παιδιά τους. (Dr. M Oates, Cons. Psychiatrist, Senior Lecturer, Mapperley Hospital, Nottingham).



(Ε.Αγάθωνος & Γεωργοπούλου, 1998)

## 2.2 Παράγοντες που επισπεύδουν την κακομεταχείριση των παιδιών:

Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι τα παιδιά έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες κακομεταχείρισης όταν η οικογένεια βρίσκεται υπό την επήρεια άγχους. Οι παράγοντες του άγχους μπορεί να είναι πολλών ειδών και να επιδεινώνουν ο ένας τον άλλο: χρόνια ανέχεια, πρόσφατη απώλεια εργασίας, συζυγική ασυμφωνία, κοινωνική απομόνωση, όλα συνδέονται με αύξηση της παιδικής κακοποίησης (Pelton, 1994). Η πιθανότητα κακοποίησης είναι επίσης μεγαλύτερη όταν η μητέρα είναι πολύ νέα, με χαμηλή μόρφωση, κάνει κατάχρηση ναρκωτικών, ή οινοπνευματωδών ή παίρνει ελάχιστη οικονομική βοήθεια από τον πατέρα (Pianta, Egeland & Erickson, 1989 Sternberg, 1993).

Πολλοί ερευνητές που μελέτησαν τη σωματική κακοποίηση παιδιών στις Ηνωμένες Πολιτείες τη βλέπουν ως κοινωνική ασθένεια, που συνοδεύει την αποδοχή της βίας στις οικογένειες, στις κοινότητες και την ευρύτερη κοινωνία (Belsky, 1993 Cicchetti & Toth, 1993). Δύο είδη ενδείξεων υποστηρίζουν αυτή την θέση: 1) Οι περισσότερες κακοποιήσεις παιδιών διαπράττονται όταν οι γονείς αποφασίζουν να επιβάλλουν πειθαρχία στα παιδιά τους μέσω της σωματικής τιμωρίας και μετά καταλήγουν να τους προξενούν βλάβες ( Zigler & Hall, 1989). 2) Χώρες, στις οποίες η σωματική τιμωρία των παιδιών αποδοκιμάζεται, όπως η Σουηδία και η Ιαπωνία, έχουν πολύ μικρά ποσοστά σωματικής κακοποίησης των παιδιών ( Belsky, 1993).

Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών συχνά εμφανίζεται σε περιπτώσεις όπου ο γονιός που έχει την επιμέλεια του παιδιού παίρνει διαζύγιο και ξαναπαντρεύεται συχνά ή φέρνει πολλούς συντρόφους στο σπίτι. Αλλά η σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζεται και σε σχετικά σταθερές οικογένειες (Gomes-Schwartz, Horowitz & Cardarelli, 1990). Αντίθετα από την παραμέληση και την σωματική κακοποίηση η σεξουαλική κακοποίηση διαπράττεται από γονείς κάθε εισοδηματικού και μορφωτικού επιπέδου.

### Παιδιά που έχουν περισσότερες πιθανότητες να κακοποιηθούν

Είναι εύλογο ότι τα παιδιά που χαρακτηρίζονται από του γονείς τους ως <<δύσκολα>> έχουν περισσότερες πιθανότητες να κακοποιηθούν. Βρέφη κλαμιάρικα

και ευερέθιστα προκαλούν συχνά την απογοήτευση και την οργή των γονιών τους. Ορισμένα παιδιά , από την γέννηση τους , δεν επιδεικνύουν καμία ικανότητα να ανταμείψουν τη μητέρα, για την φροντίδα που τους παρέχει. Ανάλογος είναι ο κίνδυνος για τα πρόωρα ή τα βρέφη που αρρώστησαν τους πρώτους μήνες της ζωής τους και απομακρύνθηκαν από την μητέρα τους .Η διαταραχή του πρωταρχικού δεσμού είναι ένας από τους πιο βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες για την κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών. Επίσης παιδιά ανεπιθύμητα η παιδιά που ταλαιπώρησαν την μητέρα κατά την διάρκεια της κύηση έχουν περισσότερες πιθανότητες να κακοποιηθούν. Παιδιά που προκαλούν συχνά επεισόδια κρίσεων στην οικογένεια( η κρίση μπορεί να προκληθεί από ένα παιδί που κλαίει συνέχεια, που έφτυσε το φαγητό του ή που για οποιαδήποτε λόγο στεναχώρησε τους γονείς του). Επίσης , τα υιοθετημένα παιδιά αλλά και εκείνα που έχουν πατριό η μητριά είναι πιο ευάλωτα στην κακοποίηση και στην παραμέληση σε σχέση με άλλα παιδιά.

Ένας γονέας με προδιαθεσικά χαρακτηριστικά για κακοποίηση δύσκολα μπορεί να αντέξει μια τέτοια συμπεριφορά, ειδικά όταν υπάρχουν χρόνια προβλήματα σχέσεων, υγείας και συνθηκών ζωής. Τέλος , η κακοποίηση σαν ενέργεια είναι μια τελική συνηθισμένη πορεία. Για την πραγμάτωση της πρέπει αν υπάρχουν α)το δυναμικό για κακοποίηση ,(β) τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου παιδιού όπως τα βλέπει ο συγκεκριμένος γονέας , και (γ) κάποια κρίση.. (C.H.Kempe,1971)



## 2.3 ΈΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ

### 2.3.1 Χαρακτηριστικά τραυματικού γεγονότος

Τα τραυματικά γεγονότα ορίζονται ως καταστάσεις όπου το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπος με ένα γεγονός στο οποίο υπήρξε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλου(Ρούσου,1999). Η υποκειμενική αίσθηση του ατόμου παίζει σπουδαίο ρόλο για το αν ένα γεγονός θα χαρακτηριστεί τραυματικό. Ένα γεγονός που για κάποιο άτομο είναι τραυματικό και αφήνει ανεξίτηλα σημάδια ,μπορεί σε ένα άλλο άτομο να μην προκαλέσει την ανάλογη δυσφορία(Joseph, Williams, Yule, 1997). Υπάρχουν όμως και γεγονότα τα οποία όπως έχει παρατηρηθεί θα επηρεάσουν μάλλον τον καθένα που θα έρθει αντιμέτωπος με αυτά, τουλάχιστον όσον αφορά τις δυτικού τύπου κοινωνίες ,και ονομάζονται τραυματικά. Τέτοια τραυματικά γεγονότα μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες ή τρομοκρατικές επιθέσεις, ομηρία, βασανιστήρια, φυλακίσεις, ή στρατόπεδα συγκέντρωσης, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, αυτοκινητιστικά δυστυχήματα. Τραυματικά γεγονότα μπορεί να είναι ακόμα και τα γεγονότα τα οποία το άτομο δεν τα βιώνει άμεσα αλλά είναι μάρτυρας. Τραυματικό γεγονός μπορεί να αποτελεί και το να μάθει το άτομο για κάποιο μέλος της οικογένειας ή κάποιο άλλο στενό φίλο που δέχτηκε επίθεση, τραυματίστηκε ή πέθανε ξαφνικά (Μάνος ,1997)Εάν το θύμα είναι παιδί και ο άλλος είναι μέλος της οικογένειας του ,τότε το τραύμα αποκτά τεράστια σημασία. Τα τραυματικά γεγονότα είναι συμβάντα που υπερβαίνουν τις φυσικές και ψυχολογικές ικανότητες του θύματος ,κυρίως του παιδιού, να τα αντιμετωπίσει και τις περισσότερες φορές αφήνουν ανεξίτηλα σημάδια. Η φυσική κακοποίηση, η σεξουαλική κακοποίηση, η εμπειρία της βίας στο σπίτι ή στο σχολείο αποτελούν και αυτά τραυματικές εμπειρίες οι οποίες στιγματίζουν όχι μόνο την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη ενός παιδιού, αλλά καθορίζουν και την ποιοτική διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. Τα τραυματικά γεγονότα είναι μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας. Είτε λόγω φυσικών απειλών, είτε λόγω ανθρώπινων πράξεων ,τα καταστροφικά γεγονότα παρακωλύουν τις ικανότητες του ατόμου και μπορεί να οδηγήσουν σε μια ποικιλία μετατραυματικών αντιδράσεων. Τα τραυματικά γεγονότα κατακλύζουν τα

φυσιολογικά συστήματα ,τα οποία παρέχουν στον άνθρωπο την αίσθηση του ελέγχου, της συνοχής και της ασφάλειας . Οι τραυματικές εμπειρίες είναι ασυνήθιστες. Όχι γιατί εμφανίζονται σπάνια, αλλά γιατί προκαλούν σύγχυση στις φυσιολογικές λειτουργίες του ανθρώπου. Η Lenore Terr (1991)στις έρευνες της κάνει σαφή διάκριση ανάμεσα στα τραυματικά γεγονότα που παρουσιάζονται μία μόνο φορά και σε εκείνα που είναι επαναλαμβανόμενα χρόνια. Τα γεγονότα αυτά είναι αθροιστικά και επηρεάζουν σοβαρότατα την ψυχική υγεία του ατόμου και πολύ περισσότερο του ατόμου νεαρής ηλικίας που βιώνει τόσο βίαια γεγονότα. Από έρευνες που έχουν διεξαχθεί κυρίως στα Η.Π.Α, έχει προκύψει ότι περίπου πέντε εκατομμύρια παιδιά κάθε χρόνο, βιώνουν την εμπειρία κάποιου τραυματικού γεγονότος . Περισσότερο από δύο εκατομμύρια από αυτά τα παιδιά είναι θύματα φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης .Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών ζει καθημερινά υπό καθεστώς της τρομακτικής ατμόσφαιρας της οικογενειακής βίας. Τέλος, είναι σαφές ότι η πιθανότητα ενός ατόμου να γίνει δημιουργικό, παραγωγικό και υγιές εξαρτάται από τις εμπειρίες της παιδικής του ηλικίας. Για το λόγο αυτό, γνωρίζουμε ότι όταν οι εμπειρίες του παρελθόντος είναι απειλητικές, χαοτικές και τραυματικές, οι πιθανότητες για υγιή ανέλιξη του παιδιού, ως μελλοντικού ενήλικα ελαττώνονται.

### **2.3.2 Νευροφυσιολογικό υπόστρωμα της μετατραυματικής αγχώδης διαταραχής**

Θα μπορούσε να λεχθεί ότι η μετατραυματική αγχώδη διαταραχή αποτελεί μια μεταιχμιακή διαταραχή καθώς όταν παρουσιάζεται μετά από ένα έντονα στρεσογόνο συμβάν παρουσιάζονται κάποιες μεταβολές στο μεταιχμιακό κύκλωμα. Μερικές από αυτές τις μεταβολές εντοπίζονται στον υπομέλανα τόπο και την αμυγδαλή. Η έκκριση των κατεχολαμινών αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη ρυθμίζεται από τον υπομέλανα τόπο. Αυτές οι δύο νευροχημικές ουσίες εκκρίνονται σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Στη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή αυτό το σύστημα γίνεται υπερδραστήριο εκκρίνοντας υπερβολικά μεγάλες ποσότητες κατεχολαμινών, ακόμα και σε περιπτώσεις λιγότερο απειλητικών καταστάσεων που λειτουργούν ως υπομνήσεις του αρχικού επεισοδίου. Κατ' επέκταση, ο ιππόκάμπος και ο υποθάλαμος που συνδέονται με τις παραπάνω περιοχές υπόκεινται αλλαγές με αποτέλεσμα να εμφανίζονται στο άτομο τα συμπτώματα που συνδέονται με την διαταραχή μετατραυματικού στρες, όπως είναι το υπερβολικό άγχος, η υπερεπαγρύπνηση καθώς

και η αναβίωση του τραυματικού γεγονότος μέσα από έντονες συναισθηματικές αναμνήσεις.

Αλλαγές συμβαίνουν επίσης και στο κύκλωμα που συνδέει το μεταιχμιακό εγκέφαλο με την υπόφυση, η οποία ρυθμίζει την έκλυση της CRF ορμόνης που εκκρίνεται από το σώμα για να κινητοποιήσει την αντίδραση μάχης – φυγής. Η παραπάνω ορμόνη εκκρίνεται περισσότερο στα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε δυσανάλογη με τις καταστάσεις που βιώνουν, εγρήγορση.

Μεταβολές υφίσταται και το σύστημα απιοειδών του εγκεφάλου, το οποίο καθίσταται και αυτό υπερδραστήριο εκκρίνοντας ενδορφίνες για να καταπολεμήσει το αίσθημα του πόνου. Οι αλλαγές στα ποσοστά της ενδορφίνης που παράγεται δίνουν μια νέα διάσταση στην νευρωνική αντίδραση που προκαλείται από επανέκθεση στην τραυματική εμπειρία. (Goleman, 1998). Οι παραπάνω αλλαγές στο σύστημα των απιοειδών φαίνεται να συνδέονται με τα αρνητικά συμπτώματα της διαταραχής όπως είναι η ανηδονία και ένα γενικότερο συναισθηματικό μούδιασμα. Όλες οι παραπάνω αλλαγές που συμβαίνουν στην νευροφυσιολογία του εγκεφάλου καθιστούν το άτομο ευάλωτο σε περαιτέρω τραυματισμούς. Όταν η αμυγδαλή και οι διασυνδεδεμένες με αυτήν περιοχές αλλάζουν συμπεριφορά σε μια στιγμή έντονου τραύματος τότε το άτομο καθίσταται υπερβολικά ευαίσθητο στην καθημερινότητα του.

## 2.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

### Βιολογικές προσεγγίσεις

Η αντίληψη ότι οι ψυχολογικές επιδράσεις του τραύματος εκφράζονται ως βιολογικές αλλαγές του οργανισμού δεν είναι καινούργια. Γενικά, τρία είναι τα μοντέλα που έχουν προταθεί για την βιολογική ερμηνεία του Μετατραυματικού στρες. Πρώτων, το αποειδές μοντέλο προτείνει ότι η αυθόρμητη επαναβίωση του τραύματος, οι επαναλαμβανόμενες παρέμβλητες αναμνήσεις και η αυτοποροκαλούμενη έκθεση σε καταστάσεις που αφορούν το τραύμα είναι αποτέλεσμα μίας "εξάρτησης από το τραύμα", δηλαδή μιας εξάρτησης από τα ενδογενή αποειδή που απελευθερώνονται κατά το τραυματικό γεγονός με στόχο την ανακούφιση από το υπερβολικό άγχος. Κατά το μοντέλο αυτό οι τραυματικές αναμνήσεις αποθηκεύονται για πάντα στα υποφλοιώδη επίπεδα, ερμηνεύοντας έτσι την διατήρηση των συμπτωμάτων με τη πάροδο του χρόνου.(van der Kolk,1994 ).

Μια άλλη ερμηνεία επικεντρώνεται στην υπόθεση της δυσλειτουργίας του αυχενικού σπονδύλου του υποφυσιακού επινεφριδίου του υποθαλάμου(hypothalamic-pituitary-adrenal axis),που ευθύνεται για τα μειωμένα επίπεδα των ορμονών της επινεφρίνης και της κορτιζόλης και την αύξηση της απελευθέρωσης κατεχολαμίνης . Η κορτιζόλη ειδικά είναι μια ορμόνη που εκκρίνεται από τον επινεφρίδιο αδένα κατά την αντίδραση του στρες, ρυθμίζοντας άλλες βιολογικές αντιδράσεις κατά το τραυματικό γεγονός, όπως στην αυξημένη απελευθέρωση γλυκόζης ή την ανοσοκαταστολή που είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για τη σωματική ακεραιότητα. Έτσι, η ανικανότητα ενός ατόμου να παράγει ικανοποιητικές ποσότητες κορτιζόλης ως αντίδραση στο τραυματικό γεγονός, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την μετατραυματική του αντίδραση και να αναστείλει την προσαρμογή του σε αυτό(Yehuda,1999).

Τρίτον, η συνοσηρότητα του μετατραυματικού στρες και της κατάθλιψης και αλληλοεπικάλυψη ορισμένων συμπτωμάτων των δύο διαταραχών, όπως είναι το μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή η αίσθηση σμίκρυνσης του μέλλοντος, υποδεικνύουν την ύπαρξη μιας κοινής βιολογικής αιτιολογίας. Μία προτεινόμενη ερμηνεία της συνάφειας αυτής είναι η δυσλειτουργία των περιφερειακών υποδοχέων

α2 (peripheral receptor) του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και των σχετικών δευτερογενών αγγελιοφόρων. Επιπρόσθετα, η ομοιότητα των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες με την διαταραχή πανικού, προσδίδει ρόλο αιτιοπαθογέννησης στο σύστημα της ραφής (locus ceruleus) του εγκεφάλου και στην επίδραση της νορεπινεφρίνης ( Shalev, 1997 ).

Πολλές έρευνες, τέλος, υποστηρίζουν την γενετική προδιάθεση του οργανισμού για εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Ο True και οι συνεργάτες του απέδειξαν την υπερίσχυση του μετατραυματικού στρες στα μονοζυγωτικά δίδυμα που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός, σε σύγκριση με τα διζυγωτικά, υποστηρίζοντας έτσι ότι τουλάχιστον το 30% των μετατραυματικών συμπτωμάτων φαίνεται να έχει γενετική βάση (Yehuda,1997).

## **Ψυχολογικές προσεγγίσεις**

### I. Ψυχοδυναμική προσέγγιση

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση προσφέρει δύο ερμηνείες για την αιτιολογία του μετατραυματικού στρες. Η μία σχετίζεται με την βλάβη-δυσλειτουργία του εγκεφαλικού μηχανισμού ενώ η δεύτερη με την ανολοκλήρωτη εγκεφαλική διαδικασία- επεξεργασία.

Ξεκινώντας από την ερμηνεία των επαναλαμβανόμενων ανεπιθύμητων ονείρων σχετικά με το τραύμα των ασθενών με τραυματική νεύρωση, ο Freud(1957) πρότεινε ότι το τραύμα δημιουργεί ζημιά σε ένα υποθετικό <<εξισσοροπιτή ερεθισμάτων>> , που κανονικά προστατεύει από την υπερβολική εισροή ερεθισμάτων που προκαλούν διέγερση (Shalev,1997). Σαν αποτέλεσμα αυτής της ζημιάς ο εγκεφαλικός μηχανισμός χάνει την ιδιότητα της ομοιόστατης και υποχωρεί σε μια πρωτόγνωρη καταναγκαστική τάση για επανάληψη (Shalev, 1997). Έτσι, το φαινόμενο της καταναγκαστικής επανάληψης που γίνεται στην προσπάθεια του ατόμου να κυριαρχήσει στο γεγονός φαίνεται να μην ανακουφίζει από τα συμπτώματα αλλά να οδηγεί σε καθήλωση στο ψυχικό τραύμα (Κολαίτης, 1999).

Μια εξελιγμένη μορφή της θεωρητικής σύλληψης του Freud αποτελεί η προσέγγιση του Krystal (1978), ο οποίος θεωρεί τα τραυματικά συμπτώματα αποτέλεσμα της απώλειας των μηχανισμών συναισθηματικής ρύθμισης. Υποστηρίζει ότι η ψυχολογική παραίτηση, που είναι συνηθισμένη σε περιπτώσεις εκτεταμένου τραύματος, οδηγεί σε μόνιμη βλάβη της συναισθηματικής ζωής του ατόμου, δηλαδή σε ανικανότητα να χρησιμοποιεί σωστά τις συναισθηματικές λειτουργίες (Shalev, 1997).

Η δεύτερη ψυχοδυναμική ερμηνεία του τραύματος πηγάζει από την θεωρία για το πένθος. Τα συμπτώματα εισβολής και τα συμπτώματα αποφυγής που παρατηρούνται στα άτομα με μετατραυματικό στρές μοιάζουν πάρα πολύ με αυτά των ατόμων που βρίσκονται στην πρώτη φάση του πένθους, όπως περιγράφηκε από τον Freud και τον Lindemann (Shalev, 1997). Με βάση αυτή την ομοιότητα διατυπώθηκε η υπόθεση ότι το μετατραυματικό στρές οφείλεται σε ανολοκλήρωτη εγκεφαλική επεξεργασία του τραυματικού γεγονότος (Shalev, 1997). Η υπόθεση αυτή υιοθετήθηκε και αναλύθηκε από πολλούς μεταγενέστερους ερευνητές.

Τέλος, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση, αναφορικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες της αγχώδης διαταραχής στα παιδιά, δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα της αξίας αγχωδών διαταραχών που προέρχονται από αναπόφευκτες συγκρούσεις σε συγκεκριμένες φάσεις της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Η σύγκρουση ανάμεσα στις ενορμήσεις και στο Υπερεγώ επιχειρεί να συγκρατηθεί στο ασυνείδητο μέσω του μηχανισμού της απόθησης. Όταν ο μηχανισμός αυτό δε λειτουργεί ικανοποιητικά, έχουμε ως αποτέλεσμα το άγχος το οποίο αρχικά ενεργοποιείται από τα γεγονότα τις εξωτερικής πραγματικότητας.

## II. Συμπεριφοριστική προσέγγιση

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση αναγνωρίζει την κλασική συνεξάρτηση ως τον μηχανισμό που συνδέει τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρές με το ξαφνικό τραυματικό γεγονός. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, τα άτομα που αρχικά αντιδρούν σε ένα τραυματικό γεγονός με φόβο και διεγερσιμότητα συνεχίζουν να αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο σε ερεθίσματα που συνδέθηκαν με το τραυματικό γεγονός (Shalev, 1997). Η ερμηνεία αυτή είναι παρόμοια με αυτήν που δίνεται για την ανάπτυξη και την διατήρηση των φόβων.

Σε αντίθεση με την απλή συνεξάρτηση, όμως, οι εξαρτημένες αντιδράσεις στη ΜΔΨΣ δεν μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Ο Keane (1985) αναφέρει ότι την αρχική απλή συνεξάρτηση ακολουθεί μια άλλη σύνδεση κατά την οποία η αποφυγή διαφόρων εσωτερικών και εξωτερικών στοιχείων που έχουν συνδεθεί με το τραύμα ενισχύεται από την μείωση σε ένταση και δυσφορία που την ακολουθούν. Η αποφυγή αυτή αναστέλλει την εξάλειψη της εξαρτημένης αντίδρασης με την πάροδο του χρόνου και επεκτείνει την γενίκευση όσον αφορά δευτερογενή ερεθίσματα.

Μια αδυναμία της προσέγγισης αυτής είναι η ανικανότητα της να εξηγήσει τις επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που εισβάλλουν ανεξέλεγκτα στη σκέψη του ατόμου, που έρχεται σε αντίθεση με την παραπάνω θεωρία.

### III.<<Μαθημένη ανημπορία>>

Η θεωρία της μαθημένης ανημπορίας αποτελεί μάλλον μια εξελιγμένη μορφή της συμπεριφοριστικής προσέγγισης και αναπτύχθηκε από τον Seligman και τους συνεργάτες του στην προσπάθεια τους να ερμηνεύσουν τις αντιδράσεις των ζώων που έχουν εκτεθεί σε υπερβολικούς στρεσογόνους παράγοντες. Για παράδειγμα, απέδειξε πειραματικά ότι όταν οι σκύλοι ακινητοποιούνται και δέχονται αναπόφευκτα ηλεκτροσόκ, εμφανίζουν αδυναμία μετά στο να μάθουν να αντιδρούν με τρόπο ώστε να αποφεύγουν το ηλεκτροσόκ (Joseph, Williams, Yule, 1997). Το ζώο μέσα από την πειραματική διαδικασία μαθαίνει ότι τα δυσάρεστα συμβαίνουν χωρίς να μπορεί να τα ελέγξει, άρα δεν έχει νόημα να προσπαθήσει να αντιδράσει. Συνέπεια αυτού είναι η παθητικότητα και η μη εκδήλωση οποιαδήποτε συμπεριφοράς για την αποφυγή τους. Λόγω της ομοιότητας μεταξύ των αντιδράσεων αυτών των ζώων και αυτών των ανθρώπων μετά από τραυματικά γεγονότα, έχει προταθεί η πιθανότητα της βιοχημικής αιτιολογίας του φαινομένου αυτού.

Κατά τον Seligman (1975) η μαθημένη ανημπορία λειτουργεί σε τρία επίπεδα

A) μειώνει το κίνητρο για έλεγχο της κατάστασης

B) παρεμποδίζει τη μάθηση ότι η αντίδραση είναι ο μόνος τρόπος για να ελεγχθεί το αποτέλεσμα.

Γ) δημιουργεί φόβο, λόγω της αβεβαιότητας ότι το αποτέλεσμα μπορεί να ελεγχθεί.

Η μαθημένη ανημπορία, η ανάπτυξη δηλαδή αισθημάτων απώλειας ελέγχου καθώς και ο φόβος και η αβεβαιότητα που την ακολουθούν και η αίσθησή του αβοήθητου έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη κατάθλιψη στον άνθρωπο (Κωσταρίδου-

Ευκλείδη,1998). Τελευταία, το μοντέλο αυτό χρησιμοποιείται και για την ερμηνεία συμπτωμάτων της PTSD.

