

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Πτυχιακή εργασία της Χαρδαλιά Όλγας (Α.Μ.:2964)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια Θεμελή Όλγα

Ρέθυμνο, 2016-2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Την παρούσα εργασία αφιερώνω στη μητέρα μου, ενσάρκωση αγάπης και ανθρωπιάς. Την κινητήριο δύναμή μου. Τον λόγο ύπαρξης και ευτυχίας μου. Την ευχαριστώ για όσα με δίδαξε και για όσα μου προσέφερε απλόχερα.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την αγαπητή καθηγήτρια Θεμελή Όλγα για την ουσιαστική βοήθεια που μου παρείχε με τόση κατανόηση και σεβασμό. Την ευχαριστώ για τις γνώσεις που μου χάρισε, μα κυρίως την ευχαριστώ για την ύπαρξή της στο πλευρό μου ουσιαστικώς, ανιδιοτελώς και απολύτως ανθρώπινα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.....	13
<i>2.1. Χαρακτηριστικά και δυναμικές του τραύματος.....</i>	<i>13</i>
<i>2.2. Οι τραυματικές συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης.....</i>	<i>24</i>
<i>2.3. Παράγοντες που καθορίζουν το μέγεθος των τραυματικών συνεπειών</i>	<i>26</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ.....	33
<i>3.1. Αγχώδης μετατραυματική διαταραχή: συμπτώματα και διαγνωστικά κριτήρια....</i>	<i>33</i>
<i>3.2. Δεδομένα ερευνών για τη σχέση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής.....</i>	<i>39</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΤΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	50
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Νομίζω πως δε χάθηκε ποτέ πραγματικά, απλώς φυλάχτηκε προσωρινά για να μη μου προκαλεί τόσο πόνο. Λίγο που ήμουν μικρή, λίγο που αισθανόμουν τόσο απίστευτα μόνη και αβοήθητη, αυτά ήταν μάλλον αρκετά για να μετατραπούν σε μια ασφυκτική καθημερινότητα [...] Τα δάκρυα κυλούσαν από τα μάτια μου. Τι ήταν για μένα εκείνη η νύχτα; Ήταν ίσως ένα κομμάτι που προστέθηκε στο μεγάλο ντόμινο της ενοχής μου... στο μεγάλο ντόμινο της λύπης μου για όλα όσα ήμουν εκείνο το βράδυ και για όλα όσα δε θα ήθελα να είμαι ποτέ ξανά».

Αποσπάσματα από το ημερολόγιο της Ελπίδας Βεριτά¹,

θύμα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης

Το φαινόμενο της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης άρχισε να τυγχάνει προσοχής στα τέλη του 20^{ου} αιώνα (Finkelhor, 1997). Μέχρι εκείνη την χρονική περίοδο οι επαγγελματίες που σχετίζονταν με την ανάπτυξη των παιδιών αγνοούσαν την ύπαρξη του φαινομένου και τις προφανείς συνέπειές του (Finkelhor, 1997). Με τη σταδιακή αναγνώριση της έκτασης του προβλήματος, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση κέντρισε το ενδιαφέρον τόσο των σχετικών επαγγελματιών, όσο και της επιστημονικής κοινότητας, σε μια προσπάθεια κατανόησής και αντιμετώπισής της. Η τελευταία προχώρησε στη διατύπωση ορισμών, στην διευκρίνιση των χαρακτηριστικών του φαινομένου και στη διερεύνηση των συνεπειών του στη γενικότερη ανάπτυξη του παιδιού.

Τα τελευταία χρόνια, πληθώρα ερευνών εξετάζουν τις συνέπειες μιας τέτοιας τραυματικής εμπειρίας όχι μόνο στην παιδική ηλικία, αλλά και στην ενήλικη ζωή. Πράγματι, όπως έχει φανεί από ερευνητικά δεδομένα, είναι δυνατό κάποιες τραυματικές συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης να επιμένουν και να ταλανίζουν το θύμα στην ενήλικη ζωή. Μια από αυτές είναι η αγχώδης μετατραυματική διαταραχή που εμφανίζεται ως μία από τις πιο συχνές συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής παραβίασης.

¹ Το όνομα «Ελπίδα Βεριτά» πρόκειται για ψευδώνυμο.