#### IV.Γνωστική προσέγγιση

Η υπόθεση ότι η διαδικασία επεξεργασίας πληροφοριών συμβάλλει στην αιτιογένεση του PTSD δεν είναι καινούργια. Ο Freud το 1919 αναφέρθηκε στους εφιάλτες που ταλαιπωρούσαν τους βετεράνους του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Θεώρησε ότι συναισθηματικά έντονα γεγονότα εισχωρούν στο εγώ, υπερνικώντας τις άμυνες του, γεμίζοντας το με ανεξέλεγκτο άγχος. Έτσι, ο ασθενής έμενε προσκολλημένος στο τραύμα του το οποίο εκφραζόταν μέσα από τα όνειρα του (Joseph, Williams, Yule, 1997).

Επιπλέον, η Janet (1989) πρότεινε ότι οι έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις έχουν ως αποτέλεσμα τον διαχωρισμό των αναμνήσεων του τραυματικού γεγονότος από την συνείδηση και την αποθήκευσή τους ως βαθιές ενστικτώδεις αισθήσεις (πανικός και άγχος) ή ως οπτικές εικόνες (εφιάλτες και flashbacks). Τα α μνημονικά αυτά σχήματα μοιάζουν πολύ με αυτά που προτείνονται στις σύγχρονες θεωρίες. Η πιο πρόσφατη όμως και η πιο παραδεκτή θεωρία είναι αυτή του Horowitz.

Η θεωρητική προσέγγιση του Horowitz (1975, 1976, 1979, 1982, 1986) βασίζεται στην ιδέα ότι τα άτομα έχουν νοητικά σχήματα, που αφορούν τον κόσμο και τον εαυτό τους, τα οποία χρησιμοποιούν ως βάση για να ερμηνεύσουν τις εισαγόμενες πληροφορίες. Επίσης, υποθέτει ότι υπάρχει ένα εσωτερικό κίνητρο που μας ωθεί στο να συντονίζουμε τις εισαγόμενες πληροφορίες, οι οποίες είναι ασύμβατες με τα υπάρχοντα σχήματα. Αυτή η ασυμφωνία είναι που πυροδοτεί τις αντιδράσεις άγχους που απαιτούν επανεξέταση και αναθεώρηση των σχημάτων. Καθώς λοιπόν τα τραυματικά γεγονότα απαιτούν μαζικές σχηματικές αλλαγές και γνωστική αναδόμηση, χρειάζονται κάποιο χρόνο για να θεραπευτούν. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου, η μνημονική λειτουργία είναι δραστήρια και τείνει να επαναλαμβάνει τις αναπαραστάσεις του τραυματικού γεγονότος προκαλώντας συναισθηματική δυσφορία. Εντούτοις, για να αποφευχθεί η ψυχολογική εξάντληση, δραστηριοποιούνται μηχανισμοί αναστολής οι οποίοι λειτουργούν ως σύστημα ανάδρασης που ρυθμίζει την εισροή των πληροφοριών (Joseph, Williams, Yule, 1997)



Άρα τα συμπτώματα που παρατηρούνται ως αντίδραση στο άγχος, τα οποία ο Horowitz κατηγοριοποιεί ως εισβολή και αναγκαστικές αρνήσεις, συμβαίνουν ως αποτέλεσμα αντίθετου μηχανισμού του συστήματος ελέγχου που ρυθμίζει τις εισερχόμενες πληροφορίες σε υποφερτές δόσεις. Στην περίπτωση που το σύστημα αυτό δεν είναι αρκετά αναπτυγμένο τα συμπτώματα εισβολής όπως οι εφιάλτες, αυξάνονται. Αντίθετα, όταν οι προσπάθειες αναστολής είναι πιο ισχυρές από την μνημονική λειτουργία, εμφανίζονται τα συμπτώματα αποφυγής. Το τραυματισμένο άτομο ταλαντεύεται ανάμεσα σε καταστάσεις εισβολής και αποφυγής συμπτωμάτων μέχρι την απόκτηση μιας σχετικής ισορροπίας, που σημαίνει ότι το άτομο έχει επεξεργαστεί την εμπειρία. Τα συμπτώματα συναισθηματικού μωδιάσματος θεωρούνται λοιπόν μέρος του αμυντικού μηχανισμού ενάντια στα συμπτώματα εισβολής (Joseph, Williams, Yule, 1997). Η θεωρητική προσέγγιση του Horowitz υπογραμμίζει τον σημαντικό ρόλο που παίζουν οι μνημονικές λειτουργίες στην ανάπτυξη του μετατραυματικού στρες.

Σύμφωνα με την γνωστική προσέγγιση οι θεωρίες της παθογένεσης στις αγχώδεις διαταραχές θεωρούν ότι το παιδί αναπτύσσει σταθερές αναπαραστάσεις των εμπειριών και του περιβάλλοντος στο οποίο μεγαλώνει. Η παραπάνω διαδικασία έχει ως αποτέλεσμα οι αναπαραστάσεις να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση της συμπεριφοράς του παιδιού καθώς και στη διαδικασία της εσωτερίκευσης των διάφορων πληροφοριών του περιβάλλοντος. Το άγχος προκαλείται από την δυσλειτουργία της παραπάνω διαδικασίας.

Η Foa και οι συνεργάτες της (1993) ισχυρίζονται ότι κάποιοι άνθρωποι χαρακτηρίζονται από εκτεταμένο δίκτυο φόβων και αντιλαμβάνονται την περίπτωση να τους συμβεί ένα τραυματικό γεγονός πιο πιθανή. Επίσης, η έλλειψη προβλεψιμότητας και ελέγχου του γεγονότος δυσχεραίνουν την αφομοίωση του σε προϋπάρχοντα γνωστικά μοντέλα κατά τα οποία ο κόσμος είναι προβλέψιμος και ελεγχόμενος. Επιπρόσθετα, παράγοντες όπως η σοβαρότητα του γεγονότος διασπών την προσοχή και τις μνημονικές διαδικασίες κατά τα διάρκεια του τραυματικού γεγονότος, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ξεχωριστού και ασύνδετου φοβικού δικτύου, το οποίο είναι δύσκολο να συνενωθεί με τα ήδη υπάρχοντα οργανωμένα γνωστικά μοντέλα.

### V.κοινωνικογνωστική προσέγγιση

Η προσέγγιση της Janoff-Bulman(1989,1992) αφορά και αυτή τα γνωστικά σχήματα των τραυματισμένων ατόμων και παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον. Η παραπάνω ερευνήτρια θεωρεί ότι το μετατραυματικό στρές των θυμάτων ενός τραυματικού γεγονότος είναι αποτέλεσμα του θρυμματισμού των βασικών αντιλήψεων που έχει το άτομο για τον κόσμο και τον εαυτό του. Οι αντιλήψεις αυτές αφορούν την αίσθηση ταυτότητας, ασφάλειας, εμπιστοσύνης, δύναμης, ανεξαρτησίας, την αντίληψη για τον κόσμο και άλλα, που επηρεάζουν τις σκέψεις, τις προσδοκίες και την συμπεριφορά του ατόμου(Joseph et all 1997).Οι αντιλήψεις αυτές αφορούν έναν «υποθετικό κόσμο», οι οποίες είναι όμως έντονα εδραιωμένες αφού έχουν μαθευτεί σε πολύ μικρή ηλικία και επιβεβαιωθεί από την εμπειρία πολλών χρόνων και επηρεάζουν τα σχέδια μας και τις δραστηριότητες μας σε ένα ασυνείδητο επίπεδο. Έτσι, στην περίπτωση ενός καταστροφικού γεγονότος οι αντιλήψεις για τον εαυτό και τον κόσμο διαψεύδονται και, χωρίς λογική εξήγηση το άτομο κατακλύζεται από άγχος και νευρικότητα. Ξαφνικά, οι αντιλήψεις αυτές αποδεικνύονται ανακριβείς, ακατάλληλες και ανεπαρκείς και απαιτούν αναθεώρηση.

Μια βασική αντίληψη που είναι κοινή σχεδόν σε όλα τα άτομα είναι η αντίληψη αυτή ότι κανείς είναι άτρωτος. Δηλαδή, παρόλο που ο καθένας αναγνωρίζει και αντιλαμβάνεται ότι το έγκλημα, τα ατυχήματα και οι καταστροφές συμβαίνουν σε ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, παράλληλα θεωρούν ότι τα γεγονότα αυτά δεν τους αφορούν, ότι δεν πρόκειται να βιώσουν ένα τραυματικό γεγονός. Η αντίληψη αυτή σε γενικές γραμμές φαίνεται να μας προστατεύει από την αίσθηση συνεχόμενου άγχους και φόβου για κάποια ενδεχόμενη απειλή, σε περίπτωση όμως που η αντίληψη αυτή μας επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό ώστε να αποτελεί εμπόδιο στην ανάπτυξη προστατευτικών συμπεριφορών , κρίνεται ακατάλληλη. Η αναπάντεχη θυματοποίηση καταστρέφει βίαια την πεποίθηση αυτή κάνοντας το άτομο να αισθάνεται τρωτό απέναντι σε μελλοντικές καταστροφές και να αντιλαμβάνεται την αίσθηση ανημποριάς απέναντι σε εξωτερικές δυνάμεις και να συνειδητοποιεί ότι οτιδήποτε μπορεί να συμβεί ακόμη και σε αυτόν. Τα άτομο δεν νιώθει πια ασφαλές μέσα σε ένα ανασφαλή κόσμο (Figley,1985).

Η αίσθηση ότι κανείς είναι άτρωτος φαίνεται να συνδέεται με ένα σύνολο αντιλήψεων που περιλαμβάνει και τα εξής:α) ότι ο κόσμος είναι φιλανθρωπικός, β)

ότι ο κόσμος είναι δίκαιος και γ) ότι το ίδιο το άτομο έχει μια αξία (Figley, 1985). Οπότε, η αντίληψη της μη τρωτότητας βασίζεται στην πεποίθηση ότι ο κόσμος είναι κατανοήσιμος και ελέγξιμος. Δηλαδή ότι η συμπεριφορά μας είναι προσεκτική θα είμαστε προστατευμένοι από ατυχήματα και αν είμαστε καλοί και τίμιοι θα αποφύγουμε τις κακοτυχίες. Σύμφωνα με τον Lerner (1980), ο άνθρωπος πιστεύει ότι θα του συμβεί ότι του αξίζει και ότι, του συμβεί θα του αξίζει. Αυτή είναι μια αντίληψη που ενθαρρύνει το άτομο να λειτουργεί σταθερά μέσα στο περιβάλλον του και με βάση κάποια κοινωνικά στερεότυπα και ένα ηθικό κώδικα, και είναι απρόθυμος να την εγκαταλείψει (Joseph S, Williams. R, W. Yule, 1997).

Όταν καταρρεύσουν οι παγιωμένες αυτές αντιλήψεις για τον κόσμο, θα αντικατασταθούν από κάποιες άλλες υποθέσεις παθογένειας, οι οποίες είναι πολύ πιθανόν να γενικευτούν σε πολλά επίπεδα της ζωής του ατόμου και να αναστείλουν την λειτουργικότητα του σε διάφορους τομείς. Οι γνωστικοί θεραπευτές λοιπόν προσπαθούν να διαπιστώσουν ποια είναι αυτά τα δυσλειτουργικά γνωστικά σχήματα και να τα τροποποιήσουν ( Shalev, 1997)

#### IV. Συνθετικό μοντέλο αιτιολογίας

Καθώς, καμία από τις παραπάνω θεωρίες δεν φαίνεται να καλύπτει επαρκώς όλες τις πτυχές του μετατραυματικού στρες, διαφαίνεται η ανάγκη για τη σύνθεση ενός πιο ολοκληρωμένου και πολυπαραγοντικού μοντέλου. ένα τέτοιο μοντέλο προτάθηκε από τον Saylor και τους συνεργάτες του και στηρίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει τα εξής επίπεδα : α) το βιολογικό, το οποίο αφορά την νευροβιολογική δυσλειτουργία, β) το ψυχολογικό-συμπεριφοριστικό, που ερμηνεύει τις αντιδράσεις του φόβου , γ) το τροποποιημένο δίκτυο των νοημάτων που αφορούν το τραυματικό γεγονός και που πιθανώς πηγάζει από προηγούμενες ασυνείδητες συγκρούσεις και τέλος δ) το κοινωνικό, που αφορά ρεαλιστικές αλλά και συμβολικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του υποκειμένου και της κοινωνίας. Το μοντέλο αυτό φαίνεται χρήσιμο για την ερμηνεία, την διατήρηση και την θεραπεία του μετατραυματικού στρες ( Shalev, 1993).

#### Πολυπαραγοντικό μοντέλο αιτιολογίας στα παιδιά

Η ραγδαίως αυξανόμενη συστηματική έρευνα με αντικείμενο τα τραυματισμένα παιδιά καθώς και η διαπίστωση της πολυπλοκότητας της αλληλεπίδρασης του τραύματος με την εξέλιξη του παιδιού οδήγησαν στην εκπόνηση ενός ολοκληρωμένου αναπτυξιακού μοντέλου του παιδικού τραύματος από τους Rynoos,

Steinberg, Ritzmann και Miller(1993). Το μοντέλο αυτό περιγράφει την μετατραυματική διάθεση δυσφορίας που πηγάζει από την φύση του τραυματικού γεγονότος, από τις επακόλουθες τραυματικές αναμνήσεις και από την φύση του τραυματικού γεγονότος και από τις δευτερογενείς πηγές άγχους. Οι έννοιες της αντίστασης και της ανθεκτικότητας που μετριάζουν το στρες διαφοροποιούνται από την έννοια της προσαρμοστικότητας που αναφέρεται στις πρώιμες αποτελεσματικές προσπάθειες για ανακούφιση και προσαρμογή, η προσαρμογή εξαρτάται και επηρεάζεται παράλληλα από το εξελικτικό επίπεδο του παιδιού και από την σχετική με το στρες ψυχοπαθολογία. Στη συνέχεια, η διαδικασία της προσαρμογής επηρεάζεται από δευτερογενείς παράγοντες, όπως είναι οι δευτερογενείς τραυματικές αναμνήσεις, δευτερογενείς πηγές στρες και άλλα. Τέλος, όλοι οι παράγοντες του μοντέλου αλληλεπιδρούν πρώτον, με το οικολογικό περιβάλλον του παιδιού και δεύτερον, με πλευρές της προσωπικότητας του παιδιού (Rynoos,1993).

Η ψυχολογική επάρκεια του παιδιού που είναι αποτέλεσμα της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτού και του περιβάλλοντος του, συχνά θα καθορίσει την συναισθηματική αντίδραση του παιδιού που έρχεται αντιμέτωπο με μια καταστροφή που απειλεί το περιβάλλον του( Gordon et all,1999). Το παιδί που είναι ψυχολογικά περισσότερο ευπαθές, θα επηρεαστεί περισσότερο από την καταστροφή, στην περίπτωση που μελετάμε, από τη κακοποίηση. Ένας παράγοντας που καθορίζει τον βαθμό της συναισθηματικής αναταραχής του παιδιού είναι η ανθεκτικότητα του(resilience). Αυτή αναφέρεται στα άμεσες προσπάθειες του παιδιού να αντιμετωπίσει, να αντεπεξέλθει, να χειριστεί τις συγκεκριμένες προκλήσεις που του θέτει το περιβάλλον (Rynoos,1999). Κάποια παιδιά έχουν την ικανότητα να ξεπερνούν εύκολα τις δυσχέρειες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπα, ενώ άλλα όχι. Κατά τον Gordon και τους συνεργάτες του, η ικανότητα αυτή επηρεάζεται από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον αλλά κυρίως εξαρτάται από τους προδιαθεσικούς παράγοντες του παιδιού και τις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που υιοθετεί (Gordon et all,1999).

Σε αντίθεση με το μεγαλύτερο μέρος των διαταραχών του DSM ,τα κριτήρια για τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες περιλαμβάνουν και ένα αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση της διαταραχής. Αυτός ο αιτιολογικός παράγοντας είναι το τραύμα, όμως όπως διαπιστώνεται από έρευνες το τραύμα είναι απαραίτητο αλλά δεν επαρκεί

για να οδηγήσει στην εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (Perrin et all,2000). Γενικότερα, η ένταση και η μορφή των ψυχολογικών επιδράσεων μιας καταστροφής δεν είναι κοινές για όλα τα άτομα που βιώνουν την καταστροφή και εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων. Αυτό μας οδηγεί στην προσπάθεια να διερευνηθούν οι διαδικασίες και οι παράγοντες που καθιστούν ένα παιδί περισσότερο ευάλωτο στις επιδράσεις του στρεσογόνου γεγονότος (Carr, Lewin, Kenardy, Webster, Hazell, Carter & Williamson,1997b).Επειδή τα περισσότερα τραύματα είναι μη αναμενόμενα, η γνώση μας γι' αυτούς τους παράγοντες προέρχεται από αναδρομικές έρευνες (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του στρεσογόνου γεγονότος, το βαθμό έκθεσης σε αυτό, ατομικούς παράγοντες όπως η ηλικία, το αναπτυξιακό επίπεδο και το ψυχιατρικό ιστορικό, χαρακτηριστικά της οικογένειας καθώς και κοινωνικούς παράγοντες(Pfefferbaum,1997).

Ο βαθμός έκθεσης στην καταστροφή έχει συνδεθεί με τη σοβαρότητα των ψυχολογικών αντιδράσεων τόσο για τις φυσικές όσο και για τις προκαλούμενες από τον άνθρωπο καταστροφές. Η έκθεση στο τραυματικό γεγονός μετριέται τόσο μέσω της φυσικής εγγύτητας όσο και μέσω της συναισθηματικής εγγύτητας σε αυτό. Η φυσική εγγύτητα αναφέρεται στο πόσο άμεσα βιώνεται το γεγονός καθώς και στη μαρτυρία τραυματισμού ή θανάτου. Η συναισθηματική εγγύτητα μετριέται μέσω των χαρακτηριστικών του γεγονότος που συνιστούν συναισθηματική ανάμειξη του ατόμου, όπως ο θάνατος ή τραυματισμός κάποιου αγαπημένου προσώπου.

Τα τρομακτικά, απειλητικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της καταστροφής και η απώλεια-αναστάτωση που προκαλείται μετά την καταστροφή είναι δύο πτυχές της έκθεσης στο τραυματικό γεγονός που έχουν συχνά συνδεθεί με ψυχολογική αναστάτωση στα παιδιά(Vernberg, La Greca, Silverman & Prinstein, 1996). Το Τραυματικό γεγονός λοιπόν ασκεί επίδραση στην εμφάνιση συμπτωμάτων και μέσω της έκθεσης στις δευτερογενείς του επιδράσεις.(Pfefferbaum,1997).Τέλος, προσδιοριστικό στοιχείο των αντιδράσεων μετατραυματικού στρες δεν είναι μόνο η σοβαρότητα της έκθεσης στο τραυματικό γεγονός άλλα και η υποκειμενική εμπειρία του γεγονότος(Carr et all,1997b).

Τα ευρήματα αναφορικά με τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς την εμφάνιση μετατραυματικής συμπτωματολογίας είναι ασαφή. Το σκεπτικό για πιθανή ύπαρξη διαφορών βασίζεται στο διαφορετικό βαθμό αποδοχής των διάφορων τρόπων έκφρασης της ψυχολογικής αναστάτωσης για τα αγόρια και τα κορίτσια. Η τάση τα κορίτσια να εμφανίζουν πιο πολύ συμπτώματα εσωτερίκευσης έχει διαπιστωθεί σε διάφορες περιπτώσεις στρεσογόνων γεγονότων όπως το διαζύγιο και η διαφωνία μεταξύ των γονέων (Vernberg et al, 1996). Πάντως, στις έρευνες που έχουν βρεθεί σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων τα κορίτσια αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα από τα αγόρια (Foy, Madving, Pynoos & Camilleri, 1996; Lonigan, Shannon, Taylor, Finch & Sallee, 1994).

Η ηλικία και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού επηρεάζουν την έκθεση του στον κίνδυνο, τον τρόπο με τον οποίο το παιδί κατανοεί το τραύμα, το βαθμό στον οποίο επηρεάζεται από τις γονεϊκές αντιδράσεις, την ποιότητα της αντίδρασης του, τους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιεί και την ανάμνηση του γεγονότος (Pfefferbaum, 1997). Οι Korol et al (1991) ακολουθώντας μια αναπτυξιακή προοπτική κάνουν μια ανασκόπηση των εμπειρικών ερευνών για παιδιά που βίωσαν φυσικές ή προκαλούμενες από τον άνθρωπο φυσικές καταστροφές. Μετά την καταστροφή τα παιδιά προσχολικής ηλικίας εμφανίζουν λιγότερη γενική ψυχολογική αναστάτωση απ' ό,τι τα παιδιά μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων, φάνηκε όμως ότι οι αντιδράσεις των γονέων απέναντι στο τραυματικό γεγονός παρά από τις πτυχές του ίδιου του τραύματος (Green et al, 1991).

Ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει τις αντιδράσεις των παιδιών απέναντι στην καταστροφή είναι η ύπαρξη προγενέστερης ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι προϋπάρχουσες αγχώδεις διαταραχές και προϋπάρχουσα κατάθλιψη αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (Asarnow, Glynn, Pynoos, Nahum, Gurthie, Cantwell & Franklin, 1999). Επίσης, έρευνες έδειξαν ότι προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικών προβλημάτων σχετίζεται με την εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (Carr et al, 1997b). Επίσης, παιδιά με προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές βρέθηκε ότι είναι πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη συμπτωμάτων άγχους ως αντίδραση σε μια καταστροφή (Earls, Smith, Reich & Jung, 1988). Τέλος οι Freedman, Brandes & Shalev (1999) βρήκαν ότι η εμφάνιση κατάθλιψης μέσα στους πρώτους μήνες μετά το

τραυματικό γεγονός συντελούσε στην επικράτηση χρόνιας Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες.

Προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση της διαταραχής στα παιδιά αποτελεί επίσης η παρεχόμενη στο παιδί κοινωνική στήριξη από τους 'σημαντικούς άλλους'( π.χ. γονείς, δάσκαλοι) καθώς και η πρόσβαση του παιδιού σε υποστηρικτικές σχέσεις (Verberg et all, 1996).Οι Bland, O'Leary, Farinago,Jossa,Krogh,Violanti & Trevisan(1997) βρήκαν ότι η ψυχολογική αναστάτωση ύστερα από μία καταστροφή οφείλεται σε μεγάλο μέρος στη διατάραξη του υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου. Οι Fredy et all βρήκαν ότι η ψυχολογική επίδραση της καταστροφής επηρεάζεται από την απώλεια υλικών και συναισθηματικών πηγών υποστήριξης(Garrison et all,1995). Γεγονότα όπως οι καταστροφές είναι δυνατόν να πλήξουν τα υπάρχοντα υποστηρικτικά δίκτυα καθώς τα άτομα από τα οποία αναμένεται βοήθεια δεν είναι σε θέση να του προσφέρουν έχοντας πληγεί και τα ίδια από την καταστροφή (Kaniasty & Norris,1993).

Τέλος , δύο ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία του παιδιού είναι δυνατόν να επηρεάσουν την αντίδραση του απέναντι στην καταστροφή. Το πρώτο είναι το προδιαθεσικό χαρακτηριστικό άγχους , δηλαδή η τάση του ατόμου να αντιδρά σε ένα στρεσογόνο γεγονός με αυξημένη διέγερση. Ο Eysenck ονόμασε το άγχος που αποτελεί στοιχείο της προσωπικότητας νευρωτισμό και υποστήριξε ότι είναι κάτι σταθερό και δύσκολο να τροποποιηθεί. Ο νευρωτισμός αξιολογεί την προσαρμογή του ατόμου ή αντίθετα τη συναισθηματική του αστάθεια(Μόττη- Στεφανίδη,1996) και μπορεί να θεωρηθεί ότι επηρεάζει την αντίδραση του ατόμου σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα. Ο Andrews(1991) υποστήριξε ότι ο νευρωτισμός επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση παθολογικού άγχους και πολλές έρευνες έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στο νευρωτισμό και στην ψυχολογική νοσηρότητα γενικά ενώ ο Mcfarlane(1988) θεωρεί τον νευρωτισμό και την εσωστρέφεια προνοσηρούς παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη χρόνιων διαταραχών μετατραυματικού στρες. Η δεύτερη ιδιοσυγκρασιακή μεταβλητή που μπορεί να λειτουργήσει ως προγνωστικός παράγοντας της ψυχικής υγείας του ατόμου ύστερα από ένα τραύμα είναι ο τρόπος που το άτομο αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της ψυχολογικής του αναστάτωσης. Τα άτομα λοιπόν που επικεντρώνονται στα καταθλιπτικά τους συμπτώματα και ασχολούνται διαρκώς με τις αιτίες και τις συνέπειες αυτών των

συμπτωμάτων έχουν μεγαλύτερες περιόδους κατάθλιψης από τα άτομα που κινητοποιούνται ώστε να αποσπασουν την προσοχή τους από το πρόβλημα (Nolen-Hoeksema & Morrow,1991). Υπάρχουν λοιπόν δύο τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων. Ο πρώτος είναι προσανατολισμένος στο πρόβλημα και περιλαμβάνει προσπάθειες ρύθμισης της συναισθηματικής κατάστασης που είναι απόρροια του στρεσογόνου γεγονότος. Ο δεύτερος τρόπος αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων σχετίζεται με την ύπαρξη περισσότερων προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθηματικών προβλημάτων.(Compas et all,1988).Τέλος , ένας ακόμα τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων που έχει συνδεθεί με υψηλότερη μετατραυματική ψυχολογική αναστάτωση είναι η αποφυγή.(Carr, Lewin, Webster, Hazell, Kenardy & Carter,1995).Η δυνατότητα ανάπτυξης τρόπων αντιμετώπισης του στρες που προέρχεται από την καταστροφή και την ακόλουθη επιτυχή προσαρμογή στις δυσκολίες της καταστροφής είναι χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας ενός παιδιού(resilience), η οποία επηρεάζεται τόσο από τις εμπειρίες στα πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος όσο και από την προσωπική σκληρότητα(hardiness)του παιδιού. Αυτή η μορφή ψυχολογικής επάρκειας (competence)καθορίζει το πόσο καλά αντιμετωπίζει ένα παιδί κάποιο νέο, συντριπτικό τραυματικό γεγονός ,όπως αυτό της κακοποίησης.