Στόχος λοιπόν της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η υπογράμμιση του ψυχικού τραυματισμού που προκύπτει από την παιδική σεξουαλική κακοποίηση καθώς και η διερεύνηση της σχέσης της τελευταίας με την αγχώδη μετατραυματική διαταραχή.

Προκειμένου να γίνει κατανοητή αυτή η σχέση είναι χρήσιμη η διατύπωση βασικών πληροφοριών της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Έτσι, στην παρούσα ανασκόπηση θα αναφερθούν ο ορισμός, τα είδη και τα χαρακτηριστικά τόσο του φαινομένου, όσο και των θυμάτων και θυτών της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Εν συνεχεία, θα αναλυθούν οι δυναμικές του τραύματος της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, οι γενικότερες συνέπειες που ακολουθούν, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση αυτών των συνεπειών. Θα διατυπωθούν επίσης τα διαγνωστικά κριτήρια και τα συμπτώματα της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, η οποία στη συνέχεια θα παρουσιαστεί ως συνέπεια της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Θα αναφερθούν μάλιστα οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την εμφάνιση της εν λόγω διαταραχής, όσο και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της. Επιπρόσθετα θα παρατεθούν ερευνητικά δεδομένα που άπτονται των βασικών νευροβιολογικών μηχανισμών της απόκρισης στο στρες και των διαταραχών που προκύπτουν στην περίπτωση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής. Τέλος, θα εξεταστούν οι βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην προσπάθεια αντιμετώπισης της εν λόγω διαταραχής, ως αποτέλεσμα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης.

Η παρούσα βιβλιογραφική έρευνα ολοκληρώνεται με το τελευταίο κεφάλαιο της συζήτησης, στο οποίο αναφέρονται τα πιο σημαντικά ευρήματα και οι περιορισμοί των ερευνών που μελετήθηκαν και προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου σε κοινωνικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι από τις πιο σοβαρές παραβιάσεις, αν συλλογιστεί κανείς την επίδραση που έχει στην «ιερή ανηλικότητα», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Θεμελή (2014). Η παιδική ηλικία ποτέ δε θα είναι ένα ασφαλές μέρος για την ανάπτυξη του παιδιού (Θεμελή, 2014). Οι ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές είναι ραγδαίες και στιγματίζουν το παιδί καθόλη τη διάρκεια της ζωής του.

Για την εις βάθος κατανόηση αυτών των ψυχοσυναισθηματικών αλλαγών, καθίσταται αναγκαίος ένας όσο το δυνατόν ολοκληρωμένος ορισμός της σεξουαλικής κακοποίησης. Ένας πρώιμος λοιπόν ορισμός που διατυπώθηκε από τον Κουτσελίνη (1991) αναφέρεται στην σεξουαλική κακοποίηση ως «την πράξη ή την ενέργεια με σεξουαλικό περιεχόμενο που γίνεται σε βάρος του παιδιού από άτομο άλλο, μεγαλύτερο τουλάχιστον κατά πέντε χρόνια».

Οι Martins, Tofoli, Von Werne Baes και Juruena (2011) ορίζουν την παιδική σεξουαλική κακοποίηση ως την εμπλοκή του ανήλικου σε σεξουαλικές ενέργειες που δεν είναι σε θέση να καταλάβει, ή να δώσει τη συγκατάθεσή του, λόγω του νεαρού της ηλικίας του που συνεπάγεται έλλειψη γνώσης περί των σεξουαλικών θεμάτων. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές συμφωνούν με τους περισσότερους στο ότι γενετήσια παραβίαση μπορεί να συμβεί, όχι μόνο από ενήλικες, ανεξαρτήτως φύλου, αλλά και από ομήλικους, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τον ηλικιακό περιορισμό που έθεσε ο Κουτσελίνης (1991), περί πέντε χρόνων. Αν και παλαιότερα η ηλικιακή διαφορά των πέντε χρόνων μεταξύ θύτη και θύματος ήταν από πολλούς ερευνητές αποδεκτή (Cermak & Molidor, 1996), πλέον δε συμπεριλαμβάνεται στους ορισμούς για τη σεξουαλική κακοποίηση. Ο Kuyken (1995) μάλιστα υποστηρίζει πως η σεξουαλική κακοποίηση από ομήλικους είναι δυνατό να αποφέρει τα ίδια τραυματικά συμπτώματα με αυτά της σεξουαλικής κακοποίησης από κάποιον φροντιστή.