#### Συνδυαστική Θεώρηση του PTSD και ου φαινομένου της κακοποίησης στα παιδιά

Γενικότερα, αν θελήσουμε να συσχετίσουμε το φαινόμενο της κακοποίησης και της Μετατραυματικής Αγχώδους Διαταραχής μελετώντας την κοινή τους βάση αναφορικά με τις αιτίες που τα δημιουργούν, θα στρέψαμε το επιστημονικό μας βλέμμα κυρίως προς την θεωρία προσκόλλησης του Bowlby (1982) η οποία έχει εύστοχα χρησιμοποιηθεί για να ερμηνεύσει τόσο τις αντιδράσεις των παιδιών σε ένα τραυματικό γεγονός όπως είναι η καταστροφή όσο, όπως προαναφέρθηκε, και την εμφάνιση του φαινομένου της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

Στην περίπτωση μιας καταστροφής, τα παιδιά συχνά αναγκάζονται να χωριστού από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και αισθάνονται ότι απειλείται η ασφάλεια τους. Επίσης , η αντίληψη ότι το ενήλικο άτομο μπορεί να χειριστεί οποιαδήποτε στρεσογόνο κατάσταση και είναι παντοδύναμο, θρυμματίζεται(Gordon et all,1999).



Είναι αναμενόμενο λοιπόν τα παιδιά να αναπτύσσουν έντονη συμπεριφορά προσκόλλησης την περίοδο μετά την καταστροφή και να φοβούνται να παραμένουν μόνα τους για πολύ ώρα (Gordon, Farberow et Maida, 1999).

Ενώ πολύ συχνά η ίδια η χαλαρότητα του συναισθηματικού Δεσμού είναι αυτή που οδηγεί τους γονείς να προβούν σε συμπεριφορές κακοποίησης . Σε αυτή την περίπτωση η οικογένεια δεν μπορεί να ειπωθεί πλέον ως "ασφαλής φωλιά" για το κακοποιημένο παιδί. Η φύση της ίδιας της κακοποίησης, ως ατομική καταστροφής, ωθεί το παιδί στην αναζήτηση ασφάλειας . Στην προκειμένη περίπτωση όμως αυτό είναι αδύνατο καθώς η καταστροφή προέρχεται από τους ίδιους τους κόλπους της οικογένειας.

### **3. ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

#### **3.1 Καθοριστικοί παράγοντες που σχετίζονται με το τραύμα και επηρεάζουν την προσαρμογή του παιδιού.**

Τα γεγονότα που μπορεί να επηρεάσουν και να τραυματίσουν ένα παιδί ποικίλλουν.

Ένας πρώτος διαχωρισμός αφορά τη συχνότητα του γεγονότος. Υπάρχουν τραυματικά γεγονότα που συμβαίνουν μια φορά, που έχουν οριστεί ως Τύπου I και άλλα που επαναλαμβάνονται ή είναι χρόνια, τα Τύπου II. Ο Terr υποστηρίζει ότι τα παιδιά που αντιμετωπίζουν ένα τραύμα τύπου I παρουσιάζουν τα κλασικά συμπτώματα μετατραυματικού στρες που είναι η επαναληπτικότητα, η προσπάθεια αποφυγής ερεθισμάτων, η αυξημένη διεγερσιμότητα. Ο Monahan αντιτίθεται έντονα στην αντίληψη ότι τα γεγονότα που συμβαίνουν μια φορά είναι λιγότερο στρεσογόνα από τα επαναλαμβανόμενα ( Monahan, 1993). Τα παιδιά που έρχονται αντιμέτωπα με τραύμα τύπου II είναι πιο πιθανόν να παρουσιάζουν μόνιμα προβλήματα προσωπικότητας, αποξένωσης από τους άλλους, μελαγχολία και απομόνωση (Benson, 1993).

Κάθε τραυματικό γεγονός όπως το τραύμα της κακοποίησης επηρεάζει διαφορετικά το κάθε παιδί σε μια δεδομένη χρονική στιγμή στην οποία αυτό συμβαίνει. Το πώς θα επηρεάσει το γεγονός αυτό, το κάθε παιδί εξαρτάται από κατά βάση από τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου καθώς και την γενετική-βιολογική του υποδομή. Σημαντικό ρόλο θα διαδραματίσουν και οι συγκεκριμένες συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβη το τραυματικό γεγονός .Επιπλέον, σημαντικό είναι να αναφερθεί η

υποστήριξη που έχει το παιδί πριν, κατά την διάρκεια και μετά το τραυματικό γεγονός ή εμπειρία.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με το τραύμα είναι ο βαθμός έκθεσης σε αυτό, ο επαπειλούμενος θάνατος και γενικότερα οι απώλειες που προκαλεί, φυσικές και συναισθηματικές. Ως φυσική εγγύτητα ορίζεται η φυσική απόσταση από το τραύμα και το μέγεθος έκθεσης σε εικόνες τραυματισμού ή θανάτου. Η συναισθηματική εγγύτητα αφορά τα χαρακτηριστικά του γεγονότος που αντιπροσωπεύουν τη συναισθηματική εμπλοκή, όπως ο τραυματισμός κάποιου αγαπημένου, η καταστροφή προσωπικών ή συμβολικών αντικειμένων.(Pfefferbaum, 1997). Η απειλή της ζωής του ίδιου του θύματος αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα πρόγνωσης της προσαρμογής του. Προηγούμενη εμπειρία τραυματικών ή άλλων στρεσογόνων γεγονότων επηρεάζει αναμφίβολα την προσαρμογή του παιδιού. Μάλιστα, η επίδραση αυτή δεν είναι απλά προσθετική αλλά πολλαπλασιαστική. Όταν ένα δεύτερο τραύμα συμβεί, είναι πιθανόν να προκαλέσει την επαναβίωση του προηγούμενου.

Τέλος, το φύλο του παιδιού επηρεάζει τους αμυντικούς μηχανισμούς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων, τη διαθεσιμότητα και αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης από την πλευρά του ατόμου, καθώς και τις προσδοκίες που υπάρχουν για την αντίδραση και την προσαρμογή μετά το τραυματικό γεγονός. Τα κορίτσια που σε εφηβική ηλικία αντιμετωπίζουν κάποιο τραυματικό γεγονός έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαγνωστούν με κάποια μετατραυματική διαταραχή. Παρόλα αυτά, κάποιες έρευνες διαψεύδουν το εύρημα αυτό, υποστηρίζοντας ότι το φύλο δεν αποτελεί παράγοντα διαφοροποίηση των μετατραυματικών διαταραχών.

### **3.2 Στρατηγικές αντιμετώπισης του παιδιού**

Η προσαρμογή αναφέρεται στις βραχυπρόθεσμες αλλά και μακροπρόθεσμες προσπάθειες του παιδιού να χειριστεί, να μετριάσει, να ανακουφίσει τις φυσιολογικές, ψυχολογικές και πρακτικές συνέπειες του τραυματικού γεγονότος. Το παιδί συνήθως ενεργοποιεί μια ποικιλία στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων για να προσαρμοστεί στην τραυματική εμπειρία.

Γενικά, η στρατηγική αντιμετώπισης αφορά την επεξεργασία των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων για τον κόσμο και την επαναδόμηση ενός θεμελιακού αντιληπτικού

συστήματος. Έτσι, το άτομο καλείται να εγκαταστήσει ένα νέο αντιληπτικό σύστημα που θα περιλαμβάνει τα νέα στοιχεία του τραυματικού γεγονότος(Trimble,1985)

Οι κυριότερες στρατηγικές αντιμετώπισης που ενεργοποιούν τα παιδιά μετά από ένα τραυματικό γεγονός είναι οι εξής : α) ο επαναπροσδιορισμός του γεγονότος, με σκοπό την ενσωμάτωση της νέας αντίληψης στην προϋπάρχουσα κοσμοθεωρία. , β) η απόδοση νοήματος, που αφορά την ανάγκη για την απόδοση μιας λογικής εξήγησης του γεγονότος . , γ)η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης η οποία μπορεί να είναι ψυχολογική αλλά και πρακτική., δ) οι αλλαγές συμπεριφοράς με στόχο τον μεγαλύτερο έλεγχο των συνθηκών του περιβάλλοντος. Άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης είναι η άρνηση ή η αποφυγή, η αυτομομφή, η προβολή και η θετική σκέψη.

Η επιλογή και η χρήσης μιας στρατηγικής αντιμετώπισης εξαρτάται από τα ενδοπροσωπικά χαρακτηριστικά του παιδιού, από τα χαρακτηριστικά της κατάστασης καθώς και από τις στρατηγικές αντιμετώπισης που ενεργοποιούν οι γονείς τους. Οι Lazarous και Folkman, καθώς και οι άλλοι συνεργάτες τους, διακρίνουν δύο σημαντικές διεργασίες στην αντιμετώπιση και προσαρμογή στις στρεσογόνες συνθήκες : α) την γνωστική εκτίμηση της κατάστασης(appraisal) και β) τη στρατηγική αντιμετώπισης (coping).

Η πρώτη διεργασία αφορά δύο εκτιμήσεις. Αρχικά το άτομο προσπαθεί να αξιολογήσει τη σημασία ενός γεγονότος και να αποδώσει νόημα σε αυτό. Το γεγονός θα γίνει αντιληπτό με έναν από τους παρακάτω τρόπους : α) άσχετο με το άτομο η μη σημαντικό για αυτό β) θετικό ή ωφέλιμο και γ) ψυχοπιεστικό, που συνοδεύεται από επώδυνα συναισθήματα. Σε δεύτερη φάση, το άτομο αξιολογεί τα αποθέματα που διαθέτει για αν αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προβάλλει η κατάσταση (Farlane,1993).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που δραστηριοποιεί το άτομο ορίζονται από τους Lazarous και Folkman γενικά ως ενέργειες που έχουν σκοπό να μειώσουν το στρες και τον βοηθούν ν χειριστεί καλύτερα τις εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις της ψυχοπιεστικής κατάστασης ( Παπαδάτου,1999). Τις στρατηγικές αυτές διακρίνουν σε επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος (problem-focused coping) και β)στις στρατηγικές που αποβλέπουν στην ρύθμιση των συναισθημάτων(emotion-focused coping).

Συνήθως οι στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος χρησιμοποιούνται όταν το παιδί πιστεύει ότι μπορεί να έχει κάποια επίδραση στις στρεσογόνες συνθήκες,, όπως είναι και το γεγονός της κακοποίησης ,και αφορούν τις προσπάθειες του είτε να αλλάξει κάποια στοιχεία της κατάστασης, είτε να αυξήσει τα αποθέματα του για να την αντιμετωπίσει. Αντίθετα, το παιδί χρησιμοποιεί στρατηγικές που αποβλέπουν την ρύθμιση των συναισθημάτων, όταν νιώθει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να τροποποιήσει την κατάσταση και έτσι επιδιώκει να ελέγξει την συναισθηματική του αντίδραση(Παπαδάτου,1999). Άλλοτε πάλι χρησιμοποιούν γνωστικές μεθόδους που αποβλέπουν στην τροποποίηση της αντίληψης τους σχετικά με την ψυχοπαιστική κατάσταση που αντιμετωπίζουν.

Τέλος , μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και συγκεκριμένα η διαταραχή μετατραυματικού στρες δεν φαίνεται να σχετίζεται με τον τύπο στρατηγικής αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το θύμα. Στην έρευνα αυτή υποστηρίζεται ότι η υπερβολική χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης, ανεξάρτητα από τον τύπο της, αντανάκλα την έντονη ψυχολογική δυσφορία των θυμάτων και αποτελεί μάλλον έκφραση και εκτόνωση αυτής (Mc Farlane & Spurell,1993).

### **3.3 Επιπτώσεις του φαινομένου στα παιδιά**

#### **3.3.1 Οι αντιδράσεις στο τραυματικό γεγονός και επιπτώσεις της τραυματικής εμπειρίας στο παιδί.**

Έχει επισημανθεί ότι στα προβλήματα συναισθηματικής φύσεως εντάσσονται το άγχος που μπορεί να προκληθεί μετά από ένα τραυματικό γεγονός, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η ντροπή, ο φόβος, η ενοχή ακόμη και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σχετικά με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, η επιστημονική κοινότητα την έχει προσδιορίσει ως ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των θυμάτων παιδικής κακοποίησης. (Courtois, 1979). Το παιδί που πέφτει θύμα κακοποίησης έχει χαμηλά αισθήματα αυτοεκτίμησης, τα οποία προέρχονται από την ιδέα που έχει το ίδιο ότι με κάποιο τρόπο έχει προκαλέσει την κακοποίηση ή παραμέληση από τους δικούς του ή άλλους ανθρώπους γύρω του. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση ενδέχεται να συσχετίζεται έμμεσα με την κακοποιητική συμπεριφορά προς το παιδί και την παραμέληση προς αυτό, και να θεωρείται ως ένα δευτερεύον προϊόν της χαμηλής γνωστική λειτουργικότητας του παιδιού και των φτωχών κοινωνικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Παρά το γεγονός ότι κάποιες

μορφές δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, όπως είναι η διαδικασία της αποσύνδεσης από την πραγματικότητα, μπορεί να εξυπηρετούν το άτομο ως μηχανισμός διαφυγής, ενδέχεται να οδηγήσουν σε σοβαρότερα προβλήματα, τα οποία θα εμφανιστούν στην ζωή του ατόμου αργότερα.

Παράλληλα με τα παραπάνω, συχνά παρουσιάζονται και γνωστικά προβλήματα, όπως είναι οι παρεμβαλλόμενες σκέψεις, οι εφιάλτες, η δυσκολία στη συγκέντρωση, οι έμμονες σκέψεις θανάτου και η αποσύνδεση-διάσχιση από την πραγματικότητα.

Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω εμφανίζονται και κάποια προβλήματα στην συμπεριφορά του ατόμου, που αρκετά συχνά επηρεάζουν την πρόσληψη της τροφής και οδηγούν το άτομο σε επιθετικές μορφές συμπεριφοράς και συχνά σε αυτοκαταστροφικές τάσεις.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί σε αυτό το σημείο πως κάποιοι τύποι κακοποιητικής συμπεριφοράς και παραμέλησης των ενηλίκων προς τα παιδιά, ενδέχεται να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη δυσπροσαρμοστικών μορφών αντιμετώπισης των εξωτερικών καταστάσεων. Για παράδειγμα, η παιδική θυματοποίηση μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη κάποιας μορφής παρορμητικής συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα, η τελευταία να επηρεάσει τις ικανότητες του ατόμου για την εξέλιξη των δεξιοτήτων επίλυσης των διαφόρων προβλημάτων. Τα θύματα παιδικής κακοποίησης, ιδιαίτερα αυτά που προέρχονται από αιμομικτικές οικογενειακές σχέσεις, μαθαίνουν ευκολότερα να αποσυνδέονται από την σκληρή για αυτά, πραγματικότητα κατά τη διάρκεια κάποιας κακοποιητικής εμπειρίας με αποτέλεσμα να γενικεύουν αυτή την αντίδραση και στις σχέσεις τους με άλλους ανθρώπους.

Η πρώιμη παιδική κακοποίηση και παραμέληση μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολές της συμπεριφοράς του ατόμου, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν μερικά χρόνια αργότερα και κυρίως σε περιόδους έντονου στρες ή κάτω από άλλες περιστάσεις.

Είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να γίνει μια αναφορά στις απόψεις του Krystal σχετικά με την επίδραση του τραυματικού γεγονότος στα συναισθήματα αυτού που το βιώνει, και συγκεκριμένα του παιδιού μια και αναφερόμαστε στις παιδικές τραυματικές εμπειρίες. Σύμφωνα με την άποψη του Krystal (1988) μια τραυματική εμπειρία προκαλεί στο παιδί μια μόνιμη αλλαγή στην συναισθηματική του ζωή. Τα συναισθήματα που δημιουργήθηκαν στο παιδί κατά τη διάρκεια μιας τραυματικής

εμπειρίας είναι κατακλυσμιαία και αφόρητα. Στην προσπάθεια τους να ανταποκριθούν σε αυτά αποκτούν μια αναισθησία μπροστά στα ίδια τους τα συναισθήματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα συναισθήματα τους να μεταλλάσσονται σε ψυχοσωματικά αλλά και διασχιστικά συμπτώματα. Επιπροσθέτως ,προκαλείται μια κατάσταση ανημποριάς, μπροστά στην οποία παραδίνεται και αυτόεγκαταλείπεται στον κίνδυνο. Το παιδί δεν αισθάνεται πλέον κανένα άγχος , επειδή τα πραγματικά του συναισθήματα έχουν μπλοκαριστεί. Κατά μια έννοια δηλαδή, το παιδί έχει δολοφονήσει την εσωτερική ολοκληρωμένη εικόνα του εαυτού του, ενώ ακολουθεί μια παθητική στάση για τα πράγματα. Αυτή η παθητικότητα ωστόσο, έχει και κάποιες συνέπειες. Όταν τα παιδιά βιώνουν τον εαυτό τους ως εντελώς αβοήθητο, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μεταβάλλεται η αυτοαντίληψη τους και η γενικότερη αντίληψη του εξωτερικού κόσμου.

Το παιδί καταφέρνει έτσι να ανακουφιστεί από την αρνητική επίπτωση του τραυματικού γεγονότος , αφού αποκόβεται από τα πραγματικά του συναισθήματα.

Όλη αυτή η διαδικασία ενεργοποιείται προκειμένου να βοηθήσει το παιδί στην αυτοσυντήρηση του, και τη φυσιολογική αλλά και την ψυχολογική.

Συγκεκριμένα, όταν ένα παιδί έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από κάποιον από το οικογενειακό του περιβάλλον, μεταβάλλεται αυτομάτως και με δραστικό τρόπο η φυσιολογική πορεία της ανάπτυξης του. Η αίσθηση του εαυτού, τα συναισθήματα, η εμπειρία του εξωτερικού κόσμου, η αθωότητα της παιδικής ηλικίας, εξαφανίζονται για να μεταμορφωθούν αργότερα σε προβλήματα είτε στην εφηβική είτε στην ενήλικη ζωή.

Πιο συγκεκριμένα, η επίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης σε ένα παιδί ποικίλει και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Όπως είναι η φύση της κακοποίησης, η σχέση του παιδιού με τον δράστη, η διάρκεια της κακοποιητικής διαδικασίας, καθώς και το αναπτυξιακό επίπεδο των ικανοτήτων του παιδιού την περίοδο που υπέστη σεξουαλική κακοποίηση. Επιπλέον, καμιά συμπεριφορά ή σύνολο συμπεριφορών δεν είναι ενδεικτικά κακοποίηση, ούτε όμως και η φυσιολογική ψυχολογική λειτουργία αποδεικνύει ότι δεν υπάρχει κάποιο ιστορικό κακοποίησης.

Η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία αποτελεί ένα πολυσυζητημένο θέμα, το οποίο αφορά στο ενδοψυχικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Σχετικά

πρόσφατα οι κοινωνίες έχουν αρχίσει να ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα προσπαθώντας να κατανοήσουν τα αίτια και τις συνέπειες που έχει ένα τέτοιο γεγονός όχι μόνο στο θύμα αλλά και στην ευρύτερη κοινωνία. Είναι ένα ιδιαίτερο ζήτημα ,το οποίο αναδύει τα πιο πρωτόγονα ένστικτα του ανθρώπου και ξυπνά συναισθήματα, όπως είναι αυτά της ανημποριάς, της οργής και της αποστροφής. Αντανακλώντας μία από τις πιο σκοτεινές πλευρές των παιδικών εμπειριών, οι επιδράσεις του παιδικού τραύματος υφίσταται καθ'όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δυναμική της οικογένειας και στη μετέπειτα πορεία του ατόμου. Έχει παρατηρηθεί πως τα προβλήματα που παρουσιάζονται μετά την εμπειρία της σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, συνεχίζουν να βασανίζουν το άτομο και στην ενήλικη ζωή. Οι μηχανισμοί αντίδρασης που ως νεαρά άτομα είχαν αναπτύξει ως τεχνικές επιβίωσης, τώρα πια αποδεικνύονται δυσπροσαρμοστικοί. Η διαδικασία της αποσύνθεσης – διάσχισης είναι μια πολύ κοινή στρατηγική που αναπτύσσουν τα παιδιά που έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Ενώ οι μηχανισμοί αποσύνδεσης , όπως είναι το να προσποιείται κάποιος ότι είναι κάπου άλλου εκτός πραγματικότητας, μπορεί να αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για το παιδί, καθώς διατηρεί την αίσθηση του εαυτού και την εσωτερική του δύναμη κατά την διάρκεια της κακοποίησης, για τον ενήλικα αυτοί οι μηχανισμοί αποτελούν αξεπέραστα εμπόδια και δημιουργούν σύγχυση .

### **3.3.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις του φαινομένου της κακοποίησης στα παιδιά**

Το παιδί που κακοποιείται διακατέχεται από ενορμήσεις πάνω στις οποίες θα έχει ανεπαρκή ή μηδαμινό έλεγχο, με αποτέλεσμα να υποφέρει από έντονο άγχος σε σχέση με την ασφάλεια των προσώπων που αγαπά και τον φόβο της επερχόμενης τιμωρίας του. Είναι ξεκάθαρο ότι τα βήματα που ένα νήπιο ή παιδί κάνει για τη ρύθμιση της αμφιθυμίας του έχουν ζωτικής σημασίας για της προσωπικότητας του. Αν ακολουθήσει μια ευνοϊκή πορεία, θα μεγαλώσει γνωρίζοντας ότι μέσα του υπάρχουν αντιφατικές ενορμήσεις τις οποίες είναι σε θέση να κατευθύνει και να ελέγξει, ενώ ταυτόχρονα θα μπορεί να αντέχει το άγχος και τις ενοχές που του προκαλούν. Αντιθέτως ,εάν η πρόοδος του είναι λιγότερη ευνοϊκή, θα διακατέχεται από ενορμήσεις πάνω στις οποίες θα έχει ανεπαρκή ή μηδαμινό έλεγχο.

Το παιδί μαζί με το φαινόμενο της κακοποίησης βιώνει και μια άλλη σειρά από εμπειρίες, ,όπως απομάκρυνση από το σπίτι και εισαγωγή στο νοσοκομείο. Επομένως

είναι πολύ δύσκολο να ξεχωρίσουμε τις επιπτώσεις της κακοποίησης από αυτές που οφείλονται στις άλλες εμπειρίες. Επομένως, είναι αρκετά δύσκολο να διερευνήσουμε μόνο τις ψυχολογικές επιπτώσεις της κακοποίησης.

Γενικότερα, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα τα παιδιά που κακοποιούνται ή παραμελούνται παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Για παράδειγμα κλαίει πολύ εύκολα, εμφανίζουν υπερκινητικότητα και είναι αρκετά απαιτητικά. Επίσης,, είναι αρκετά καχύποπτα και πολύ επιφυλακτικά στην σωματική επαφή με άλλα άτομα και αντιδρούν με ετοιμότητα σε περίπτωση κίνδυνου.

Συνοπτικά οι επιπτώσεις της κακοποίησης σε αυτά τα παιδιά είναι οι εξής:

- Εξελικτικές διαταραχές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι συχνό αποτέλεσμα της συναισθηματικής στέρησης στα πολύ μικρά παιδιά. Η ποιότητα της γονικής φροντίδας σχετίζεται με αυτό το εύρημα.
- Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι πολύ πιο συχνή σε αυτά τα παιδιά σε σχέση με τα φυσιολογικά και συνδέεται με τις χαρακτηριστικές μεταβολές του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού.
- Καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου αυτών των παιδιών είναι πολύ συχνό φαινόμενο καθώς δεν εμπιστεύονται το περιβάλλον που ζουν για να μιλήσουν.
- Η νοητική ανάπτυξη αυτών των παιδιών επίσης επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό. Το παραπάνω εύρημα συνδέεται περισσότερο με το ίδιο το συμβάν της κακοποίησης και όχι με την σοβαρότητα των τραυμάτων
- Η «τραυματική ψύχωση» σε παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας έχει περιγραφεί από τον Strong(1974).Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του τύπου ψύχωσης είναι μειωμένη ή έντονα διαταραγμένη σχέση με την πραγματικότητα και τους άλλους, παράξενη συμπτωματολογία όπως έντονη επιθετικότητα από την μία και υποδειγματική συμπεριφορά από την άλλη.

α) Πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο:

Η μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς αυτών των παιδιών πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο έδειξε ότι είναι λιγότερο κοινωνικά σε σχέση με άλλα, η αντιδράσεις τους δεν είναι σταθερές ενώ η συναλλαγή τους με τους άλλους στερείται φαντασίας.



Τα μικρά παιδιά που κακοποιούνται είναι απαραίτητο να εισαχθούν στο νοσοκομείο καθώς παρεμποδίζεται η φυσική εξελικτική διαδικασία και ωρίμανση.

β)Μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο:

Τα παιδιά αυτά μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο είναι ανίκανα να αντέξουν και την παραμικρή ματαίωση και ξεσπούν πολύ εύκολα σε κλάματα ή εκρήξεις οργής. Η αργή φυσική τους ανάπτυξη επηρεάζεται θετικά όταν απομακρυνθούν από το σπίτι, αλλά οι διαταραχές στο λόγο ή τα προβλήματα στην συμπεριφορά τους δεν αποκαθίστανται εύκολα.

Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη από τους Martin και Beezley μελετήθηκαν 51 παιδιά, από τα οποία τα 31 έμειναν με τους φυσικούς τους γονείς και τα υπόλοιπα σε ανάδοχες ή θετές οικογένειες. Η εκτίμηση τους έγινε από τρεις ανεξάρτητους ερευνητές ( παιδίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό). Εντοπίστηκαν εννέα χαρακτηριστικά κριτήρια με βάση συνέντευξη με γονείς και παιδιά, καθώς και εκθέσεις από δασκάλους. Τα εννέα αυτά κριτήρια που έπρεπε να εντοπίσουν και τρεις ερευνητές ήταν:

- 1.Μμειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση
- 2.Σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς
- 3Μειωμένη αυτοεκτίμηση
- 4.Απόσυρση
- 5.Εναντιωματική συμπεριφορά
- 6.Μεγάλη διεγερσιμότητα
- 7.Ψυχαναγκαστικότητα
- 8.Ψευδό-ενήλικη συμπεριφορά
- 9.Μαθησιακά προβλήματα

Τα κριτήρια αυτά αναφέρονται με σειρά και ανταποκρίνονται στη συχνότητα με την οποία επισημάνθηκαν. Εκείνα τα οποία σαφώς υπερείχαν σε σημαντικό βαθμό ήταν τα τρία πρώτα και ακολουθούσε η Απόσυρση και η Εναντιωματική Συμπεριφορά, Ενώ σαφώς λιγότερο συχνά ήταν τα τρία τελευταία..(G.Tsianths et all,1987)

Τα μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν τη διαπίστωση ότι οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στην ψυχική υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού είναι σοβαρές και ότι συνεχίζονται και στην ενήλικη ζωή.

### 3.3.3 Συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης στα παιδιά

Γενικότερα οι συνέπειες της κακοποίησης εκδηλώνονται στην διαδικασία της ανάπτυξης του ατόμου και ειδικότερα στη μετέπειτα συναισθηματική ανάπτυξη και συμπεριφορά (Bonner et al., 1992). Αναφέρονται σωματικές, ψυχολογικές και γνωστικές επιπτώσεις από τη σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική κακοποίηση και παραμέληση (Wolfe, 1991; Gelles, 1997). Οι ψυχολογικές συνέπειες ποικίλλουν από τη μειωμένη αίσθηση της αυτοαξίας μέχρι και σοβαρότερες ψυχιατρικές δυσλειτουργίες. Πολλές μελέτες ασχολήθηκαν με την επίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης στην ανάπτυξη της αυτοαντίληψης και της ταυτότητας του φύλου. Το πρώτο σημείο είναι ότι η σεξουαλική κακοποίηση τοποθετεί το άτομο στη θέση του αντικειμένου, γεγονός που διαταράσσει την ομαλή ανάπτυξη της αυτοαντίληψης. Μέσα από αυτή την εμπειρία το άτομο λαμβάνει το μήνυμα ότι η αξία του συνδέεται με την παθητική του συμμετοχή σε μια πράξη από την οποία δεν αποκομίζει ευχαρίστηση, αλλά ντροπή και σύγχυση. Το δεύτερο σημείο των ερευνών είναι ότι η σεξουαλική κακοποίηση καθιστά την ανάπτυξη της σεξουαλικότητας του παιδιού ακόμα πιο δύσκολη. Οι Mrazek και Kampe αναφέρουν ότι τα αγόρια που είχαν κακοποιηθεί από ομοφυλόφιλους άνδρες είχαν μεγάλη δυσκολία στην επιλογή της σεξουαλικής προτίμησης. Αυτή η σύγχυση προέρχεται από τη δυσκολία να συνταιριάξουν τα σεξουαλικά τους αισθήματα προς τις γυναίκες με την σεξουαλική συνδιαλλαγή με άντρες (Mrazek & Kempe, 1987; Bukowski, 1992). Το τρίτο και τελευταίο στοιχείο σχετίζεται με το προηγούμενο, καθώς περιγράφει την παρεμπόδιση της ανάπτυξης της σεξουαλικότητας με ένα συστηματικό και συνεπή τρόπο, γεγονός που μπορεί να αυξήσει το ήδη υπάρχον άγχος που σχετίζεται με τη σεξουαλική ανάπτυξη.

Άλλες συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης είναι η κατάθλιψη, το άγχος, ο αυτοτραυματισμός και η απόπειρα αυτοκτονίας, διατροφικά προβλήματα, κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενοχές, έλλειψη αυτοπεποίθησης, φόβος σχετικά με τις στενές σχέσεις (Τσιγκρής, 2000). Η συμπτωματολογία είναι περισσότερο αναπτυγμένη στα κορίτσια που έχουν κακοποιηθεί από τον πατέρα τους (Meecums, 2000).

Οι συνέπειες της κακοποίησης διαφοροποιούνται στα δύο φύλα. Τα κορίτσια φαίνονται να κυριαρχούνται από μια παθητική επιθετικότητα, η οποία οδηγεί σε μακροχρόνια και σταθερή κοινωνική δυσλειτουργία. Στα αγόρια επισημαίνεται η ανάπτυξη ενός πρωτόγονου μηχανισμού προβλητικής ταυτοποίησης, που σημαίνει ότι μεταγενέστερα μετατρέπονται σε δράστες ανάλογης κακοποίησης (Αλεβιζόπουλος,1998). Η νοητική ανάπτυξη των κακοποιημένων παιδιών επίσης επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό, φαίνεται μάλιστα να συνδέεται περισσότερο με τη διαδικασία της κακοποίησης – παραμέλησης παρά με της σοβαρότητας των τραυμάτων( Τσιαντής ,1993).

Οι Finkelhor και Browne πρότειναν ένα μοντέλο(*Traumagenic Dynamics Model of Child Sexual Abuse*), όπου περιγράφουν την παιδική σεξουαλική κακοποίηση ως μια εμπειρία που αλλάζει τον γνωστικό ή συναισθηματικό προσανατολισμό ενός παιδιού που προκαλεί τραύμα με το να διαστρεβλώνει την αυτοαντίληψη και την οπτική του παιδιού για τον κόσμο(Bonner et all.,1992; Nielsen). Οι συνιστώσες του μοντέλου είναι τέσσερις : τραυματική ‘σεξουαλικοποίηση’(traumatic sexualization), στιγματισμός (stigmatization), προδοσία (betrayal) και αδυναμία(powerlessness). Τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν μια σύγχυση ως προς τη διαμόρφωση της σεξουαλικής του ταυτότητας όπως προαναφέρθηκε, ενώ άλλοτε εμφανίζονται σεξουαλικά επιθετικά. Λόγω της αντίδρασης του περιβάλλοντος του, το παιδί μπορεί να αναπτύξει αισθήματα ενοχής , μειωμένη αυτοαντίληψη και αίσθηση ότι είναι διαφορετικό από τους άλλους . Τέλος η ανικανότητα να πείσει τους άλλους για τη σεξουαλική κακοποίηση που υπέστη, του δημιουργεί ένα αίσθημα μειωμένης αυτοαποτελεσματικότητας (Bonner et all., 1992).Οι Finkelhor και Browne υποστήριξαν επίσης ότι διαφορετικές εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης εμπεριέχουν διαφορετικό βαθμό τραύματος και προδιαθέτουν το παιδί για διαφορετική συμπεριφορά.

### **3.3.4 Ο επιπτώσεις της κακοποίησης σε διαφορετικά εξελικτικά στάδια ανάπτυξης του παιδιού**

Στην προσπάθεια μας να μελετήσουμε πως το εξελικτικό στάδιο που βρίσκεται το παιδί που κακοποιείται επηρεάζεται από αυτό το τραυματικό γεγονός, θα αναφερθούμε συνοπτικά στις διεργασίες που λαμβάνουν μέρος σε κάθε στάδιο κατά την διάρκεια εξέλιξης και ωρίμανσης ενός παιδιού. Θα ερευνήσουμε τους

εξελικτικούς παράγοντες που κάνουν τα παιδιά ιδιαίτερα ευπαθή στη κακοποίηση. Για παράδειγμα, τα νεογέννητα στερούνται βασικών κινητικών και νοητικών δεξιοτήτων με αποτέλεσμα την αδυναμία τους να απομακρυνθούν από τον θυμωμένο γονέα. Γενικότερα το παιδί αποτελεί μια δυναμική οντότητα που μετεξελίσσεται σταδιακά από ένα απολύτως εξαρτώμενο από τους ενηλίκους άτομο σε μια ικανή και αυτοπροστατευόμενη προσωπικότητα. Εξαιτίας της αστάθειας των νευρολογικών διαδικασιών που βρίσκονται υπό διαμόρφωση είναι εξαιρετικά δύσκολο για τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς αλλά ακόμα και για τους ίδιους τους ειδικούς να καταλάβουν και να ερμηνεύσουν την συμπεριφορά ενός παιδιού, καθώς και τα αίτια αυτής. Πολλές φορές δεν είναι εύκολο να διακρίνουμε αν κάποιο σύμπτωμα είναι μια προσωρινή συνέπεια της εξελικτικής διαδικασίας ή είναι απάντηση του παιδιού σε κάποιο εξωτερικό γεγονός. Επίσης, κάθε κακοποιημένο παιδί μπορεί να είναι θύμα ενός εξωτερικού γεγονότος αλλά το συγκεκριμένο γεγονός εσωτερικεύεται με διαφορετικό τρόπο, διότι η εμπειρία της κακοποίησης προσλαμβάνεται από το παιδί διαφορετικά. Συμπερασματικά, είναι κατανοητό ότι η εμπειρία της κακοποίησης, όπως και κάθε άλλο εξωτερικά προερχόμενο γεγονός, προσλαμβάνεται από το παιδί όχι μόνο διαμέσου των γνωστικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων που διαθέτει αλλά κυρίως διαμέσου του εξελικτικού σταδίου στο οποίο βρίσκονται την συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Παρακάτω αναφέρονται συνοπτικά τα στάδια εξέλιξης από τα οποία διέρχεται το παιδί κατά την διάρκεια της ωρίμανσης του.

α ) Βρεφική ηλικία: Αυτό το στάδιο αποκαλείται από τους ψυχοδυναμικούς θεραπευτές «στοματικό στάδιο» καθώς τα παιδιά αντλούν ευχαρίστηση από το στόμα (θηλασμός). Σε αυτό το στάδιο το ανώριμο νευρικό σύστημα του νεογνού απαντά στα εξωτερικά ερεθίσματα με αποδιοργανωμένο τρόπο. Σε αυτό το εξελικτικό στάδιο είναι αναγκαίο να αναπτυχθεί ισχυρός συναισθηματικός δεσμός ανάμεσα στο βρέφος και την μητέρα ή το άτομο που φροντίζει το μωρό. Για να καθιερωθεί αυτή η σχέση είναι απαραίτητο η μητέρα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ανυπεράσπιστου νεογνού και το μωρό να μπορεί με την σειρά του να εκφράζει τις ανάγκες του έτσι ώστε να μην ματαιώνει τις προσπάθειες του γονέα. Σε περίπτωση που αποτύχει αυτή η επικοινωνία είναι πολύ πιθανό ο γονέας να εκφράσει θυμό και να κακοποιήσει το παιδί του. (βλέπε σελ θεωρία δεσμού)

β)νηπιακή ηλικία: Η μετάβαση από την βρεφική στην παιδική ηλικία σηματοδοτείται από την έναρξη της ομιλίας καθώς και την απόκτηση νέων γνωστικών και κινητικών δεξιοτήτων που τα καθιστούν ικανά να εξερευνήσουν σταδιακά τον κόσμο. Σε αυτό το στάδιο αποκτούν κάποιο αίσθημα αυτονομίας έτσι ώστε να μπορούν να απομακρύνονται και να επιστρέφουν πάλι πίσω στους γονείς τους. Σε αυτό το στάδιο το νεαρό παιδί μπορεί να διαχειρίζεται ικανοποιητικά καλά τις σχέσεις του, καθώς και να δείχνει τις προτιμήσεις του στο φαγητό ή τον τρόπο ντυσίματος. Το παιδί αρχίζει να διαχωρίζεται από τον γονέα μέσα από την σύγκρουση με αυτόν. Η μάχη για την ταυτοποίηση της ύπαρξης του είναι δεδομένη. Όσο το παιδί αποκτά σταδιακά επίγνωση του εαυτού και έλεγχο του σώματος του, τόσο λιγότερο πρόθυμο είναι να του υποδεικνύουν πώς να το διαχειρίζεται. Παιδιά ηλικίας 2 και 3 χρονών διανύουν το «πρωκτικό στάδιο»κατά τον Freud. Η εκπαίδευση για την απόθεση των σωματικών περιττωμάτων αποτελεί ίσως το αντικείμενο της πρώτης διαμάχης μεταξύ ενηλίκων και αναπτυσσόμενου παιδιού. Ο αγώνας των γονιών για να θριαμβεύσουν στην επίμονη των παιδιών τους πολλές φορές εξωθεί τους γονείς σε ακραίες συμπεριφορές.

γ)προσχολική ηλικία: Στο προηγούμενο στάδιο ο εσωτερικός κόσμος του παιδιού είναι δυναδικός καθώς, αν και μπορεί να δει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους, έχει ελάχιστο ενδιαφέρον για τις σχέσεις που έχουν οι άλλοι μεταξύ τους. Στο στάδιο της προσχολικής ηλικίας ο εσωτερικός κόσμος του παιδιού αρχίζει και κατανοεί το δίκτυο των σχέσεων καθώς και την πολυπλοκότητα τους. Αρχίζει να καταλαβαίνει ότι οι γονείς του δεν έχουν σχέση μόνο με αυτόν αλλά και μεταξύ τους. Το παιδί αρχίζει τώρα πια να αντιλαμβάνεται την τριαδική σχέση καθώς και την έννοια του παρόντος σε σχέση με το παρελθόν και το μέλλον. Η παραπάνω διαπίστωση του επιτρέπει να καταλάβει ότι καθώς το ίδιο μεγαλώνει, μεγαλώνουν μαζί και τα άτομα που του παρέχουν φροντίδα. Όλα τα παραπάνω αποτελούν μια πολύ σημαντική ανακάλυψη ψυχολογικού περιεχομένου που δίνει την δυνατότητα στα παιδιά να ελευθερωθούν από τον εγωκεντρισμό του προηγούμενου σταδίου. Σε αυτό το στάδιο η σύγκρουση έρχεται ως αποτέλεσμα του οιδιπόδειου συμπλέγματος. Το παιδί θέλει να αντικαταστήσει τον γονέα. Για παράδειγμα η άρνηση του παιδιού να πάει για ύπνο την προσδιοριζόμενη από τον ενήλικο ώρα υποδηλώνει αυτή ακριβώς την επιθυμία.

δ)Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορούν πολύ εύκολα να μεταβούν από την φαντασία στην πραγματικότητα. Πολλές φορές τα παιδιά βασίζονται στην

φαντασιακό τους κόσμο, με σκοπό να ξεπεράσουν κάποιες δυσκολίες της πραγματικής ζωής τους. Όταν όμως οι χειρότερη από τις φαντασιακές εικόνες του παιδιού πραγματοποιείται, τότε δεν μπορεί να βασιστεί άλλο πια στον εσωτερικό κόσμο των

Επίσης, το μετατραυματικό άγχος του παιδιού μετά από κακοποίηση ή παραμέληση εκφράζεται με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με την ικανότητα που έχει το παιδί σε κάθε εξελικτικό στάδιο να εκφράσει με λόγια τα αρνητικά του συναισθήματα.

#### **4.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

##### **4.1 Παράγοντες που σχετίζονται με την παιδική κακοποίηση:**

Σύμφωνα με την Επιτροπή του Εθνικού Συμβουλίου Έρευνας για την παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση(1993),δεν υπάρχει ένας και μόνο παράγοντας κινδύνου που λειτουργεί σαν αποφασιστικός καταλύτης στην κακοποίηση και στην παραμέληση των παιδιών. Φαίνεται ότι η σύνθετη αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων σχετίζεται με την εμφάνιση του φαινομένου.

- Ο κίνδυνος θανάτου από κακομεταχείριση είναι κατά προσέγγιση τρεις φορές μεγαλύτερος για τα παιδιά κάτω του ενός έτους (6,1 θάνατοι ανά 100.000 παιδιά) από ότι για τα παιδιά ηλικίας 1-4 ετών (1,9/100.000) που με τη σειρά τους αντιμετωπίζουν διπλάσιο κίνδυνο από τα παιδιά ηλικίας 5-14 ετών (1,1/100.000).
- Μία μικρή ομάδα χωρών εμφανίζουν εξαιρετικά λίγα περιστατικά παιδικών θανάτων από κακομεταχείριση: Ισπανία (0,1 θάνατοι ανά 100.000 παιδιά), Ελλάδα και Ιταλία (0,2/100.000) Ιρλανδία και Νορβηγία (0,3/100.000).
- Πέντε χώρες έχουν επίπεδα παιδικών θανάτων από κακομεταχείριση που είναι τέσσερις με έξι φορές υψηλότερα: Βέλγιο (1,1/100.000), Τσεχία (1,2/100.000), Νέα Ζηλανδία και Ουγγαρία (1,3/100.000) και Γαλλία (1,4/100.000). Τρεις χώρες έχουν ποσοστά που είναι από 10 μέχρι και 15 φορές υψηλότερα: ΗΠΑ (2,4/100.000), Μεξικό (3,0/100.000) και Πορτογαλία (3,7/100.000).

- Η φτώχεια και το στρες - μαζί με την κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ - φαίνεται πως είναι οι παράγοντες που σχετίζονται πιο επίμονα με την παιδική κακοποίηση και την παραμέληση. Σε σχετική έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ το 80% των απασχολούμενων στην κοινωνική πρόνοια που συμμετείχε, δηλώνουν πως “η κατάχρηση ουσιών προκαλεί ή συμβάλει σε τουλάχιστον τις μισές απ’ όλες τις υποθέσεις παιδικής κακομεταχείρισης”. Το 85% των Πολιτειών των ΗΠΑ επίσης αναφέρουν την κατάχρηση ουσιών ως ένα από τα δύο κύρια προβλήματα (μαζί με τη φτώχεια) μεταξύ των οικογενειών που αναφέρονται για παιδική κακομεταχείριση.
- Η επίδραση της οικονομικής κατάστασης στους θανάτους από κακομεταχείριση φαίνεται και από το γεγονός ότι για παιδιά κάτω των 5 ετών που ζουν σε χώρες με υψηλό εισόδημα (σε παγκόσμιο επίπεδο) το ποσοστό των θανάτων από κακομεταχείριση υπολογίζεται σε 2,2 στα 100.000 για τα αγόρια και 1,8 στα 100.000 για τα κορίτσια. Σε χώρες με μέσο και χαμηλό εισόδημα το ποσοστό είναι διπλάσιο με τριπλάσιο - 6,1 στα 100.000 για τα αγόρια και 5,1 στα 100.000 για τα κορίτσια. Τα υψηλότερα ποσοστά δολοφονιών παιδιών κάτω των 5 ετών τα συναντάμε στην Αφρική - 17,9 στα 100.000 παιδιά για τα αγόρια και 12,7 στα 100.000 για τα κορίτσια.
- Οι χώρες με τα πλέον χαμηλά ποσοστά παιδικών θανάτων από κακομεταχείριση έχουν επίσης πολύ χαμηλά αντίστοιχα ποσοστά θανάτων ενηλίκων: Ισπανία (1,4 θάνατοι ανά 100.000 άτομα άνω των 15 ετών), Ιρλανδία (1,5 θάνατοι ανά 100.000 άτομα), Ελλάδα και Νορβηγία (1,7/100.000). Ομοίως, οι τρεις χώρες με τα πλέον υψηλά επίπεδα θανάτων παιδιών από κακομεταχείριση έχουν επίσης πολύ υψηλά επίπεδα θανάτων ενηλίκων: ΗΠΑ (11,3 θάνατοι άνω των 15 ετών ανά 100.000), Πορτογαλία (16,4/100.000) και Μεξικό (31,7/100.000).
- Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά τα ποσοστά κακομεταχείρισης. Σε έρευνα στις ΗΠΑ 3,9 παιδιά στα 1.000 υπέστησαν κακομεταχείριση όταν στην οικογένεια υπήρχαν και οι δύο γονείς, ενώ ο αριθμός ανέβηκε σε 6,9 στα 1.000 παιδιά σε μονογονεϊκές οικογένειες και σε 7 στα 1.000 παιδιά όταν το παιδί ζούσε χωρίς κανέναν από τους δύο του γονείς.

- Αντίθετα με την επικρατούσα αντίληψη το 80% αυτών που κακοποιούν τα παιδιά είναι οι φυσικοί τους γονείς. Αυτή τη στιγμή μόνο επτά χώρες διαθέτουν νόμους που απαγορεύουν κατηγορηματικά τη σωματική τιμωρία των παιδιών: Αυστρία, Γερμανία, Δανία, Ισλανδία, Νορβηγία, Φινλανδία και Σουηδία.
- Οι θάνατοι παιδιών από κακομεταχείριση φαίνεται να έχουν πτωτική τάση στη μεγάλη πλειοψηφία των χωρών του βιομηχανικού κόσμου με εξαίρεση την Πορτογαλία, Ολλανδία, Νέα Ζηλανδία, Βέλγιο και Γαλλία που παρουσιάζουν αύξησή.

Ανακολουθίες στο σύστημα ταξινόμησης και έλλειψη κοινών ορισμών και ερευνητικών μεθοδολογιών σημαίνει ότι υπάρχουν λίγα διεθνώς συγκρίσιμα στοιχεία και ότι η έκταση της παιδικής κακομεταχείρισης είναι σχεδόν βέβαιο ότι υποτιμάται από τις στατιστικές.

#### **4.2 Συχνότητα κακοποίησης ανηλίκων**

Για να προσδιορίσουμε την συχνότητα εμφάνισης ενός τόσο πολύπλοκου κοινωνικού φαινομένου, όπως είναι η κακοποίηση και η παραμέληση παιδιού πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας τόσο τον βαθμό ευαισθητοποίησης και ανοχής κάθε χώρας στο συγκεκριμένο θέμα όσο και την ύπαρξη συστημάτων καταγραφής και καταγγελίας όπως και την αξιοπιστία αυτών. Λαμβάνοντας υπόψιν τους παραπάνω παράγοντες είναι εύκολα κατανοητό ότι οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος είναι πολύ μεγαλύτερες. Παρόλα αυτά έχει παρατηρηθεί ότι όσο οι επαγγελματίες της πρώτης γραμμής ευαισθητοποιούνται σχετικά με την διάγνωση και την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών τόσο περισσότερο αυξάνεται κατακόρυφα ο αριθμός των παραπομπών. Στις Η.Π.Α 1% του παιδικού πληθυσμού κακοποιείται κατά την παιδική ηλικία, ενώ στο γενικό πληθυσμό η αναλογία έχει εκτιμηθεί σε 500 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο για κάθε εκατομμύριο κατοίκους. Η συχνότητα αυτή είναι τριπλάσια σε πρόωρα βρέφη. Η θνησιμότητα κυμαίνεται γύρω στο 3% ή 2.000 θανάτους κάθε χρόνο. Από το σύνολο των κακοποιημένων παιδιών που παραπέμπονται σε ιατρικά κέντρα, 85% είναι παιδιά με σωματικές κακώσεις, 10% σεξουαλικά κακοποιημένα και 5% με καθυστέρηση στην ανάπτυξη που δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια. Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι το 10% των παιδιών μικρότερα των 5 που φτάνουν στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων έχουν πέσει θύματα βίας.



Στη Δυτική Γερμανία, σε σύνολο πληθυσμού 60 εκατομμυρίων, καταγγέλλθηκαν στην αστυνομία 30.000 περιστατικά, ενώ, σύμφωνα με την εθνική μελέτη συχνότητας στις Η.Π.Α., ο αριθμός αυτός θα έπρεπε να ήταν 169.000 περιπτώσεις κακοποίησης και 1.5000.000 παραμέλησης. Το ποσοστό επανακακοποίησης ενός παιδιού μετά το πρώτο επεισόδιο βρέθηκε να είναι 20% ακόμα και σε χώρες σαν τη Μ. Βρετανία με τη γνωστή υποδομή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ενώ όταν δεν υπάρχει θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να φτάσει ως 60%.

Ανάλογα υψηλό είναι το ποσοστό θανάτου που στον πληθυσμό των ήδη κακοποιημένων παιδιών έχει υπολογιστεί σε 6-28%. Είναι προφανές ότι το ποσοστό αυτό επηρεάζεται από τα διαγνωστικά κριτήρια της κακοποίησης και παραμέλησης, την έγκαιρη διάγνωση και την επάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης. Είναι, επίσης, γνωστό ότι πολλά παιδιά που πεθαίνουν από <<μη τυχαίες >> κακώσεις δεν περιλαμβάνονται στις στατιστικές των δολοφονιών ή ακόμα και των ατυχημάτων. Οι θάνατοι αυτοί αποδίδονται συνήθως σε << άγνωστα αίτια.>>, σε δηλητηριάσεις ή ,ακόμα, σε <<αιφνίδιους θανάτους>> ή βρογχοπνευμονία.(Γ.Τσιαντής,2001).

Όσον αφορά τη συχνότητα της σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών στην Ελλάδα, από τα διεθνή στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι ένα στα 25 κορίτσια και ένα στα 33 αγόρια έχει αναφέρει ότι υπέστη σεξουαλική κακοποίηση κάποιου βαθμού. Από τις περιπτώσεις αυτές ο ένας στους 4 δράστες ήταν μέλος της οικογένειας και ο ένας στους 2 γνωστός ή φίλος. Παλαιότερες στατιστικές του Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία», σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, απέδειξαν ότι σε κακοποίηση-παραμέληση οφειλόταν το 10% όλων των σωματικών κακώσεων σε παιδιά κάτω των 3 ετών και το 10% των τραυμάτων που παρουσιάζονται σε παιδιά κάτω των 5 ετών. Το 40%-60% αυτών των παιδιών μπορεί να ξανακακοποιηθεί από τους ίδιους γονείς, καθώς το 75% των περιπτώσεων αυτών οφείλεται σε δράστες από το στενό οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού.

Μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού το 1992, σε φοιτητές 18-20 ετών, ανέδειξε ποσοστό σεξουαλικής παραβίασης πριν την ηλικία των 18 ετών, 17% στα κορίτσια και 7% στα αγόρια, ποσοστό το οποίο επιβεβαιώθηκε από μεταγενέστερη

έρευνα. Η μία στις τρεις περιπτώσεις θυματοποίησης ήταν μέσα στην οικογένεια. Τα στοιχεία του Ελληνικού Τμήματος της UNICEF και του ΟΟΣΑ στην Ελλάδα, αναφέρουν πως την τελευταία πενταετία πέθαναν 16 παιδιά κάτω των 15 ετών από κακομεταχείριση των γονέων και των κηδεμόνων. Τρία από αυτά είχαν ηλικία κάτω του ενός έτους. Η βία σε ποσοστό 41,3% των περιπτώσεων προέρχεται από το βιολογικό πατέρα, 38,9% από τη βιολογική μητέρα, 11,1% από το θετό πατέρα ή σύντροφο, 3,4% από τη θετή μητέρα ή σύντροφο, 4,8% από άλλο συγγενή και 0,4% από ανάδοχες οικογένειες (δημοσίευμα της Ελευθεροτυπίας, 11/12/2004). Γενικά στατιστικά στοιχεία για την Ελλάδα δεν υπάρχουν και φαίνεται να υπάρχουν διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Τέλος ο κίνδυνος κακοποίηση των αδελφών του παιδιού αναφέρεται ως 72%. Η θεραπευτική παρέμβαση μειώνει το ποσοστό αυτό στο ελάχιστο.

### **4.3 Συχνότητα μετατραυματικής διαταραχής**

Η πιθανότητα εμφάνισης της Διαταραχής μετά από Ψυχοτραυματικό γεγονός στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται περίπου στο 1%(Shaw,Applegate, Tanner, Perez,Rothe,Bowen & Laney,1995). Οι πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής σε πληθυσμό που έχει βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός κυμαίνονται μεταξύ 3% έως 8%(Μάνος,1997). Επιδημιολογικές έρευνες σε παιδιά και εφήβους αναφέρουν ότι οι δύο(2) από τους πέντε (5) νέους, ηλικίας 18 ετών, πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση ΔΜΤΣ τουλάχιστον μία φορά( Pfefferbaum,1997). Βέβαια, είναι πού δύσκολο να υπολογίσουμε την πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΤΣ στα παιδιά, ιδιαίτερα πριν συμπεριληφθεί στο DSM, καθώς πρέπει να εκτιμηθούν ποικίλοι παράγοντες, όπως η ηλικία το παιδιού, εμπειρίες, βιώματα, η ψυχική τους αντοχή, οι υποστηρικτικοί παράγοντες, η μέθοδος που ακολουθήθηκε και η έκδοση του DSM πάνω στην οποία βασίστηκε η διάγνωση.

Στη Ελλάδα η συχνότητα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στο γενικό πληθυσμό μπορεί να προσεγγισθεί με βάση τη συχνότητα του 1 – 2 % και προβολείς στο ετήσιο αριθμό γεννήσεων των 100.000 περίπου παιδιών (Ε. Αγάθωνος – Γεωργωπούλου, 1998 ). Κάθε έτος εμφανίζονται στην Ελλάδα 1000 – 2000 νέες περιπτώσεις για κάθε έτος ηλικίας. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στις μικρές ηλικίες. Κάθε χρόνο εκτιμάται ότι 2 στα 3 κακοποιημένα παιδιά είναι 0 – 5 ετών παγκοσμίως άρα στην Ελλάδα αναμένεται το ότι 5.000 ως 10.000 παιδιά προς

σχολικής ηλικίας κακοποιούνται . Παρ' όλα αυτά η έλλειψη συστήματος υποχρεωτικής αναφοράς των επιπτώσεων δεν μας επιτρέπει να εκτιμήσουμε σωστά το εύρος της κακοποίησης παιδιών στην Ελλάδα. Στον πληθυσμό των νοσηλευθέντων παιδιών στο Νος. Παιδιών "Αγία Σοφία" την χρονική περίοδο 1984 – 1992, το ποσοστό των παιδιών που διαγνώστηκαν και καταγράφηκαν ως κακοποιημένα ήταν κατά μέσω όρο 0,62% (Αγάθωνος, 1995).

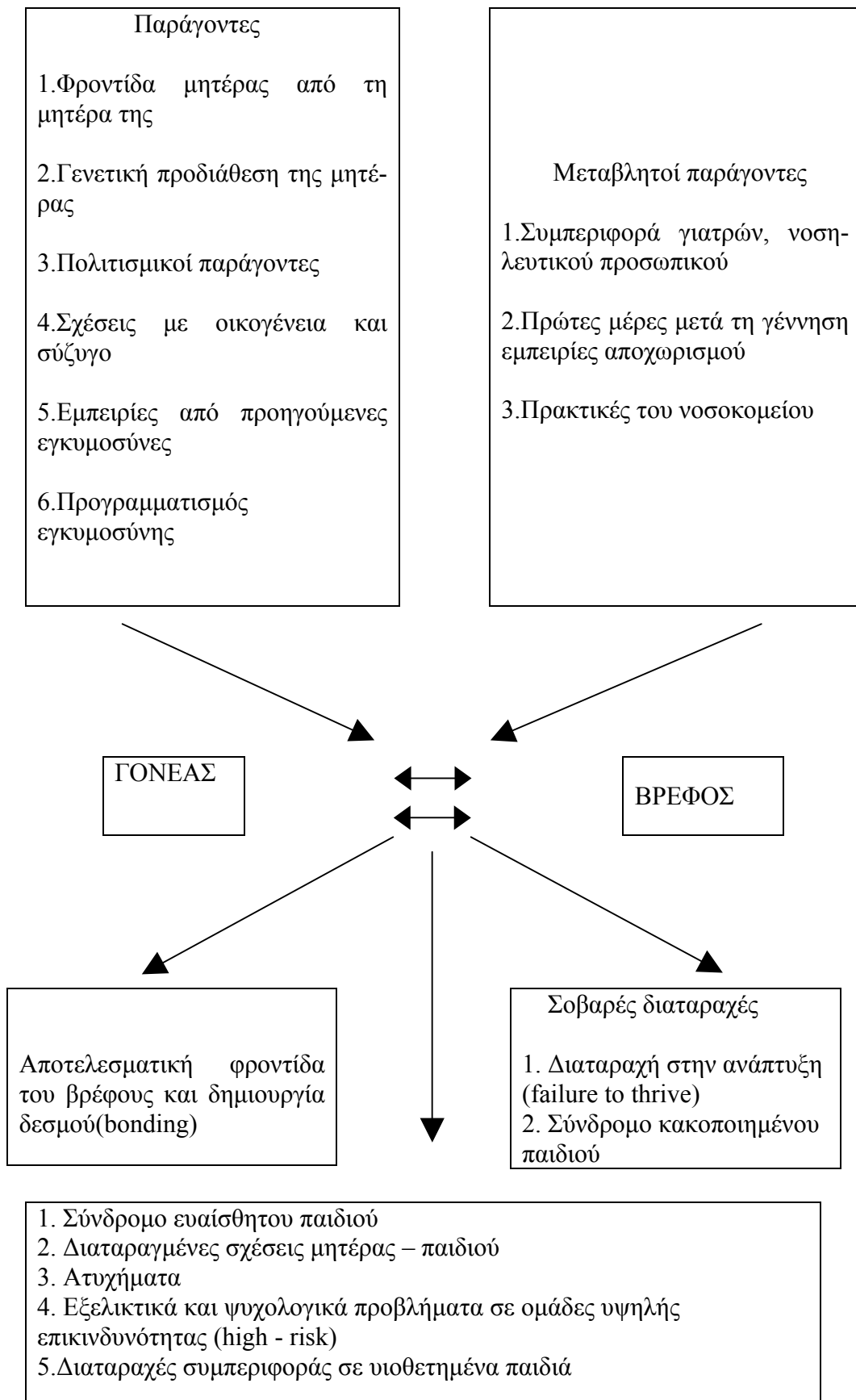
## **5. ANTIMETΩΠΙΣΗ**

### **5.1 Βασικές προϋποθέσεις για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού**

Σύμφωνα με μερικά βασικά κλινικά ερευνητικά δεδομένα οι πρώιμες εμπειρίες διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Γνωρίζοντας επίσης ότι τα περισσότερα περιστατικά κακοποίησης παρατηρούνται στην βρεφονηπιακή ηλικία κατανοούμε την σοβαρότητα των επιπτώσεων της κακοποίησης στην ψυχική υγεία ενός παιδιού που κακοποιείται ήδη από πολύ νεαρή ηλικία. Ουσιαστικό για την ψυχική υγεία είναι το βρέφος και το μικρό παιδί να έχει την εμπειρία μιας ζεστής, στενής και συνεχούς σχέσης με την μητέρα του (ή το μόνιμο μητρικό υποκατάστατο). Η έλλειψη αυτής της σχέσης δημιουργεί μητρική αποστέρηση. (Bowlby, 1951). Επομένως η κύρια βασική προϋπόθεση για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού είναι η δημιουργία ενός ασφαλούς δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους. Πώς όμως διαμορφώνεται αυτός ο δεσμός; Είναι γενικά αποδεκτό ότι η σχέση μητέρα παιδιού στα πρώιμα χρόνια αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα της ψυχοσυναλλαγής μεταξύ τους, με συμβολή από την πλευρά τόσο του παιδιού όσο και της μητέρας. Τα γεγονότα κατά την διάρκεια της κύησης αλλά και τα διάφορα περιγεννητικά γεγονότα επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την σχέση μητέρας –παιδιού. Η ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του παιδιού θα ακολουθήσει μια ομαλή πορεία εφόσον η μητέρα του παιδιού ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες για επιβίωση. Το βρέφος συνδέεται ικανοποιητικά με το άτομο που το φροντίζει ήδη από τον έκτο με όγδοο μήνα της ζωής του. Από την άλλη μεριά όσο πιο πολύ απαντάει το παιδί στα ερεθίσματα που λαμβάνει τόσο πιο τρυφερή γίνεται η μητέρα. Η μητρική αυτή συμπεριφορά, που περιγράφεται από τον ως «αρκετά καλή μητρικότητα» (good enough mothering), είναι εκείνη που προωθεί

την συναισθηματική την νοητική και την κοινωνική ωρίμανση καθώς και την φυσική ανάπτυξη του παιδιού (*G.Tsiantis et all,2001*).Οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν την σχέση γονέα-βρέφους, την δημιουργεί ή όχι δεσμού, καθώς και τις διαταραχές που μπορεί να προκύψουν, σύμφωνα με τους Klaus & Kennel. Περιγράφονται συνοπτικά στο παρακάτω σχεδιάγραμμα:

Διάγραμμα II:



Οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί στην διαμόρφωση μιας ομαλής ή μη ψυχοκοινωνικής προσωπικότητας καθώς μπορούν να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα σχέσης μητέρα-παιδιού. Για παράδειγμα κακές συνθήκες κατοικίας, περιβάλλοντος και φτώχιας αναμφίβολα αποτελούν δυσμενείς συγκυρίες και ίσως αποτελέσουν προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση του φαινομένου της κακοποίησης στην οικογένεια. Αναμφίβολα, αυτός ο πληθυσμός αποτελεί μια ομάδα «υψηλού κινδύνου». Όλα τα παραπάνω διαμορφώνουν την ομαλή ή μη ψυχοκοινωνική ανάπτυξη ενός παιδιού.

## 5.2 Πρόληψη

Οι περισσότερες προσπάθειες στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών έχουν επικεντρωθεί μέχρι σήμερα κυρίως στην διάγνωση και στην θεραπεία παρά, στην πρόληψη του προβλήματος. Η αντιμετώπιση των αναγκών των κακοποιημένων παιδιών μας έμαθε ότι η θεραπευτική παρέμβαση στα παιδιά μπορεί να είναι ένας μακροπρόθεσμος στόχος πρόληψης. Η πρόληψη, για να είναι αποτελεσματική πρέπει να σχεδιαστεί στα επίπεδα του ατόμου της κοινότητας και της ευρύτερης κοινωνίας. Η πρόληψη μπορεί να χωριστεί σε τρεις βασικές κατηγορίες που εκπροσωπούν αυτοτελείς και αλληλένδετους στόχους:

- Πρωτογενής πρόληψη:

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην βελτίωση των συνθηκών ζωής για όλο τον πληθυσμό (κυρίως για τα νεογέννητα και μικρά παιδιά). Στόχος είναι η βελτίωση τις γενικότερης ποιότητας της ζωής έτσι ώστε να μειωθούν οι κοινωνικές ανισότητες. Οποιοδήποτε μέτρο λαμβάνεται για άτομα με σκοπό να εξασφαλιστεί η ασφάλεια του παιδιού, έτσι ώστε ποτέ να μην κακοποιηθεί ή να παραμεληθεί. Επίσης πρωτογενή πρόληψη αποτελεί οποιοδήποτε μέτρο λαμβάνεται σε κοινωνικό επίπεδο με στόχο να μην υπάρξει ποτέ πρόβλημα στην κοινωνία μας. Αυτού του είδους η πρόληψη είναι το επίκεντρο της κοινωνιολογικής-οικολογικής θεώρησης του προβλήματος, εφόσον, σύμφωνα με αυτή οι προϋποθέσεις περιλαμβάνουν βασικές φιλοσοφικές και δομικές αλλαγές στην επικρατούσα κοινωνική, οικονομική και πολιτική τάξη. Κάποιοι

επιμέρους πιο συγκεκριμένοι στόχοι της πρωτογενής πρόληψης είναι οι εξής: α) Ευρεία εκπαίδευση, με στόχο την προαγωγή της υγείας γενικότερα και τις ψυχικής υγείας ειδικότερα. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης εντάσσεται και η προετοιμασία των νέων για το γονικό ρόλο β) Βελτίωση των κυνικό-οικονομικών συνθηκών ιδίως για τις νέες και φτωχέ οικογένειες. Για παράδειγμα, βελτίωση των συνθηκών κατοικίας και εκπαίδευσης. γ) Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για νέες έγκυες γυναίκες, καλές συνθήκες τοκετού και προσοχή των νεογνών. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η ανάπτυξη δεσμού μητέρας – παιδιού που όπως προαναφέρθηκε αποτελεί ένα παράγοντα ομαλής κοινωνικοψυχολογικής ανάπτυξης του παιδιού και αποφυγής της κακοποίησης δ) Τη καλύτερη γνώση και χρήση της νομοθεσίας που υπάρχει σχετικά με την προστασία παιδιού καθώς και αλλαγή των στάσεων σε θέματα ανατροφής των παιδιών ιδίως στην επιβολή της σωματικής τιμωρίας ε) Την αλλαγή στην νοοτροπία και στις στάσεις των μέσων μαζικής επικοινωνίας σε ό,τι αφορά τον τρόπο που παρουσιάζουν τις περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών δηλαδή, περισσότερη αναφορά σε πυγές βοήθειας και λιγότερη έμφαση στο πρόσωπο που κακοποιεί στ) Οικογενειακός προγραμματισμός . ευνόητο είναι ότι οι πρωτογενής πρόληψη δεν μπορεί να λειτουργήσει αυτοδύναμα παρά σε στενή συνεργασία με ειδικευμένες υπηρεσίες. Τέλος η συνεργασία κοινωνιολόγων, ανθρωπολόγων, οικονομολόγων, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, γενικών ιατρών, επισκεπτών υγείας, παιδιάτρων και παιδοψυχιάτρων και φυσικά τις πολιτείας.

**Πίνακας:** Πρωτογενείς Πρόληψη Σεξουαλικής Παραβίασης και Εκμετάλλευσης  
παιδιών

---

1. Διυπουργικό επίπεδο.  
Εφαρμογή της σύμβασης για τα Δικαιώματα του παιδιού σε όλα τα επίπεδα.
    - α) Παροχές.
    - β) Προστασία
    - γ) Συμμετοχή.
  2. Εθνική εκστρατεία για τα παιδιά και τους νέους.
    - α) β) Διακομματικό επίπεδο.
  3. Αντιμετώπιση της πορνογραφίας.
  4. Παρέμβαση στην εικόνα παιδιών και νέων στη διαφήμιση.
  5. Προγράμματα πρόληψης στα σχολεία (νηπιαγωγείο ως λύκειο)  
μέσω μεθοδολογίας προαγωγής της υγείας.  
Στόχος: Εκπαιδευτικοί – Παιδιά - Γονείς  
Πεδία: - Αυτοεκτίμηση  
- Αυτασφάλεια - Αυτοάμυνα.  
- Κοινωνικές δεξιότητες.  
- Επικοινωνία  
- Συμμετοχή.
- 

(Αγάθωνος & Γεωργοπούλου,1998).

- Δευτερογενή πρόληψη:

Στόχος της είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων για τον εντοπισμό οικογενειών και παιδιών που ανήκουν σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» η έγκαιρη εντόπιση εγκύων που ανήκουν σε τέτοιες ομάδες καθώς και των παιδιών που θα γεννηθούν μπορεί να προλάβει σοβαρά προβλήματα διαταραχής δεσμού ή γενικότερης διαταραχής στην γονική ικανότητα. Η δευτερογενής πρόληψη σε χώρες που έχει αναπτυχθεί επαρκώς είναι ο σημαντικότερος σύνδεσμος του προληπτικού τρίγωνου. Αυτά τα προγράμματα καλύπτονται κυρίως από ιατρικές υπηρεσίες. Διεπιστημονικές διαγνωστικές ομάδες κακοποίησης παιδιών λειτουργούν σε μαιευτήρια.



**Πίνακας:** Δευτερογενής Πρόληψη Σεξουαλικής Παραβίασης και  
Εκμετάλλευσης Παιδιών.

---

1. Θεραπευτική προσέγγιση νέων με προδιάθεση για εξέλιξη σε "δράστες".
    - α) Πρώην θύματα όλων των μορφών θυματοποίησης, ιδιαίτερα σεξουαλικής και συναισθηματικής.
  2. Έγκαιρος προσδιορισμός γονέων με προδιάθεση για κακοποίηση – παραμέληση των παιδιών τους.
  3. Πολύπλευρη υποστήριξη.
- 

(Αγάθωνος & Γεωργοπούλου, 1998).

- Τριτογενής πρόληψη:

Ασχολείται με παιδιά που έχουν είδη κακοποιηθεί και τις οικογένειες τους με στόχο να αποφευχθεί άλλη δυνατή κακοποίηση του ίδιου του παιδιού ή των αδερφών του στο μέλλον. Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει α) Συνολική εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης από διεπιστημονικές ομάδες β) Απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι. γ) Βελτίωση των κακών κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών. δ) Θεραπεία και υποστήριξη των γονέων. ε) Ψυχοθεραπεία του παιδιού στ) Αφαίρεση, έστω και προσωρινά τις επιμέλειες από τους γονείς. ζ) Ρύθμισή των θεμάτων σχετικά με την καταγγελία για τα κακοποιημένα παιδιά.

Συμπερασματικά, ο τομέας της πρόληψης μόλις έχει αρχίσει να αναπτύσσεται. Είναι εύκολα κατανοητός ο λόγος για τον οποίο δίνεται προτεραιότητα στην τριτογενή πρόληψη που είναι συγκεκριμένη, ορατή και εύκολα εφικτή, σε αντίθεση με την πρωτογενή η οποία απαιτεί δραστικές αλλαγές στο κοινωνικό σύστημα και την γενικότερη στάση προς τα παιδιά.

**Πίνακας:** Τριτογενής Πρόληψη Σεξουαλικής Παραβίασης και Εκμετάλλευσης Παιδιών.

---

1. Θεραπεία στα θύματα.
  2. Στήριξη στις οικογένειες των θυμάτων.
  3. Προσφορά θεραπείας τους υπαίτιους στα πλαίσια της ποινής.
  4. "Έωνες – κρίσης" για άμεση προστασία παιδιών – θυμάτων.
  5. Θεραπευτικά προγράμματα παιδικής προστασίας.
  6. Διακρατική συνεργασία και ειδικά μέτρα για τους καθ' έξιν διεθνείς παιδεραστές και τα δίκτυα τους.
- 

( Αγάθωνος& Γεωργοπούλου,1998).

### **5.3 Ψυχοκοινωνική παρέμβαση και θεραπεία**

Προτού αναφερθούμε στους τρόπους θεραπείας και αντιμετώπισης των κακοποιημένων παιδιών που έχουν υποστεί μετατραυματικό στρες μετά από αυτή την εμπειρία θα πρέπει οι ειδικοί αφού έχουν κάνουν μια σωστή και ολοκληρωμένη διάγνωση και αφού αναλογιστούν την πολύπλοκη φύση του προβλήματος να εξετάσουν τις αιτίες του φαινομένου ,έτσι ώστε να επιλέξουν τις καλύτερες για κάθε περίπτωση στρατηγικές αντιμετώπισης. Είναι απαραίτητο οι ειδικοί να αναφερθούν και στις σχέσεις αιτίου και αιτιατού.

Ένα πολύ αισιόδοξο εύρημα των ερευνών είναι ότι οι εγκεφαλικές μεταβολές που προκαλούνται από την μετατραυματική αγχώδη διαταραχή δεν είναι μόνιμες και ότι οι άνθρωποι μπορούν να θεραπευτούν ακόμα και από τις πιο φρικιαστικές μνήμες (Goleman,1998).