Επιπρόσθετα, οι Gilbert, Spatz Widom, Browne, Fergusson, Webb και Janson (2009) ορίζουν την σεξουαλική κακοποίηση ως α) την ολοκλήρωση ή β) την προσπάθεια της σεξουαλικής πράξης ή γ) τη σεξουαλική αλληλεπίδραση χωρίς άμεση επαφή με το

θύμα. Στην άμεση σεξουαλική κακοποίηση συγκαταλέγεται η επαφή στόματος και γεννητικών οργάνων, επαφή μεταξύ γεννητικών οργάνων του θύτη και του θύματος, γεννητικών οργάνων και ορθού μηριαίου (μηρός) , χεριών και γεννητικών οργάνων, χεριών και ορθού μηριαίου και επαφή μεταξύ χεριών και στήθους (Johnson, 2004). Τα στατιστικά μάλιστα για την περίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης εξ επαφής, σύμφωνα με τους Gorey και Leslie (όπως αναφέρεται στην Hunter, 2006), κυμαίνονται μεταξύ 9 και 11% για τα κορίτσια και από 5 έως 6% για τα αγόρια.

Στην έμμεση σεξουαλική αλληλεπίδραση περιλαμβάνονται η έκθεση, η βιντεοσκόπηση σεξουαλικών πράξεων, η πορνεία (Gilbert και συν., 2004), η λεκτική σεξουαλική επίθεση και η θωπεία (Kuyken, 1995). Ουσιαστικά γίνεται διάκριση της σεξουαλικής κακοποίησης σε αυτή που περιλαμβάνει επαφή με τον θύτη και σε αυτή που δεν περιλαμβάνει απαραίτητα επαφή με τον θύτη. Η μη εξ επαφής σεξουαλική συμπεριφορά έχει συμπεριληφθεί στους περισσότερους ορισμούς της σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς αποτελεί κι αυτή εγκληματική ενέργεια με στόχο να τρομοκρατήσει το θύμα και κατ'επέκταση να δημιουργηθεί σοβαρό ψυχολογικό τραύμα (Kuyken, 1995).

Πάντως, σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα ο πιο συνήθης τρόπος σεξουαλικής κακοποίησης φάνηκε να συγκαταλέγεται στην άμεση επαφή, το ακατάλληλο δηλαδή άγγιγμα στα απόκρυφα σημεία του σώματος. Ακολουθούν τα ακατάλληλα σχόλια σχετικά με τη σεξουαλική πράξη και τέλος η προσπάθεια του θύτη για σεξουαλική συνεύρεση με το ανήλικο θύμα, χωρίς όμως τελικά αυτή να πραγματοποιηθεί (Bishop, Rosenstein, Bakelaar, & Seedat, 2014).

Η παραπάνω διάκριση σχετικά με το είδος της σεξουαλικής κακοποίησης είναι και η πιο συχνή στη βιβλιογραφία, στην προσπάθεια της διατύπωσης ενός ορισμού για το φαινόμενο αυτό. Διάφοροι ερευνητές της σεξουαλικής κακοποίησης έχουν κατά καιρούς διατυπώσει ορισμούς για την τελευταία βάσει της ηλικιακής διαφοράς του θύτη και του θύματος και των ηλικιακών ορίων που ορίζουν την παιδική ηλικία (Pereda, Guilera, Forns, & Gomez-Benito, 2009). Παρόλα αυτά, οι σεξουαλικές κακοποιήσεις μπορούν επίσης να διαφέρουν ως προς τη διάρκεια, την ηλικία έναρξης, τη συχνότητα και τη σχέση του θύματος και του θύτη.