Έτσι ο συγκινησιακός εγκέφαλος μπορεί μέσα από την διαδικασία της επανεμάθησης να επανέλθει στις φυσιολογικές του λειτουργίες. Γενικότερα, η βιβλιογραφία αναφέρει τρία ξεχωριστά θεραπευτικά στάδια που πρέπει να ακολουθήσει κάθε ειδικός ψυχικής υγείας, προκειμένου να βοηθηθεί το άτομο ή το παιδί να αναρρώσει από το τραύμα και να επανέλθει στην αρχική φυσιολογική κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Δρα Τζούντιθ Λιούις Χέρμαν,

ψυχίατρο του Χάρβαντ, αρχικά κατά την διάρκεια του πρώτου σταδίου ανάρρωσης το άτομο πρέπει να νιώσει ασφάλεια ενώ στην συνέχεια θα πρέπει να επαναφέρει στην μνήμη όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες από την τραυματική εμπειρία που έχει βιώσει καθώς και να θρηνησει για τις τραγικές συνέπειες ενώ τέλος επιστρέφει στην φυσιολογική ζωή. Η σειρά των παραπάνω σταδίων δεν είναι τυχαία αλλά αντανακλά το πώς ο συγκινησιακός εγκέφαλος μαθαίνει για άλλη μια φορά ότι δεν χρειάζεται να αντιμετωπίζει την ζωή σαν μια απειλή. Στο πρώτο στάδιο, για παράδειγμα, οι ειδικοί αναζητούν τρόπους για να ηρεμήσουν τα πολύ φοβισμένα συγκινησιακά κυκλώματα τόσοσ όσο χρειάζεται για να επιστρέψουν στην επαναμάθηση (στα παιδιά αυτό το κλήμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας μπορεί να δημιουργηθεί με την βοήθεια του παιχνιδιού με τον θεραπευτή), αυτό γίνεται με το να συνειδητοποιήσουν οι ασθενείς ότι τα συμπτώματα τους αποτελούν ενδείξεις μετατραυματικού στρες , επίσης γίνεται προσπάθεια έτσι ώστε να αποκτηθεί η αίσθηση ελέγχου που έχει χαθεί καθώς νιώθουν ότι οτιδήποτε συμβαίνει στο σώμα και στο και στα συναισθήματα τους δεν βρίσκεται κάτω από την κυριαρχία τους . Στην συνέχεια όντας σε ένα ασφαλές πλέον πλαίσιο ο ασθενής καλείται να επαναλάβει την ιστορία που προκάλεσε το τραύμα , επιτρέποντας έτσι στο συγκινησιακό κύκλωμα να αποκτήσει μια πιο ρεαλιστική κατανόηση της τραυματικής εμπειρίας . Αν το άτομο δεν αντέξει την λεπτομερή εξιστόρηση των γεγονότων δεν πιέζεται αλλά αφήνεται να επιλέξει από μόνος του τον ρυθμό εξιστόρησης των γεγονότων σε βαθμό που αυτή η κατάσταση επαναβίωσης, του είναι ανεκτή. Στα παιδιά αυτή η τεχνική μπορεί να τεθεί σε εφαρμογή πάλι με την βοήθεια του παιχνιδιού. Πιο συγκεκριμένα αυτό επιτυγχάνεται αυθόρμητα μέσα από το παιχνίδι τύπου Πάρντι. Παίζοντας ξανά και ξανά το παιχνίδι ξαναζούν την τραυματική εμπειρία, επιτρέποντας στα παιδιά να επαναφέρουν την ανάμνηση σε συνθήκες μειωμένου άγχους και να απευαισθητοποιήσουν το συμβάν. Επίσης , μέσα από το παιχνίδι τα παιδιά χρησιμοποιώντας την φαντασία τους μπορούν να δώσουν μια νέα εκδοχή στο συμβάν. Πολλές φορές τα παιδιά κατά την διάρκεια του παιχνιδιού σκοτώνουν το άτομο που τα κακοποίησε ή τους προκάλεσε την τραυματική εμπειρία και με αυτό τον τρόπο ενισχύουν το αίσθημα της κυριαρχίας τους πάνω στην τραυματική ανάμνηση . Οι ονειροπολήσεις, το συμβολικό παιχνίδι , η και η φαντασία αποτελούν τα όπλα των μικρών παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση και τα βοηθά να αποφεύγουν το ψυχικό μούδιασμα και να μην υποφέρουν τόσο όσο οι ενήλικοι που αποφεύγουν κάθε φαντασιακή επαφή με το συμβάν. Σε περίπτωση

τραύματος μικρής έντασης τα παιδιά αρκούνται σε μία έως δύο επαναλήψεις παιχνιδιού τύπου Πάρντι, αν όμως είναι μεγάλης έντασης το τραύμα όπως περιστατικά επαναλαμβανόμενης κακοποίησης τα παιδιά πρέπει να ξαναζήσουν την εμπειρία με αυτόν τον τρόπο πολλές φορές. Σε μεγαλύτερα παιδιά αυτή η εισχώρηση στην παγωμένη εικόνα μπορεί να γίνει μέσω της τέχνης. Αυτή η οδός προς το ασυνείδητο χρησιμοποιείται συχνά στα ψυχικά τραυματισμένα παιδιά, καθώς οι ισχυρές αναμνήσεις που απασχολούν τα παιδιά παρεισφρέουν τόσο στην τέχνη τους όσο και στην σκέψη τους (Goleman, 1998). Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής προσπαθεί να δώσει λέξεις ακόμα και στην πιο ανατριχιαστική λεπτομέρεια με σκοπό να συλληφθούν από το συνειδητό όλα τα τμήματα της τραυματικής ανάμνησης, έτσι το παιδί θα νιώσει ότι μπορεί να επιβληθεί πάνω στο τραύμα. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι τα παιδιά μπορούν να εκφραστούν περισσότερο μέσω της δραματοποίησης παρά μέσω των λέξεων. Η εσωτερική εμπειρία του παιδιού θα εκφραστεί, εξαιτίας της εξελικτικής ανωριμότητας του εγκεφάλου του παιδιού, ευκολότερα μέσα από το παιχνίδι ή την ζωγραφική. Εντούτοις, ο ειδικός πρέπει να είναι αρκετά προσεκτικός στην εφαρμογή της παραπάνω τεχνικής καθώς τα αποτελέσματα που θα διεξαχθούν από αυτή την διαδικασία θα πρέπει πάντοτε να ερμηνεύονται με προσοχή και ανάλογα με το αναπτυξιακό και περιβαλλοντικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί, καθώς η σεξουαλική ενασχόληση του παιδιού με τις κούκλες ειδικού τύπου ή τα σεξουαλικά ή επιθετικά μηνύματα που προβάλλονται μέσω της τέχνης δεν αποτελούν πάντα ενδείξεις σεξουαλικής ή άλλου τύπου κακοποίησης. Τα παραπάνω ευρήματα θα πρέπει να εμπλουτιστούν με δεδομένα που θα συλλέξει ο ειδικός και μέσα από άλλου τύπου διαγνωστικές διαδικασίες. Για παράδειγμα, εάν υπάρχουν υποψίες κακοποίησης ο ειδικός μπορεί να χορηγήσει στα παιδιά πριν ή και μετά το θεραπευτικό- διαγνωστικό παιχνίδι κάποια ψυχομετρικά εργαλεία όπως είναι κάποια κλασικά προβολικά τεστ προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας. Συνήθως χρησιμοποιούνται το τεστ Rorschach \* και το τεστ θεματικής αντίληψης (TAT)\*\*. Οι κλινικοί ψυχολόγοι που χορηγούν τα παραπάνω τεστ πρέπει να έχουν υπόψιν τους ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι πιο πιθανό να δώσουν απαντήσεις σεξουαλικού περιεχομένου απ'ότι τα άλλα παιδιά. Αν στις απαντήσεις παρουσιάζονται επιθετικά στοιχεία ή στοιχεία άγχους και αποφυγής είναι περισσότερο πιθανό να έχουν υποστεί κάποια μορφή κακοποίησης. Τα δύο παραπάνω τεστ αν χρησιμοποιηθούν σωστά μπορεί να κατευθύνουν τους ειδικούς σχετικά με το ποια θεραπεία θα επιλέξουν για κάθε περίπτωση.

Κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα παρέμβασης και αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών θέτει ως επίκεντρο την προστασία του παιδιού καθώς και την όσο το δυνατόν διατήρηση των οικογενειακών δεσμών. Η αντιμετώπιση των σωματικών κακώσεων δεν είναι αρκετή καθώς πρέπει να δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να εκφράσει μέσα από μια θεραπευτική σχέση , ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητα του παιδιού όλα τα συναισθήματα, οι φόβοι και οι ανασφάλειες που συνδέονται με το τραύμα. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η παραμονή του παιδιού στο οικογενειακό περιβάλλον λαμβάνονται μέτρα για την άμεση απομάκρυνση του από την οικογένεια που προκάλεσε στο παιδί το τραύμα. Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση μετά από ένα καταστροφικό γεγονός διακρίνεται σε δύο φάσεις : α) την άμεση παρέμβαση στην κρίση και β) την ψυχοθεραπεία για αντιμετώπιση του χρόνιου στρες

---

\*Το πιο δημοφιλές, ίσως από όλα τα ψυχολογικά τεστ, το Rorschach , αποτελείται από μια σειρά δέκα καρτών που έχουν τυπωμένες αμφίπλευρα, συμμετρικές κηλίδες μελάνης. Το υποκείμενο πρέπει να πει στον εξεταστή τι του θυμίζουν οι κηλίδες

\*\* Το Thematic Appreception Test(TAT) ή Τεστ Θεματικής Αντίληψης , αντιμετωπίζει το υποκείμενο με πιο δομημένα ερεθίσματα και προϋποθέτει πολυπλοκότερες και πιο οργανωμένες περιεκτικές απαντήσεις. Κατά την χορήγηση του παρουσιάζονται στο υποκείμενο μια σειρά 20 καρτών με αόριστες ή διαφορούμενες ασπρόμαυρες εικόνες διάφορων σκηνών. Αυτό το τεστ προσφέρει πληροφορίες στους ειδικούς πληροφορίες σχετικά με τα συναισθήματα, τις φροντίδες και τις συγκρούσεις των ατόμων, καθώς δίνει μια μεγαλύτερη και ευκολότερη έκφραση των απαγορευμένων θεμάτων(Μέλλον,1998).

#### **5.4 Άμεση παρέμβαση στην κρίση και προτεινόμενες θεραπείες για την καταπολέμηση του μετατραυματικού στρες( PTSD).**

Η βιβλιογραφία προτείνει μια σειρά από αποτελεσματικές θεραπείες για την καταπολέμηση της διαταραχής μετατραυματικού στρες στους ενήλικους μερικές από τις οποίες μπορούν να εφαρμοστούν και στα παιδιά με κάποιες τροποποιήσεις . Γι' αυτό ακριβώς τον λόγο θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε συνοπτικά στις βασικότερες.

- Γνωσιακή -συμπεριφορική θεραπεία ( cognitive-behavioral therapy) : Αρχικός στόχος αυτού του τύπου της θεραπείας είναι η διαχείριση της κρίσης και η σταθεροποίηση της κατάσταση του ατόμου που θα επιτευχθεί μέσω μιας διεξοδικής ψυχοκοινωνικής εκτίμησης του ατόμου ή του παιδιού. Ο θεραπευτής πρέπει να ελέγξει πολλούς και ποικίλους παράγοντες όπως το υπάρχον υποστηρικτικό πλαίσιο, τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου , την ανθεκτικότητα σε στρεσογόνες καταστάσεις και γενικότερα το ιστορικό του ατόμου. Η δεύτερη φάση περιλαμβάνει την ψυχοεκπαίδευση του ατόμου έτσι ώστε να βοηθηθεί ο πελάτης να αναγνωρίζει τα συμπτώματα καθώς και την πηγή προέλευσης τους, ενώ στο τρίτο στάδιο ο θεραπευτής διδάσκει στο άτομο τεχνικές διαχείρισης του στρες καθώς και τεχνικές γνωστικής ανασυγκρότησης. Στην τέταρτη φάση ο θεραπευόμενος εκτίθεται σταδιακά στο τραυματικό γεγονός μέσω την επαναβίωσης της τραυματικής στιγμής. Τα άτομα προσπαθούν να εκθέσουν τους εαυτούς τους στο να θυμηθούν της τραυματική εμπειρία με την βοήθεια του θεραπευτή, ο οποίος προσπαθεί να ξεχωρίσει τα πραγματικά γεγονότα από τις προσωπικές παρεμβάσεις του ατόμου. Αυτή η επαναλαμβανόμενη έκθεση, όπως θα δούμε παρακάτω, μπορεί να γίνει στο παιδί μέσω του δραματικού παιχνιδιού. Σταδιακά το τραυματισμένο άτομο εξοικειώνεται με την ιδέα του τραύματος , καθώς οι αναμνήσεις αποκτούν πλέον ξεκάθαρο περιεχόμενο και προκαλούν λιγότερο άγχος . Αυτή η διαδικασία πρέπει να γίνεται με προσοχή και να λαμβάνει υπόψιν τις προσωπικές αντοχές του ατόμου. Η καταστροφή επανεξετάζεται πλέον από ένα πλαίσιο χωρικής και

χρονικής ασφάλειας, δίνοντας στο άτομο την δυνατότητα να αποκτήσει το αίσθημα του ελέγχου. Τέλος, στην γενικότερη θεραπεία περιλαμβάνονται και μέτρα πρόληψης κατά της υποτροπής, όπου ο θεραπευόμενος επισκέπτεται τον θεραπευτή για να αναφέρει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της θεραπευτικής προσπάθειας.

- Απευαισθητοποίηση της οφθαλμικής κίνησης και επεξεργασία (Eye Movement Desensitization and Reprocessing): Η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας είναι μια σχετικά καινούρια θεραπεία για τις τραυματικές μνήμες. Αυτού του τύπου θεραπεία συνδυάζει τεχνικές όπως οφθαλμικές κινήσεις, ήχους και ελαφρά κτυπήματα που δημιουργούν μια εναλλαγή μπρος – πίσω στην προσοχή του ατόμου. Επίσης, τονίζει αρνητικές πεποιθήσεις που σχετίζονται με το τραύμα. Η παραπάνω έρευνα φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική μορφή θεραπείας από άλλες προτεινόμενες.
- Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (Interpersonal therapy): Αυτή η μορφή θεραπείας αποτελείται από τρεις φάσεις οι οποίες πολύ συχνά επικαλύπτονται και επαναλαμβάνονται κατά την διάρκεια μιας θεραπείας. Η πρώτη φάση μπορεί να χαρακτηριστεί ως η φάση της κρίσης και της συναισθηματικής σταθεροποίησης. Σε αυτή την φάση λαμβάνεται, όπως και στις περισσότερες θεραπείες, το διαγνωστικό ιστορικό και ακολουθεί η ψυχοεκπαίδευση του θεραπευόμενου. Στη δεύτερη φάση η θεραπεία επικεντρώνεται στα σχετικά με την μετατραυματική διαταραχή θέματα, παρέχοντας καθοδήγηση και προτείνοντας υποστήριξη μέσω των συγγενικών προσώπων, την ανάπτυξη νέων δραστηριοτήτων και την αναπλαισίωση των δυσλειτουργικών για το άτομο σχέσεων. Εν κατακλείδι, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία εστιάζει στην αποκατάσταση των δυσλειτουργικών σχέσεων που είναι αποτέλεσμα του τραυματικού γεγονότος και της μετατραυματικής κοινωνικής εξασθένησης. Η τελευταία φάση συνίσταται στην σταθεροποίηση των βελτιώσεων σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις, που έχουν επέλθει στο άτομο κατά την διάρκεια της θεραπευτικής προσπάθειας.

- Δυναμική Ψυχοθεραπεία (Dynamic therapy): Σε αυτή την μορφή θεραπείας ο "πελάτης" καλείται να επιλύσει ασυνείδητες συγκρούσεις οι οποίες είναι αποτέλεσμα των τραυματικών εμπειριών. Τα συναισθήματα όπως η ντροπή, εκμετάλλευση και η προδοσία πρέπει να βρουν διέξοδο. Το άτομο καθοδηγεί την παρέμβαση και ο βασικός σκοπός της θεραπείας είναι να μπορέσει το τραυματισμένο άτομο να επιλύει τις μελλοντικές ασυνείδητες συγκρούσεις. Οι ψυχοδυναμικές τεχνικές επικεντρώνονται περισσότερο σε ρευστές ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές διαδικασίες, παρά στην μείωση των συμπτωμάτων της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής. Τα επιστημονικά δεδομένα και οι έρευνες πάνω σε αυτού του τύπου θεραπείας είναι περιορισμένες.
- Πολυσυστημική οικογενειακή θεραπεία (Multisystemic Family therapy): Τα παιδιά αν και είναι συχνά πιο ελαστικά από τους ενήλικες όταν αντιμετωπίζουν την καταστροφή, μπορεί να μην είναι ικανά ψυχολογικά να καταλάβουν το σοκ της καταστροφής. Επίσης, μια φυσική ή ατομική καταστροφή επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τους οικογενειακούς δεσμούς. Η οικογένεια έχει ανάγκη από θεραπευτική φροντίδα έτσι ώστε να ανακτηθούν προϋπάρχουσες ικανότητες αντιμετώπιση προβλημάτων. Για να επιτευχθεί ο παραπάνω θεραπευτικός στόχος, ο θεραπευτής ξεκινά εξερευνώντας τα μοτίβα και το γενεαλογικό δέντρο της οικογένειας ώστε να ξεκαθαριστούν και να αναδομηθούν οι οικογενειακοί κανόνες, να αναγνωριστούν οι προβληματικοί και να αντικατασταθούν με καινούργια όρια και ρόλους. Η μορφή και η λειτουργία της οικογένειας πρέπει να είναι τέτοια έτσι ώστε να εμπνέει ένα κλίμα εμπιστοσύνης και υποστήριξης, το οποίο θα βοηθήσει το τραυματισμένο μέλος να καταπολεμήσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να ανακάμψει.

Φαρμακοθεραπεία: Κατά την φάση της ανάκαμψης η χορήγηση φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει στην καταπολέμηση των επίμονων ψυχιατρικών συμπτωμάτων που δυσχεραίνουν τις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές. Για την μείωση των συμπτωμάτων το μετατραυματικού στρες χρησιμοποιούνται αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά και αντιεπιληπτικά φάρμακα. Είναι σημαντικό τα παραπάνω ψυχοτρόπα φάρμακα να



χρησιμοποιηθούν με σύνεση και προσοχή μόνο από έμπειρους κλινικούς έτσι ώστε να αποφευχθούν δυσάρεστες φαρμακολογικές επιπλοκές ή ακόμα και εξάρτηση και να προσαρμόζονται στις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε άτομου.

### **5.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες στα παιδιά**

Η αναγκαιότητα της άμεσης ψυχολογικής παρέμβασης μετά το τραυματικό γεγονός έχει υπογραμμιστεί σε πολλές έρευνες. Μετά από μια καταστροφή φυσική ή ατομική τα παιδιά αποτελούν αναμφίβολα μια ξεχωριστή ομάδα υψηλού κινδύνου και έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη προσοχή. Οι γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στον εντοπισμό των προβλημάτων και των ανησυχιών των παιδιών, γιατί συχνά τα παιδιά δεν εκφράζουν ανοιχτά τους φόβους τους (Ursano et all.2000).

Γενικά, η ψυχολογική παρέμβαση για την στήριξη των παιδιών σε περιπτώσεις κρίσης διέπεται από κάποιες αρχές και ακολουθεί μια συγκεκριμένη πορεία. Αρχικά, το παιδί πρέπει να ενθαρρυνθεί στην έκφραση των συναισθημάτων του σχετικά με το γεγονός και να διευκολυνθεί στο να αποδεχθεί τις αντιδράσεις του ως 'φυσιολογικές'. Κατά τη φάση αυτή πρέπει να δίνεται έμφαση στην υποκειμενική εμπειρία και αντίληψη του παιδιού. Έπειτα, το παιδί πρέπει να βοηθηθεί στην γνωστική κατανόηση του γεγονότος και να συλλάβει την ρεαλιστική του διάσταση. Είναι σημαντικό στο παιδί να παρέχεται διαρκώς συναισθηματική στήριξη και ένα ασφαλές και σταθερό περιβάλλον. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, το παιδί μπορεί πια να καθοδηγηθεί για την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους και δεξιοτήτων επίλυσης των προβλημάτων που αφορούν το γεγονός (Χατζηχρήστου,2000).

Αρχικά πρέπει να αναφερθεί ότι η μορφή που θα πάρει η θεραπεία εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Το εξελικτικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί, η φύση και η διάρκεια της κακοποίησης(τραυματικό γεγονός), η διαθεσιμότητα της οικογένειας και η γενικότερη κοινωνική υποστήριξη που είναι διαθέσιμη στα παιδιά από τους σημαντικούς άλλους, οι υπάρχουσες πηγές βοήθειας καθώς και τα ψυχικά αποθέματα του παιδιού αλλά και η αντοχή του στο άγχος θα καθορίσουν την θεραπεία που θα επιλεγεί.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν προταθεί για την αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες είναι ποικίλες. Εντούτοις, λίγες είναι οι έρευνες που ελέγχουν την αποτελεσματικότητα αυτών. Ο Coenjian και οι συνεργάτες του (1997) σε πρόσφατη έρευνα υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της βραχείας ψυχοθεραπείας που επικεντρώνεται στο τραύμα και το πένθος των παιδιών 6 μήνες μετά από μια ισχυρή καταστροφή. Πιο αναλυτικά, οι θεραπείες που προτείνονται είναι οι εξής :

Η ατομική παρέμβαση πρέπει να ξεκινά με μια προσαρμοσμένη στις ανάγκες του παιδιού συνέντευξη με στόχο την αξιολόγηση της κατάστασης. Το παιδί μέσα από το συμβολικό παιχνίδι αλλά και με συζήτηση περιγράφει πως βίωσε το γεγονός και εκφράζει τις ανησυχίες του. Στόχος της ατομικής θεραπείας είναι η έκφραση των φόβων του, η γνωστική κατανόηση του γεγονότος και η ανακούφιση από συναισθήματα ενοχών και εκδίκησης. Αντιθέτως στα παιδιά που βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία η θεραπεία που προτείνεται είναι η ομαδική θεραπεία.

Παιγνιοθεραπεία:

- Πολλές φορές οι ψυχοθεραπευτές χρησιμοποιούν το δημιουργικό-εκφραστικό παιχνίδι για να θεραπεύσουν παιδιά που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες, όπως αυτή της κακοποίησης. Ο βασικός στόχος της θεραπείας είναι να βοηθήσει ο θεραπευτής το παιδί να αποκτήσει έλεγχο στην πραγματικότητα, γεφυρώνοντας τον αντικειμενικό με τον υποκειμενικό κόσμο. Είναι γνωστό ότι ο εσωτερικός κόσμος του παιδιού διαμορφώνεται από τις εμπειρίες που έχει βιώσει στον εξωτερικό κόσμο. Με αυτό τον τρόπο το παιδί καταφέρνει να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του με το να χειρίζεται τον εξωτερικό αντικειμενικό κόσμο. Μέσα από την ασφάλεια που τους προσφέρει το παιχνίδι καταφέρνουν να ξεφύγουν από την πίεση της καθημερινής κακοποίησης που υφίσταται στο πραγματικό κόσμο και να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης του «εχθρού-ενήλικα». Σύμφωνα με την ολιστική θεωρία του Erikson (1977), το παιχνίδι δεν είναι απλώς ένας τρόπος για να δουλέψει κανείς με τις τραυματικές εμπειρίες, αλλά δίνει την ευκαιρία στο τραυματισμένο παιδί να

εκφράσει ελπίδες και να εκπληρώσει επιθυμίες . Επίσης, αναφέρει ότι η αίσθησης της ανανέωσης που υπάρχει στο παιχνίδι , το οποίο προσανατολίζεται στο μέλλον , ενισχύει την εγγενή πίστη του παιδιού στο μέλλον του ανθρώπινου είδους και την ελπίδα για ανάπτυξη της δικής του προσωπικής ταυτότητας .(Cottanach,2004). Σταδιακά, το παιδί αναπτύσσει δεξιότητες συμβολικής αλληλεπίδρασης με εξωτερικά μέσα, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται το δραματικό παιχνίδι. Το δραματικό παιχνίδι ξεκινά με παιχνίδι που αφορά την οικογένεια , την αναδόμηση γεγονότων της πραγματικής ζωής και στην συνέχεια εξελίσσεται μέσω της δραματοποίησης ιστοριών που έχει βιώσει το ίδιο το παιδί. Μέσα από αυτό το είδος παιχνιδιού το παιδί εκφράζεται δημιουργικά και αναπτύσσει τις κοινωνικές του δεξιότητες. Ο θεραπευτής ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το παιδί επιλέγει την μορφή του παιχνιδιού που ταιριάζει και ευχαριστεί το παιδί χωρίς να το πιέζει να ενταχθεί σε πιο δομημένες μορφές παιχνιδιού, παράλληλα παρέχει στο παιδί τα κατάλληλα ερεθίσματα και τα εργαλεία έτσι ώστε να διευκολύνει το δημιουργικό και θεραπευτικό παιχνίδι του παιδιού. Συνήθως τα παιδιά που έχουν παραμεληθεί δεν είναι ικανά να δεχθούν τα πολλαπλά ερεθίσματα που παρέχονται από τον θεραπευτή με αποτέλεσμα να κατακλύζονται από συναισθήματα σύγχυσης. Σε αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής πρέπει να αφήσει το παιδί ελεύθερο να επιλέξει το είδος παιχνιδιού που θα του προκαλέσει λιγότερο άγχος. Γενικότερα, η δουλειά του θεραπευτή σε αυτή την φάση είναι περισσότερο καθοδηγητική παρά παρεμβατική. Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί συχνά αναζητούν στα παιχνίδιά τους τις ανθρώπινες φιγούρες και τα μέσα εκείνα που θα αντικαταστήσουν τις απύσες η επιθετικές αρνητικές γονεϊκές μορφές της πραγματικότητας. Οι μορφές του παιχνιδιού που συνήθως επιλέγονται από το παιδί είναι επικεντρωμένες είτε σε ανθρώπινες φιγούρες , οι οποίες δείχνουν την τάση του παιδιού να στρέφεται στον ανθρώπινο παράγοντα και να δημιουργούν ιστορίες με την βοήθεια του δραματικού παιχνιδιού ή σε αντικείμενα τα οποία μετασχηματίζονται δημιουργώντας ένα φανταστικό ιδεατό κόσμο, επιδεικνύοντας μια τρομερή ικανότητα στην σχηματοποίηση μοτίβων

και δομών. Πολλά παιδιά επιλέγουν την οπτική οδό για να εκφραστούν ενώ άλλα την λεκτική. Μέσα από το παιχνίδι το παιδί καταφέρνει να δώσει κάποιο νόημα στην ζωή του και να επεξεργαστεί τα όσα του έχουν συμβεί από μία πιο ασφαλή και συμβολική βάση. Οι συναισθηματικές καταστάσεις που έχει βιώσει το τραυματισμένο παιδί ξανά βιώνονται μέσα από το παιχνίδι με σκοπό να εξωτερικευτούν και να ξεπεραστούν. Ο θεραπευτής πρέπει να έχει όλα τα απαραίτητα μέσα έτσι ώστε να είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες κάθε παιδιού καθώς και να εκπαιδευτεί έτσι ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί και να συμμετάσχει ενεργά στο παιχνίδι που επιλέγει το παιδί για να εκφραστεί. Πιο συγκεκριμένα τα παιδιά που έχουν βιώσει το γεγονός της κακοποίησης στο άμεσο ή απώτερο παρελθόν, θυμούνται αυτή τους την εμπειρία ως κάτι χαοτικό και παράλογο ,κάτι στο οποίο αδυνατούν να δώσουν κάποιο νόημα. Για μερικά παιδιά το παρόν εξακολουθεί να έχει την ίδια αβέβαιη μορφή με αποτέλεσμα να καθίσταται εξαιρετικά δύσκολο, να μπορέσουν να εμπιστευτούν ξανά έναν ενήλικο. Το συμβολικό παιχνίδι εκφράζει το Εγώ του παιδιού, παρόλα αυτά ο θεραπευτής πρέπει να τονίζει στα παιδιά ότι στο παιχνίδι μπορεί να υπάρχει κάποιος σαν εμάς αλλά δεν είμαστε εμείς. Συχνά τα παιδιά που έχουν βιώσει το τραύμα της κακοποίησης διηγούνται τρομακτικές ιστορίες περιγράφοντας με τον δικό τους τρόπο τα όσα έζησαν. Ο θεραπευτής σε αυτή την φάση του παιχνιδιού ενθαρρύνει το παιδί να βρεθούν τρόποι διεξόδου του φανταστικού ήρωα από την δραματική ιστορία. Παρόλα αυτά το παιδί μπορεί να επιμένει να μείνει στην θλίψη και τον πόνο και να επαναβιώνει ξανά και ξανά το θλιβερό γεγονός , σε αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής δεν πρέπει να πιέζει για διεξοδο και ανακούφιση. Πρέπει να τονίσουμε ότι πολλά παιδιά που έχουν κακοποιηθεί είναι τρομερά δύσκολο να δημιουργήσουν ένα ισχυρό εαυτό ή ένα κόσμο που θα πάψουν να είναι θύματα στο παιχνίδι. Ο Winnicott (1974) στην προσπάθεια του να ορίσει και να περιγράψει την σχέση του θεραπευτή με το παιδί αναφέρει ότι ο ψυχικός χώρος ανάμεσα τους μπορεί να αποτελεί ένα μεταβατικό, δυνητικό χώρο ανάμεσα στο παιδί και την μητέρα. Αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής μπορεί να πάρει κατά την διάρκεια του

παιχνιδιού την θέση ενός στοργικού γονέα. Τέλος, σύμφωνα με την Janet West(1992) η παιγνιοθεραπεία διαδραματίζεται σε τέσσερα διακριτά στάδια θεραπευτικής αλληλεπίδρασης, αυτά είναι τα εξής :

- Στο πρώτο επίπεδο ο θεραπευτής παρακολουθεί τις αντιδράσεις του παιδιού και τον τρόπο που επικοινωνεί με το περιβάλλον. Η παρουσία του θεραπευτή είναι διακριτική και συμμετέχει κυρίως με μη λεκτική επικοινωνία και απλές φράσεις οι οποίες περιγράφουν απλά τι κάνει το παιδί. Έτσι αρχίζει να θεμελιώνεται μια θεραπευτική σχέση ανάμεσα στο παιδί και στον θεραπευτή πάνω στην οποία θα βασιστεί μια επιτυχημένη θεραπεία του τραύματος του παιδιού.
- Στο δεύτερο επίπεδο ο θεραπευτής χρησιμοποιώντας τις τεχνικές της παράφρασης, της επανάληψης και των περιλήψεων προσπαθεί να βοηθήσει το παιδί να διαμορφώσει την επιθυμητή μορφή παιχνιδιού. Το παιδί σε αυτό το στάδιο επιλέγει ποια υλικά και μέσα θα χρησιμοποιήσει για να κατασκευάσει τον δικό του φανταστικό κόσμο.
- Στο τρίτο στάδιο ο θεραπευτής ανταποκρίνεται δίνοντας ερμηνείες σε τρίτο πρόσωπο, πχ:«μερικές φορές τα παιδιά νιώθουν...». Αυτή η φάση αποτελεί τον πυρήνα της θεραπευτικής διαδικασίας.
- Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο γίνεται ή άμεση ερμηνεία των όσων πραγματοποιούνται στο θεραπευτικό-δραματικό παιχνίδι .Οι ερμηνείες αυτές βασίζονται σε ότι βλέπει ή συμπεραίνει ο θεραπευτής, Αυτές οι δεξιότητες ενσωματώνονται με αυτές του τρίτου επιπέδου και βασίζονται σε ότι παρουσιάζεται στο παιχνίδι του παιδιού και όχι στις πραγματικές του εμπειρίες .

Ο κόσμος του παιχνιδιού δημιουργεί απόσταση τοποθετώντας την εμπειρία σε διαφορετικό χρονικό και τοπικό πλαίσιο. Μέσω της φαντασίας που επιστρατεύεται στο παιχνίδι το παιδί λέει την αλήθεια σχετικά με τις πραγματικές συνθήκες της ζωής του, κι έτσι ο θεραπευτής τοποθετεί τις ερμηνείες μέσα στο φανταστικό παιχνίδι που έχει δημιουργήσει το παιδί(Cottanach,2004).

## 5.6 Θεραπεία γονέων

Η επιτυχημένη αλλά και ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση δεν στοχεύει μόνο στην θεραπεία των παιδιών αλλά επεκτείνεται και στη θεραπεία των γονέων, οι οποίοι όντας τρομαγμένοι και ανίκανοι να προστατέψουν το παιδί τους από τους ίδιους τους εαυτούς τους αλλά και από τις δικές τους παρορμητικές βίαιες πράξεις χρειάζονται μια τέτοιου είδους βοήθεια. Στα πλαίσια της θεραπείας της συμπεριφοράς εντάσσεται και η κοινωνική μάθηση των γονέων καθώς όσοι γονείς κακοποιούν τα παιδιά τους χρειάζεται να αναπτύξουν νέες αποδεκτές αντιδράσεις σε ερεθίσματα που προηγουμένως προκαλούσαν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά. Ο θεραπευόμενος με την βοήθεια του θεραπευτή πρέπει να μελετήσει και να καταγράψει τα ερεθίσματα που προηγούνται και αυτά που ακολουθούν την πράξη της κακοποίησης ,έτσι ώστε η νέα αποδεκτή συμπεριφορά που θα αντικαταστήσει την προβληματική να εισαχθεί την κατάλληλη στιγμή. Για παράδειγμα το κλάμα του παιδιού μπορεί να οδηγήσει τον γονέα να σε βίαιη συμπεριφορά που αποτελεί εσφαλμένη συναισθηματική αντίδραση ή να ακολουθήσει άγχος και αποφυγή, δηλαδή απροσάρμοστη συναισθηματική αντίδραση. Εάν ο ειδικός καταφέρει να προβλέψει την συμπεριφορά του γονέα , αφού πρώτα την παρατηρήσει τότε θα μπορέσει να τροποποιήσει τις ακατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις και να τις αντικαταστήσει με πιο αποτελεσματικές . Σε περίπτωση που το ερέθισμα εμφανίζεται και ο γονέας επιθυμεί να αποφύγει την κατάσταση ενθαρρύνεται να παραμείνει ενώ σταδιακά ,μειώνεται το άγχος , ο θεραπευτής προτείνει πιο λειτουργικές αντιδράσεις και ο γονέας καλείται να τις μιμηθεί(θεωρία της κοινωνικής μάθησης ).Σταδιακά ο θεραπευτής ελέγχει όλο και λιγότερο την κατάσταση ενώ ο γονέας διατηρεί την νεαποκτειθείσα συμπεριφορά χρησιμοποιώντας διαδικασίες αυτορύθμισης. Σε πολλές θεραπευτικές ομάδες οι γονείς ενθαρρύνονται να λένε φράσεις όπως « δεν θα ξανά κάνω κακό στο μωρό μου» την ώρα που ασχολούνται με τα παιδιά τους.

Η παραπάνω θεραπευτική προσέγγιση αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως θεραπεία της συμπεριφοράς . Μία άλλη μορφή θεραπείας γονέων που κακοποιούν κα κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους, προτάθηκε από τον Steele(1970), ο οποίος αναφέρει ότι έλλειψη μητρικής στοργής, η αντιστροφή των ρόλων καθώς και ένα πρότυπο επιθετικού γονέα αποτελούν τις κύριες αιτίες πρόκλησης του φαινομένου της κακοποίησης, άρα ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα παρέμβασης θα πρέπει να

στοχεύει κυρίως στην παροχή μιας επανορθωτικής, υποβοηθητικής εμπειρίας προς τους γονείς, η οποία θα τους ενθαρρύνει να ικανοποιούν τις ανάγκες τους από άλλους ενήλικες και όχι από το ίδιο τους το παιδί καθώς και να βελτιωθεί το γενικότερο πρότυπο ανατροφής των παιδιών μέσα στην οικογένεια. Πολλές φορές οι ειδικοί για να επιτύχουν τον παραπάνω στόχο δέχονται την βοήθεια μη ειδικευμένων-λειτουργών, οι οποίοι προβάλουν στους γονείς το πρότυπο “του καλού γονέα”. Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί η σημαντικότητα εύρεσης των αιτιολογικών παραγόντων που οδήγησαν τους γονείς σε αυτή την συμπεριφορά έτσι ώστε να επιλεγεί από τον ειδικό η αποτελεσματικότερη θεραπεία. Επίσης ο θεραπευτής πρέπει να φροντίσει έτσι ώστε να αναπτυχθεί ένα κλίμα οικειότητας μεταξύ του ιδίου και των γονέων. Τέλος μια πρόσφατη προσέγγιση στην θεραπεία αυτών των οικογενειών αποτελεί η ομαδική θεραπεία γονέων. Μια τέτοια ομάδα λειτουργεί αρκετά αποτελεσματικά στην Βοστώνη, η οποία αποσκοπεί στο να βοηθήσει τους γονείς να αναγνωρίσουν τα καταστροφικά αποτελέσματα αυτής της διαδικασίας, ξεκινώντας από την πεποίθηση ότι η βάση για την κακοποίηση των παιδιών είναι η μεταβίβαση στο παιδί του μίσους που αισθάνονται οι γονείς για τον εαυτό τους. Σίγουρα η έκβαση τέτοιου είδους θεραπευτικών προγραμμάτων εξαρτάται από τα επίπεδα συναισθηματικής ανάπτυξης των γονέων, η οποία προσδοκείται να έχει αλλάξει μετά το πέρας της ομαδικής θεραπείας. Μια προσεκτική εκτίμηση των ειδικών θα μπορούσε να κάνει δυνατή την διάκριση των γονέων που είναι αδύνατον να θεραπευτούν και να φτάσουν σε υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ωριμότητας. Σε τέτοιες περιπτώσεις το παιδί πρέπει να απομακρύνεται από την οικογένεια αφού πρώτα αποφασίσει το δικαστήριο ανηλίκων το παιδί μπορεί να μεταφερθεί σε κάποιο ίδρυμα ή θετή οικογένεια, έτσι ώστε να είναι ασφαλή. Γενικότερα όμως η θεραπεία των γονέων εμπεριέχει πολλές δυσκολίες καθώς σε τέτοιες περιπτώσεις ο ειδικός ή η ομάδα των ειδικών έχουν να αντιμετωπίσουν τις συγκρούσεις ανάμεσα στα δικαιώματα και τα συμφέροντα διαφορετικών ανθρώπων που είναι αναμειγμένοι στην ίδια υπόθεση, ιδιαίτερα ανάμεσα στα δικαιώματα των γονέων και την ευημερία του παιδιού (Ron Jones et Carolyn Jones, 1985).

Σε περίπτωση που το παιδί δεν έχει κακοποιηθεί από τους γονείς του αλλά από κάποιο άλλο συγγενικό πρόσωπο ή ενήλικα οι γονείς μπορούν να συνεργαστούν και να βοηθήσουν τον ειδικό στην προσπάθεια του να θεραπεύσει το παιδί από το τραύμα που έχει υποστεί. Σε αυτή την περίπτωση οι γονείς επισκέπτονται οι ίδιοι το γραφείο

το ειδικού και εκφράζουν από την πρώτη στιγμή αισθήματα απόγνωσης και ενοχής για το ότι έχει συμβεί το παιδί τους, νιώθουν ένα αίσθημα ανημποριάς καθώς αν και θέλουν δεν μπορούν να βοηθήσουν. Παρόλα αυτά, η σύγχυση που επικρατεί στον εσωτερικό τους κόσμο καθώς και ο τρόπος που εξωτερικεύεται μπορούν να γίνουν πολύτιμα εργαλεία για τον ειδικό στην προσπάθεια του να βοηθήσει πρωτίστως το παιδί αλλά και τους γονείς να ανακουφιστούν από την τραυματική εμπειρία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί καθώς το παιδί είναι ικανό να μεταφέρει τα συναισθήματα του στα άτομα που βρίσκονται κοντά του και έχει συνηθίσει να εμπιστεύεται. Το παιδί προσπαθεί με κάθε τρόπο να επικοινωνήσει το εσωτερικό του χάος και να εξωτερικεύσει την εμπειρία. Έτσι, η οικογένεια του παιδιού μπορεί να αποτελέσει διαμεσολαβητικό παράγοντα ανάμεσα στον θεραπευτή και το παιδί καθώς σύμφωνα με την συστημική θεωρία η οικογένεια αντιμετωπίζεται ως ενότητα όπου όλα τα μέλη βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση. Μια τέτοια μορφή θεραπείας είναι η επικοινωνιακή-οικογενειακή θεραπεία της οποίας η κυριότερη εκπρόσωπος είναι η Virginia Satir. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η ίδια « Στόχος στη θεραπεία μου είναι να μετασηματίσω την ενέργεια ή οποία βρίσκεται εγκλωβισμένη στην παθολογία που δείχνει ένα άτομο ή μια οικογένεια. » (Satir & Baldwin, 1983). Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη από τους Haig Kouyoumdjian, Andrea R. Perry & David J. Hansen (2003) οι προσδοκίες των ενηλίκων ότι το παιδί που έχει υποστεί το τραύμα της κακοποίησης μπορεί να θεραπευτεί αυξάνουν την πιθανότητα να επανέλθει το παιδί στη φυσιολογική αναπτυξιακή του κατάσταση και να ξεπεράσει το τραύμα. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα οι γονείς που νιώθουν ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί η κατάσταση προσφέρουν περισσότερη υποστήριξη στα παιδιά τους και καταβάλουν περισσότερη ενέργεια στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία από ότι αυτοί που πιστεύουν ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει.

## **5.7 Θεραπεία Δεσμού**

Ένα είδος θεραπείας δεσμού είναι η συναισθηματοκεντρική θεραπεία ή αλλιώς η θεραπεία που επικεντρώνεται στο συναίσθημα (Emotion- focused therapy). Αυτή η μορφή θεραπείας δίνει έμφαση στην γνώση των συναισθημάτων. Έρευνες έχουν δείξει ότι η εξασθένιση της ικανότητας για την διαχείριση του στρες σχετίζεται άμεσα με την καταπίεση των συναισθημάτων που δεν εκφράζονται και δεν αναγνωρίζονται.



Τα άτομα που πάσχουν από Μετατραυματική Αγχώδη Διαταραχή συχνά δυσκολεύονται στο να αναγνωρίσουν συναισθήματα. Σύμφωνα με την παραπάνω διαπίστωση σκοπός της θεραπείας είναι να βοηθήσει τους πελάτες να πετύχουν αλλαγές που σχετίζονται με την αναγνώριση και διαχείριση λειτουργικών συναισθημάτων , ικανότητα που έχει εξαλειφθεί λόγω της βίωσης του τραυματικού γεγονότος. Οι ενήλικες ή και τα παιδιά που καλούνται να επιτύχουν τον παραπάνω στόχο παίζοντας ρόλους (role play) ή παίζοντας με φανταστικά σενάρια όπου τα άτομα επικεντρώνονται σκοπίμως στο συναίσθημα και αγνοώντας σκέψεις που αποσπών την προσοχή. Όταν βιώνεται ένα δυνατό συναίσθημα ή θεραπεία προχωράει στην φάση της γνωστικής ανακατασκευής, όπου το άτομο προσπαθεί μαζί με τον θεραπευτή να εξαλείψει σκέψεις που συντηρούν την δυσφορία και την αδυναμία μετά το τραύμα. Τέλος, το άτομο είναι ικανό να αντιδρά κατάλληλα σε κάθε εμπειρία έχοντας απαλλαγεί από την συναισθηματική και γνωστική δυσλειτουργία που έχει επέλθει μετά το τραύμα.

Μια επιτυχημένη θεραπεία του συνδρόμου κακοποίησης και παραμέλησης παιδιού τόσο για τους γονείς όσο και για το ίδιο το παιδί, είναι η καταπολέμηση της ουσίας του προβλήματος, δηλαδή η καταπολέμηση των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν τους γονείς ή άλλους ενήλικους- τροφούς των παιδιών να συμπεριφέρονται με αυτό τον τρόπο. Όπως προαναφέρθηκε μία βασική αιτία εμφάνισης του φαινομένου είναι ο τύπος δεσμού που έχει δημιουργηθεί ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί. Πολλές φορές η απουσία ενός ασφαλή δεσμού οδηγεί στην κακοποίηση με αποτέλεσμα την έναρξη ενός φαύλου κύκλου, όπου το παιδί κουβαλώντας στις υπόλοιπες στενές σχέσεις του αυτόν τον τύπο δεσμού( αποφυγής ή εμμονής ), διαιωνίζει το πρόβλημα και εφαρμόζει τις ίδιες μαθημένες συμπεριφορές. Στόχος αυτού του τύπου θεραπείας είναι η αλλαγή των δυσλειτουργικών γνωστικών και συναισθηματικών προτύπων που συνδέονται με τους ανασφαλής τύπους δεσμού( Καφέτσιος ,2005).Μέσω ασκήσεων ρύθμισης συγκινησιακών λειτουργιών ( π.χ χαλάρωσης ) τα άτομα αυτά που κακοποιούν ή κακοποιούνται θα είναι σε θέση να κατανοήσουν και να δεχτούν λογικές αναλύσεις της συμπεριφοράς τους στις σχέσεις τους με τους άλλους. Αναφορικά με τα παιδιά , ίσως θα ήταν χρήσιμο το θεραπευτικό έργο να επεκταθεί ακόμα και στον σχολικό χώρο, όπου οι δάσκαλοι έχοντας εκπαιδευτεί να αναγνωρίζουν τα δυσλειτουργικά προφίλ συμπεριφοράς που φέρνουν τα παιδιά στο σχολείο και να παρέμβουν με σκοπό να αλλάξουν τους τύπους δεσμού

παρέχοντας μια ασφαλή βάση στα παιδιά που έχουν κλονιστεί από το τραύμα της κακοποίησης . Το παιδί πρέπει να βοηθηθεί στο να μπορέσει να ξανά εμπιστευτεί τον κοινωνικό περίγυρο και να μπορέσει να εκφράζει ελεύθερα τον εαυτό του. Οι συνομήλικοι μπορούν επίσης να βοηθήσουν σε αυτή την διαδικασία αναπροσαρμογής του παιδιού παρέχοντας πρότυπα υγιούς συμπεριφοράς και ασφαλών προτύπων. Τέλος, σύμφωνα με μια βασική αρχή της θεωρίας δεσμού η αλλαγή έρχεται μέσα από ένα σύστημα σχέσεων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (οικογένεια -παιδί-σχολείο), ( Καφέτσιο,2005).

### **5.8 Διασυνδεδετική θεραπεία**

Η διασυνδεδετική θετική συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών της κοινότητας λειτουργεί ως πλέγμα προστασίας για την οικογένεια αλλά και για τους ίδιους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Είναι υπερβολικά επικίνδυνο σε τέτοιες σοβαρές περιπτώσεις κακοποίησης ή παραμέλησης να αναλαμβάνει την θεραπεία ένας μόνο ειδικός καθώς ελλοχεύουν κίνδυνοι υπερβολικής εξάντλησης και παντοδυναμίας. Είναι απαραίτητο οι νομικές - κοινωνικές υπηρεσίες να συνεργάζονται με τις υπηρεσίες υγείας έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα προς όφελος του παιδιού καθώς κανένας θεσμός δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα τόσο πολύπλοκο πρόβλημα από μόνος του. Έτσι η διεπιστημονική στελέχωση πρέπει να αποτελείται από εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παιδιατρικής ,εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας στην κοινότητα.

Τέλος, εφ'όσον το γεγονός έχει αποκαλυφθεί στις αστυνομικές και δικαστικές αρχές, θα πρέπει να εξασφαλιστεί συνεργασία με το φορέα που έχει αναλάβει την περίπτωση έτσι ώστε να συντονιστούν οι ενέργειες. Το ποινικό σκέλος πρέπει να αποτελεί μέρος του θεραπευτικού περιεχομένου

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το παιδί μετεξελίσσεται από ένα αποκλειστικά από τους ενήλικους εξαρτώμενο άτομο, σε ικανό, αυτοπροστατευόμενο και ενεργό μέλος της κοινωνίας. Όντας μια δυναμική οντότητα που συνεχώς αλλάζει και εξελίσσεται, είναι αρκετά δύσκολο, για τους επιστήμονες να ερμηνεύσουν και να αιτιολογήσουν την συμπεριφορά του. Αναφορικά με το θέμα που διαπραγματευτήκαμε στην παρούσα έρευνα πρέπει να τονιστεί ότι τα παιδιά είναι αρκετά επιρρεπή στην κακοποίησης και την παραμέληση, εξαιτίας της αστάθειας που παρουσιάζουν οι νευρολογικές τους λειτουργίες, καθώς και της συνεχόμενης απόκτησης νέων ικανοτήτων και δεξιοτήτων. Επίσης, τέτοιου είδους κρίσεις είναι εξαιρετικά δύσκολο, να αντιμετωπιστούν από τα ψυχικά αποθέματα του νεαρού θύματος. Πολλές φορές, οι ειδικοί αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην διαγνωστική εκτίμησης του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού, καθώς καθίσταται εξαιρετικά δύσκολο να διακρίνουν εάν κάποια συμπτώματα είναι άμεση συνέπεια του συνδρόμου και απάντηση σε κάποιο εξωτερικό γεγονός ή είναι αποτέλεσμα της συνεχόμενης εξελικτικής διαδικασίας του παιδιού, δηλαδή προέρχεται από τις εσωτερικές λειτουργίες του οργανισμού. Το γεγονός της κακοποίησης μπορεί να επηρεάσει το παιδί τόσο σε συνειδητό όσο και σε ασυνείδητο επίπεδο, γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο οι ειδικοί πρέπει να λάβουν υπόψιν τους όλους τους παραπάνω παράγοντες για να διαγνώσουν το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού και έπειτα να το συνδέσουν με τα συμπτώματα της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής.

Συμπερασματικά, κάθε παιδί που έχει κακοποιηθεί ή παραμεληθεί από τον γονέα ή από κάποιον άλλον ενήλικα, αποτελεί θύμα ενός οδυνηρού εξωτερικού συμβάντος άλλα ταυτόχρονα εσωτερικεύει αυτήν την εμπειρία με τελείως διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το εξελικτικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται αλλά και ανάλογα των ιδιοσυγκρασιακών του χαρακτηριστικών. Κατανοούμε λοιπόν ότι η εμπειρία της κακοποίησης είναι μοναδική, τόσο στον τρόπο που εκλαμβάνεται και αξιολογείται από κάθε παιδί, όσο και στον τρόπο που θα επηρεάσει την εξελικτική του διαδικασία. Συμπερασματικά, από την παρούσα έρευνα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ένα εξωτερικά προερχόμενο γεγονός προσλαμβάνεται από το παιδί όχι μόνο διαμέσου των συναισθηματικών και γνωστικών εργαλείων που διαθέτει αλλά και διαμέσου του εξελικτικού σταδίου στο οποίο βρίσκεται το συγκεκριμένο βρέφος, παιδί ή έφηβος.