Ένα άλλο ζήτημα που χρειάζεται να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν, στη διατύπωση του ορισμού, είναι το πολιτισμικό υπόβαθρο και πως αυτό μπορεί να επηρεάσει τον

ορισμό της σεξουαλικής κακοποίησης, ιδίως σε πολύ-πολιτισμικές κοινωνίες (Kauyken, 1995). Διαφορετικοί πολιτισμοί έχουν διαφορετικές πεποιθήσεις για το τι είναι εγκληματικό και τι όχι. Παρολαυτά, είναι ευρέως αποδεκτό πως το σεξουαλικό σχετίζεσθαι μεταξύ ενήλικα και παιδιού είναι αναμφίβολα εγκληματική πράξη, ανεξάρτητα από τη διείσδυση, τη σωματική βία ή τις πεποιθήσεις του παιδιού (Kuyken, 1995).

Μια σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να λάβει χώρα ανεξαρτήτως κοινωνικού στρώματος (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου & Γεωργούδη, 2009), ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης και θρησκείας, χρώματος, εθνικότητας, εισοδήματος, μορφωτικού επιπέδου και επαγγέλματος (Πρεκατέ, 2008). Ίσως το χειρότερο χαρακτηριστικό της είναι η σιωπηρή φύση της. Συγκριτικά δηλαδή με άλλες μορφές κακοποίησης, η σεξουαλική είναι περισσότερο πιθανό να φυλαχθεί σαν «σόβιο μυστικό», αναφέρει χαρακτηριστικά ο Newlin σε μια συνέντευξή του (Παπαδημητρίου, 2014).

Αν και "κρυμμένη", όπως την ονομάζει η Νάκου (1991), η σεξουαλική κακοποίηση είναι περισσότερο συχνή από τα άλλα είδη κακοποίησης. Τα έντονα και αναπόφευκτα συναισθήματα ντροπής, φόβου και ανασφάλειας του παιδιού ή/και του ενήλικα που γνωρίζει για τη σεξουαλική κακοποίηση, αποτρέπουν την ανακοίνωση της τελευταίας και τη λήψη βοήθειας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, ένας μεγάλος αριθμός περιστατικών σεξουαλικής παραβίασης να μην έρχεται ποτέ στην επιφάνεια. Υπολογίζεται σε παγκόσμια κλίμακα πως περίπου ένα στα δέκα παιδιά πέφτουν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης πριν την ενηλικίωσή τους (Πρεκατέ, 2008), ενώ πληθώρα ερευνών θέτουν τα κορίτσια ως συχνότερα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης συγκριτικά με τα αγόρια (Πρεκατέ, 2008. Ackerman, Newton, Brian McPherson, Jones, & Dykman, 1998. Gilbert, et al., 2009. Hunter, 2006).

Άλλοι παράγοντες που συνιστούν την αποκάλυψη της σεξουαλικής κακοποίησης πιο δύσκολη διαδικασία και κατ'επέκταση τα στατιστικά δεδομένα ανακριβή, είναι οι ελλειπίες επικοινωνιακές και μνημονικές δεξιότητες των μικρών παιδιών, καθώς και η γνωστική ανικανότητά τους να κρίνουν την πράξη ως ακατάλληλη, ιδίως αν ο θύτης είναι γένους θηλυκού (Johnson, 2004).

Σχετικά με το τελευταίο αυτό δεδομένο ο King και οι συνεργάτες του, όπως

αναφέρεται στην Hunter (2006), επισημαίνει την απόκρυψη πολλών περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης αγοριών από μεγαλύτερες γυναίκες, κυρίως λόγω του ότι τα πρώτα δεν αντιλαμβάνονται μια πρώιμη σεξουαλική εμπειρία ως κακοποιητική. Οι ίδιοι ερευνητές τονίζουν τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν τα αγόρια στην αποκάλυψη της σεξουαλικής τους κακοποίησης, καθώς μια τέτοια εμπειρία «αψηφά τα συμβατικά δεδομένα σχετικά με τη φυσική τάξη των πραγμάτων». Συνεπώς, το στίγμα και η ντροπή σε αυτές τις περιπτώσεις λαμβάνουν μεγαλύτερες διαστάσεις, αποτρέποντας έτσι την αποκάλυψη της σεξουαλικής κακοποίησης. Στην περίπτωση δε, που η σεξουαλική κακοποίηση πραγματοποιηθεί από άντρα, τα αγόρια φοβούνται μην χαρακτηριστούν ως ομοφυλόφυλα ή ως ανώμαλα (Hunter, 2006). Για όλους λοιπόν τους παραπάνω λόγους συμπεριλαμβανομένου του γεγονότος ότι στα αγόρια η πιθανότητα σεξουαλικής κακοποίησης εκτός σπιτιού είναι μεγαλύτερη (Cermak & Molidor, 1996), τα στατιστικά δεδομένα που αφορούν τον αντρικό πληθυσμό είναι πιο δύσκολο να εκτιμηθούν συγκριτικά με τα δεδομένα που υπάρχουν για το γυναικείο πληθυσμό.