Άρα για να αποφανθούμε κατά πόσο ένα παιδί που έχει κακοποιηθεί είναι πιθανόν να εμφανίσει συμπτώματα μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής (PTSD) πρέπει να αναλογιστούμε όλους τους παραπάνω παράγοντες που αλληλεπιδρούν και δρουν προστατευτικά ή όχι για το παιδί.

Έχοντας καλύψει όσο το δυνατόν περισσότερο το πολύπλοκο φαινόμενο της κακοποίησης ανηλίκων και την σχέση του με την εμφάνιση του PTSD στα παιδιά , χρησιμοποιώντας βιβλιογραφικές πηγές και ερευνητικά δεδομένα, μπορούμε να προχωρήσουμε στην λήψη κάποιων περαιτέρω προτάσεων έτσι ώστε να δώσουμε την δυνατότητα στην παρούσα έρευνα να εξελιχθεί, και κατ' επέκταση να δώσουμε την ευκαιρία σε πολλά παιδιά και οικογένειες να ξεφύγουν από τον φαύλο κύκλο αυτού του πολύπλοκου και πολυδιάστατου προβλήματος. Αν επικεντρωθούμε στον Ελλαδικό χώρο θα παρατηρήσουμε ότι τα ερευνητικά δεδομένα που , τα στατιστικά στοιχεία αλλά και οι προληπτικές , παρεμβατικές προσπάθειες των ειδικών πάνω σε αυτά τα θέματα βρίσκονται σε εμβρυακό στάδιο όπως ακριβώς και οι ή πρόοδος της επιστήμης της ψυχολογίας στην χώρα μας. Ξεκινώντας από τις ελλείψεις που παρουσιάζει η ποινική δικονομία καθώς και την έλλειψη ειδικών κέντρων αποθεραπείας, τόσο των ίδιων των γονέων όσο και των παιδιών που αποτελούν τα εξιλαστήρια θύματα μια κοινωνίας που σιωπά και αδυνατεί να έρθει αντιμέτωπη με την ψυχοπαθολογία των ατόμων που η ίδια δημιουργεί, θα μπορούσαμε να εφαρμόσουμε αυστηρότερους και αποτελεσματικότερους νόμους. Οι συγκεκριμένοι νόμοι δεν θα στοχεύουν μόνο στο να " τιμωρούν " τους ενόχους αλλά θα προχωρούν και στην θεραπεία τους, η οποία θα τους παρέχεται απλόχερα από την κοινωνία ή οποία και θα τους αντιμετωπίζει περισσότερο ως θύματα και όχι ως στιγματισμένους θύτες , τίτλος που έως τώρα το μόνο που καταφέρνει είναι να δίνει τεράστιες διαστάσεις στο πρόβλημα. Η συνεργατική και συντονισμένη προσπάθεια όλων των μελών της κοινωνίας θα μπορούσε να δώσει βιώσιμες και αποτελεσματικές λύσεις στο πρόβλημα.. Η εξάλειψη του φαινομένου αποτελεί ίσως ένα απατηλό όνειρο ,αλλά η μείωση του μέσω της πρόληψης και της παραδοχής δεν αποτελεί μη πραγματοποιήσιμο στόχο, τόσο για την Ελλάδα ,όσο και για τον υπόλοιπο κόσμο. Ξεκινώντας από τις επαρχίες και επεκτείνοντας το ερευνητικό μας βλέμμα και στις πυκνοκατοικημένες πρωτεύουσες, κατανοούμε ότι ολόκληρη η κοινωνία είναι συνένοχη στο έγκλημα. Οι ερευνητές πρέπει να προσεγγίσουν όλες τις οικογένειες εισβάλλοντας στο κάθε σπιτικό με διακριτικότητα χωρίς να παραβιάζουν τον ιδιωτικό

χώρο, ερευνώντας και ενημερώνοντας όλο τον πληθυσμό. Οι επιπτώσεις της κακοποίησης αλλά και τα συμπτώματα του PTSD πρέπει να γίνουν γνωστά στο ευρύ κοινό έτσι ώστε να μπορούν να εντοπιστούν οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης θα μπορούσαν να βοηθήσουν σε αυτή την προσπάθεια με το να ενημερώνουν για όλα τα παραπάνω αλλά και με το να δίνουν πληροφορίες, σχετικά με το που μπορούν να βρουν βοήθεια τέτοιες οικογένειες ή με το να κοινοποιούν τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών αλλά και να παρουσιάζουν παιδιά και οικογένειες που έχουν βιώσει και ξεπεράσει παρόμοια κρίση. Καμία ψυχική ασθένεια δεν είναι μη ιάσιμη και καμία κρίση δεν είναι μη αντιμετωπίσιμη, καθώς ο άνθρωπος είναι από την φύση του καμωμένος να μπορεί να ξεπερνάει τις δυσκολίες και να συνεχίζει.

Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα βιβλιογραφική έρευνα απαντήθηκαν με την συνδυαστική χρήση ποικίλων βιβλιογραφικών δεδομένων ενώ το κύριο ερευνητικό μας ερώτημα επαληθεύεται και προκύπτει από τα στοιχεία που παρατέθηκαν. Είναι γεγονός ότι κάθε παιδί που εμφανίζει μετατραυματικό στρες μετά από μια καταστροφή είναι αναγκαίο, σε αρχική φάση, να ερευνηθεί η φύση και η συχνότητα της καταστροφής και να αντιμετωπιστεί η κάθε περίπτωση κρίσης συνδυαστικά με τα τραυματικά συμπτώματα. Στην περίπτωση μιας ατομικής καταστροφής, όπως αυτή της κακοποίησης, το παιδί πρέπει να αντιμετωπιστεί από τους ειδικούς εξατομικευμένα.

Εν συντομία, τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα αναλύουν το σύνδρομο της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών ξεχωριστά από την διαταραχή της Μετατραυματικής Αγχώδους Διαταραχής υπογραμμίζοντας τα συμπτώματα της κάθε διαταραχής και αναφέροντας αναλυτικά τις μορφές κακοποίησης και παραμέλησης που έχουν κατά καιρούς, αναφερθεί στην βιβλιογραφία. Στα παραπάνω ερευνητικά και βιβλιογραφικά δεδομένα ο ορισμός του άγχους εμφανίζεται συνήθως, ως άμεσο αποτέλεσμα του παραπάνω συνδρόμου. Αυτό το άγχος μπορεί να μετεξελιχθεί σε δυσλειτουργικό και να δημιουργήσει πολλαπλά εμπόδια στην καθημερινότητα του παιδιού, καθιστώντας το μη λειτουργικό, με αποτέλεσμα να εμφανιστούν τα συμπτώματα της Μετατραυματικής Αγχώδους Διαταραχής.

Στην συνέχεια αναλύονται τα διαγνωστικά κριτήρια του PTSD έτσι ώστε να γίνει δυνατή η μετάβαση στα ευρήματα της παρούσας έρευνας, όπου και γίνεται μια

προσπάθεια αναλυτικής αναφοράς της αιτιολογίας των δύο φαινομένων. Στην περίπτωση του συνδρόμου της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών τα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με την αιτιογέννεση του φαινομένου, εστιάζονται κυρίως στην έλλειψη δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού καθώς και στην ψυχοπαθολογία των ατόμων που κακοποιούν, κυρίως γονέων. Αναφορικά με την αιτιολογία του PTSD παρατείνονται ποικίλες θεωρητικές προσεγγίσεις οι οποίες είναι σίγουρα ελλειμματικές για την εξήγηση ενός τόσο πολυδιάστατου φαινομένου. Η συνδυαστική θεώρηση των θεωρητικών προσεγγίσεων καλύπτει όλες τις διαστάσεις της διαταραχής και μπορεί να οδηγήσει, ειδικούς και μη, να κατανοήσουν το παιδί που έχει κακοποιηθεί και πάσχει από Μετατραυματικό σύνδρομο.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία που παρατείνονται στην συνέχεια, μας βοηθούν να κατανοήσουμε τις διαστάσεις του φαινομένου στην Ελλάδα αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο. Από μια ερευνητική προσπάθεια που μελετά τέτοιου είδους πολυπαραγοντικά και σύνθετά φαινόμενα θα ήταν αδύνατον να μην αναφερθούν οι γενικότερες επιπτώσεις στον ψυχισμό των παιδιών που πλήττονται και υποφέρουν από τα προς μελέτη σύνδρομα. Συμπληρωματικά με τα παραπάνω ευρήματα, προστίθενται και εκείνοι οι προδιαθεσικοί παράγοντες που καθιστούν μερικά παιδιά περισσότερο ευάλωτα από ότι άλλα, στην εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων, μετά την έκθεσή τους σε μια ατομική καταστροφή. Τέτοιοι παράγοντες, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, είναι οι αμυντικοί μηχανισμοί που αναπτύσσει το παιδί για την καταπολέμηση τέτοιων καταστάσεων, ο βαθμός έκθεσης του παιδιού στο στρεσογόνο συμβάν, ο βαθμός απειλής της σωματικής και πνευματικής του ακεραιότητας αλλά κυρίως της ζωής του παιδιού καθώς και προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες που δρουν προσθετικά.

Τέλος, έχοντας αναφερθεί διεξοδικά σε όλα τα παραπάνω η παρούσα έρευνα μελετά μεθόδους αντιμετώπισης που έχουν προταθεί κατά καιρούς από τους ειδικούς και οι οποίες βασίζονται σε όλα τα προηγούμενα ερευνητικά ευρήματα. Πρέπει να αναφερθεί ότι στο επίκεντρο της θεραπευτικής παρέμβασης τοποθετείται η προστασία και η ασφάλεια του παιδιού, ενώ τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα προτείνουν και την διατήρηση των οικογενειακών δεσμών ως βασικό παρεμβατικό στόχο. Η γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία, η δυναμική, η διαπροσωπική, η θεραπεία δεσμού, η θεραπεία γονέων, η συστημική θεραπεία και η παιγνιοθεραπεία

μπορούν να εφαρμοστούν συνδυαστικά και να επιφέρουν το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα για το παιδί αλλά και για ολόκληρη την οικογένεια που νοσεί. Η πρόληψη του φαινομένου της κακοποίησης αλλά και του συνδρόμου PTSD είναι αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση, καθώς αποτελεί την πιο αποτελεσματική μορφή θεραπείας ,προλαμβάνοντας τις ενδείξεις πριν μετατραπούν σε συμπτώματα.

Έχοντας ολοκληρώσει την ερευνητική μας προσπάθεια θα μπορούσαμε να προχωρήσουμε στην διατύπωση νέων ερευνητικών προτάσεων πάνω στο προς μελέτη θέμα. Συνδυαστικές ερευνητικές προσπάθεια που θα έθεταν συγκεκριμένα ερωτήματα, όπως `` Μπορούν οι θεραπείες που προτείνουν οι έρευνες για τα παιδιά που έχουν βιώσει κάποια φυσική καταστροφή, να εφαρμοστούν σε περιπτώσεις ατομικών καταστροφών, όπως η κακοποίηση;`` θα μπορούσαν να βοηθήσουν την έρευνα να προχωρήσει σε ένα πρακτικότερο στάδιο, δίνοντας λύσεις και ελπίδες στα παιδιά που νιώθουν χαμένα μετά την βίωση τέτοιων εμπειριών.

Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι παρά την εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση η παρούσα έρευνα δεν παύει να παρουσιάζει κάποιες αδυναμίες και να χρήζει περαιτέρω βελτίωσης. Για παράδειγμα η βιβλιογραφική έρευνα που παρουσιάστηκε δεν βασίζεται σε αρκετά πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, γεγονός που την καθιστά δεκτική σε περαιτέρω επεξεργασία. Επίσης, τα δύο σύνδρομα εξετάστηκαν αρκετά αναλυτικά ξεχωριστά και όχι τόσο συνδυαστικά σε κάποια σημεία. Όμως ,παρά τις αδυναμίες της ,η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει χρήσιμο πρακτικό εγχειρίδιο για ειδικούς και μη, καθώς μπορεί να αποτελέσει μια αρκετά καλή θεωρητική βάση για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σε παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση ή παραμέληση από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον ή από άλλους σημαντικούς ενήλικες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγάθωνος, Γεωργοπούλου, Ε. (1987). Κακοποίηση, παραμέληση των παιδιών. Στο Γ. Τσιαντής (επιμ.), Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, τόμ. Α': Ανάπτυξη, προσεγγίσεις στην ταξινόμηση και διάγνωση ψυχοκοινωνικά θέματα, σσ. 347-379. Αθήνα: Καστανιώτης .
- Αγάθωνος, Γεωργοπούλου, Ε. (1991). Εκτίμηση της γονικής ικανότητας: Προσδιορισμός γονιών σε << Υψηλό κίνδυνο >> για κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους. Στο Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε.(επιμ.), Κακοποίηση, παραμέλησης των παιδιών. Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού(επιμ.)
- Αγάθωνος , Γεωργοπούλου, Ε.(1998). Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού: Αθήνα , Ίνστιτούτο Υγείας Παιδιού
- Αλεβιζόπουλος , Γ. (1998). Δικαστική Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανός.
- Βοιδάσκη,Β.Κ.(1987). Η επιθετικότητα σαν κοινωνικό πρόβλημα στην οικογένεια και στο σχολείο.
- Cattanach, A.(2004). Θεραπεία μέσω του παιχνιδιού. Αθήνα: Εκδόσεις Σαββάλας .
- Cole, M. & Cole, S. R.(2002).Η ανάπτυξη των παιδιών. Στο Μπαμπλέκου,Ζ. (επιμ.), *Γνωστική και Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία.τομ.Β'σς.290-294.*
- Cooper, D.(1971). Ο θάνατος της οικογένειας: *The death of the Family*. Αθήνα, Καστανιώτης .
- Γκοτζαμάνης, Κ. (επιμ.), (2004) . Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TR tm. Εκδόσεις Λίτσας.
- Καλαντζή-Αζιζή, Α. & Ζαφειροπούλου , Μ.(επιμ.). (2004). Προσαρμογή στο σχολείο:*Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών* ,σσ. 299-320.Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλλινικάκη, Θ.(επιμ.),(1997). Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο. *Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλλινικάκη, Θ.(επιμ.), (1998). Μεγαλώνοντας σε ίδρυμα: *Μηχανισμοί επικινδυνότητας και προστατευτικοί παράγοντες*,, *Ελληνική εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής* . Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καφέτσιος ,Κ.(2005) .Δεσμός, Συναίσθημα και Διαπροσωπικές Σχέσεις.. Αθήνα, Γιώργος Δάρδανος.
- Καμάλη, Α. Γ. (2003). Παιδαγωγική Ψυχολογία. Παιδαγωγική και Εκπαίδευση, Έκδοση Γ'. Θεσσαλονίκη: Αδελφών Κυριακίδη α.ε.
- Κολαίτης, Γ. & Τσιαντής, Ι. (1999): Παιδιά, ψυχικό τραύμα και σεισμοί. *Παιδιατρικά*, 62, 421-428.
- Κωσταρίδου –Ευκλίδη, .(1998). Ψυχολογία των κινήτρων. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής (αναθεωρημένη έκδοση). Θεσσαλονίκη: University Studio Press A.E. (εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών).
- Μέλλον, Ρ.(1998). Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.



- Μουτούσης , Μ. ,Π. (2001). Ψυχιατρικές παρατηρήσεις πάνω στην ιδιότητα του θύματος βασανιστηρίων και αυτήν του βασανιστή.
- Μπαμπλέκου, Ζ.(επιμ.). Cole, M.& Cole, S.R. (2002).Η ανάπτυξη των παιδιών, τομ. Β':*Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά την νηπιακή και μέση παιδική ηλικία*,σσ.290-294.Αθήνα : Γιώργος Δάρδανος .
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας . Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδιώτη, Β.& Αθανασίου, Λ.(2006).Οικογενειακή- Συστημική Θεραπεία: *Βασικές προσεγγίσεις θεωρητικές θέσεις και πρακτική εφαρμογή* ,Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Παρασκευόπουλος , Ι.Ν. (επιμ.), (1996).Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας , τομ. Β'.
- Ρούσου, Α. (1999). Σεισμοί και παιδιά: Πρώιμες ψυχολογικές επιπτώσεις. Παιδιατρική. Τεύχος 62:4, 415-420.
- Τσιαντής , Γ., Ξυπολιτά, Α.,& Ζαχαριάδη(2001). Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική. *Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών*. Αθήνα, Καστανιώτης.
- Τσιαντής , Γ . & Μανωλόπουλος ,Σ.(1987).Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, τομ.Α'. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Τσιαντής , Γ.& Μανωλόπουλος . Σ.(1998). Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής . τομ.Β'. Αθήνα: Καστανιώτης .
- Τσιαντής , Γ. (1991). Σκέψεις για τη δυάδα γονέα- βρέφους . Στο Γ. Τσιαντής . *Ψυχική Υγεία του παιδιού και της οικογένειας*, τεύχος Β'. Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Τσιαντής , Γ. (1993). Σωματική κακοποίηση και ψυχική υγεία. Στο: Γ. Τσιαντής .*Ψυχική Υγεία του παιδιού και της οικογένειας*, Τεύχος Β' Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Τσιαντής , Γ . & Ξυπολιτά, Α.(2001). Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών, Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική.
- Τσιγκρής , Α.Α. (2000) Τα σεξουαλικά εγκλήματα. Εγκληματολογικές προσεγγίσεις της σεξουαλικής βίας. Αθήνα: Εκδόσεις Αντ..Ν. Σάκκολα
- Freud, A.(1992). Τα καλά και τα κακά στην εξέλιξη του παιδιού. Αθήνα: Εκδόσεις Επίκουρος.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Baum, A. & Fleming, R. (1983). Coping with victimization by technological disaster. *Journal of Social Issues*, 39, pp 119-140
- Belter, R.W. , Dunn, S.E., Joney, P.(1991). The psychological impact of Hurricane Hugo on children: a needs assessment. *Adv. Behav. Res. Ther.*, 13, pp115-161
- Bonner, B. L., Kaufman, K. L., Harbeck, C. & Brassard, M. R.(1992). Child maltreatment. In C.E.Walker & M.C.Roberts(eds.). *Handbook of clinical child psychology*. New York: John Willey & Sons.
- Bukowski, W.M.(1992).Sexual abuse and maladjustment considered from the perspective of normal developmental processes. In W. O' Donohue & J.H. Gerr (eds). *The sexual abuse of children: Theory and research*, vol. 1. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bowlby, J. (1966). *Maternal care and mental health*. New York : Schocken books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol.. 1: Attachment*. New York: Basic books
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol.. 2 : Separation*. New York: Basic books.
- Carr, V.J., Lewin, T.J., Kenardy, J.A., Webster, R.A., Hazell, P.L., Carter, G.L G.L. & Williamson, M. (1997): Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastl earthquake: III.Role of vulnerability factors in post-disaster morbidity. *Psychological Medicine*, 27, 179-190
- Eysenck, M.W.(1997).Anxiety and cognition: *An unified theory essay in cognition psychology*.
- Francis, D.K. (1999). The psychological assessment of abused and Traumatized Children.
- Freud, A. (1987). A psychoanalyst's view of sexual abuse by parents. In P. B. Mrazek & C. H. Kempe (eds.). *Sexually abused children and their families*. Oxford: Pegamon Press
- Figley, C.(1985). *Trauma and its Wake*. Vol 1. New York: Brunner\ Mazel Publishers
- Garrison, C. Z., Bryant, E. S., Addy, C. L., Spurrier, P. G., Freedy, J. R. & Kilpatrick, D. G. (1995): Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents after Hurricane Andrew. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 34,9, 1193-1201.
- Gegen, K. J. (1968). Personal consistency and the presentation of self. In C. Gordon & J. Gergen (eds.). *The self in social interaction*, vol. 1, pp. 299-308. New York: John Wiley & Sons.
- Goleman, D.(1998).Συναισθηματική νοημοσύνη.
- Gordon, N. S., Farberow, N. L. & Maida, C. A. (1999): *Children & Disasters*. Brunnel/Mazell. USA
- Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. G., Leonard, A. C., Gleser, G. C., & Smitson-Cohen, S. (1991): Children and Disaster: Age, Gender, and Parental Effects on PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 6, 945-951.

- Hall, M. H.(1974). The diagnosis and early management of non-accidental injuries in children: The police surgeon. In Carter, J.(edts).*London, Priory press*. pp61-66.
- Joseph, S., Williams, R., &Yule, W.(1997). Understanding Post- traumatic Stress : *A psychological Perspective on PTSD and treatment*. England: Wiley.
- Kempe, C. H. (1971). Pediatric implication of the battered baby syndrome: *Archives of disease in childhood*, Vol.46.245,28-37.
- Kouyoumdjian, H. , Perry, A. R. & Hansen, D. J. (2004). The role of adult expectations on the recovery of abused children. *Aggression and Violent Behavior* Vol10,pp475-489.
- Meeccums, B.(2000). Creative group therapy for women survivors of child sexual abuse. *Speaking the unspeakable*. London: Jessica Kingsley.
- Meinrad, P., & Reicherts,M.(1992). Stress, Coping and health: *A situational- behavioral approach Theory, Methods, Applications*.
- Mc Farlane & Clayer, J. (1997).Psychiatric morbidity following a natural disaster: *An Ausralin bushifire.soc. Psychiatric.Psychiatr. Epidemiol.*,Vol 32,pp 261-268.
- Monahon, C.(1993). Children and Trauma: A Parent's Guide to Helping Children Heal. New York: Lexington Books.
- Mrazek, D.& Mrazek, P.B.(1985). Child maltreatment . In:M. Rutter end L. Harsov(eds.). *Child and adolescent psychiatry.Londin:Blackwll Scientific Publications*.
- Nolen- Hoeksema, S. & Morrow, J.(1991). A prospective study of depression and Postraumatic Stress Symptoms After a natural disaster: The 1989 LomaPierta Earthquake *Journal. of personality and Social Psychology*,61,1,115-121.
- Perrin, S., Smith, P.& Yule, W.(2000). Practitioner Review: The Assessment and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Child psychology and psychiatry*,41,3,277-289.
- Pfeffebaum, B.(1997). Postraumatic Stress Disorder in Children: A review of the Past 10 Years.*J.Am.Acad.Child. Adolesc.Psychiatry*. Vol 36:11,pp1503-1511.
- Pynoos,S.R., Coenjian, A., Tashan, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., Steinberg, A., & Fairbanks, L.,(1993). Post-traumatic Stress Reactions in Children After the 1988 Armenian Earthquake. *British Journal of Psychiatry* ,vol 163,pp239-247.
- Pynoos, S.R., Steinberg, A.M & Piacentini, J.(1999) . A Developmental Psychopathology Model of Childhood Traumatic Stress and intersection with Anxiety Disorders. *Biological Psychiatry*, Vol 46, pp 1542-1554.
- Rossi, E. (1986) *The psychobiology of healing*. New York: Norton.
- Saylor, F. Conway(1993). Children and disasters: Clinical and Research Issues. In: Saylor, F. Conway(edit.) *Children and disasters*. New York: Plenum Press.

- Steele, B.F. & Pollock, C.B.(1968). A psychiatric study of parents who abuse infants and small children in Helfer, R.E.& Kampe, C. H(edts .)*The battered child*, University of Chicago.
- Shalev, Y. Arieh (1997).Acute to chronic: Etiology and Pathophysiology of PTSD. In: Ursano, R., & Fullerton Carol(edit.) *Postrumatic stress Disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- Shannon, M.P., Lonigan, C.J., Finch, A.J.& Taylor, S.M.(1994): Children exposed to Disaster : Epidimiology of Post-Traumatic Symptoms and Symptoms Profiles.*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,33,1,pp 80-93
- Terr, L.C.(1981). Psychic trauma in Children: Observetions Following the Chowchilla School-Bus Kidnapping. *American journal of psychiatry*,138,1,14-19.
- Terr, L.C.(1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American journal of psychiatry*,148,10-20.
- The Open University.(1985) Η κακοποίηση του παιδιού.
- Trimble, M.(1985). Post traumatic stress disorder: History of a concept. In: Figley , C.(edit.)*Trauma and its Wake*. Vol I. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Ursano, R. & Fullerton Carol(1997). The other side of chaos :Understanding the patterns of posttraumatic Responses. In: Ursano, R., & Fullerton Carol(edit.) *Postrumatic stress Disorder* . Washington: American Psychiatric Press.
- Ursano, R., Fullerton Carol & Norwood,A.(2000). Psychiatric Dimensions of Disaster: Patient care , Commynity consultion and Prevention Medicine. <http://www.psych.org/pract-ot-psych/disaster.html>
- Van der Kolk Bessel (1994). Memory and the evolving psychology of post traumatic stress, Trauma Information Pages, <http://www.trauma-pages.com/vanderk4.htm>
- Walkey, G.(1974). Sexual abuse and the Primary Care Doctor: *Principal in general practise in North Staffordshire*.
- Yule, W. (1999) Post- traumatic stress disorder: *Archives of Disease in Childhood*,80,2,107-109.