Μια προσπάθεια εκτίμησης των στατιστικών δεδομένων έγινε από τους Melville, Kellogg, Perez και Lukefahr (2014), η οποίοι μέσα από την μετα-ανάλυση που διεξήγαγαν υπολόγισαν πως περίπου 11 έως 53% των κοριτσιών και 4 έως 60% των αγοριών έχουν πέσει θύμα σεξουαλικής κακοποίησης πριν τα δεκαοχτώ τους χρόνια.

Όσον αφορά την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής κακοποίησης, κυμαίνεται από 6 έως 11 χρονών (Bishop, Rosenstein, Bakelaar, & Seedat, 2014) ή έως 13 χρονών (Ackerman, Newton, Brian McPherson, Jones, & Dykman, 1998). Ο Kuyken (1995) αναφέρει πως στην ηλικία μεταξύ 10 έως 12 χρόνων το παιδί είναι πιο ευάλωτο σε μια πιθανή κακοποίηση, ενώ στα 14-15 χρόνια του απειλεί με αποκάλυψη της κακοποίησης του και, είτε όντως προχωρά σε αυτήν, είτε εγκαταλείπει το σπίτι. Οι Boney-McCoy και Finkelhor (1995) δε συγκλίνουν στο παραπάνω ηλικιακό δεδομένο, καθώς μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους φάνηκε πως παιδιά άνω των 12 ετών ήταν πιο ευάλωτα σε μια σεξουαλική κακοποίηση. Άλλοι παράγοντες επικινδυνότητας που αντλούνται από τα δεδομένα των ίδιων ερευνητών είναι το να είναι κανείς μαύρος, θηλυκού γένους και το να ζει σε μονογονεϊκή οικογένεια (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995).

Προβλεπτικοί παράγοντες της σεξουαλικής κακοποίησης σύμφωνα με τον Finkelhor (όπως αναφέρεται στον Kuyken, 1995), είναι επίσης οι φτωχές διαπροσωπικές

σχέσεις με συνομήλικους, η απουσία της μητέρας, η γονεϊκή απουσία και η μη διαθεσιμότητα, η φτωχή σχέση του παιδιού με το γονέα και ιδιαίτερα με τη μητέρα του, οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων και η παρουσία θετού πατέρα (πατριού). Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ένα ενδιαφέρον ερώτημα: είναι το αίσθημα της αποξένωσης η αιτία για την σεξουαλική κακοποίηση ή αποτέλεσμα αυτής; (Kuyken, 1995).

Οι Finkelhor, Hotaling, Lewis και Smith (1990) φαίνεται να απαντούν στο παραπάνω ερώτημα, εξετάζοντας τις συνθήκες του οικογενειακού περιβάλλοντος για παιδιά που κακοποιήθηκαν από κάποιο μη οικογενειακό μέλος και για παιδιά που αποκάλυψαν την κακοποίησή τους σε κάποιο οικογενειακό τους μέλος. Βρήκαν λοιπόν πως το μη ευνοϊκό οικογενειακό περιβάλλον παραμένει δυνατός προβλεπτικός παράγοντας για σεξουαλική κακοποίηση και χαρακτηρίζεται μάλιστα ως ο πιο σημαντικός. Έτσι, η αιτιακή σχέση κακών οικογενειακών συνθηκών και σεξουαλικής κακοποίησης δεν αντιστρέφεται. Δεν αποδίδεται δηλαδή η δήλωση των παιδιών για δυσμενές οικογενειακό περιβάλλον στο ότι έχουν κακοποιηθεί μέσα σε αυτό ή στο ότι δε μπόρεσαν ποτέ να αποκαλύψουν την κακοποίησή τους μέσα σε αυτό. Οι λόγοι λοιπόν που τα παιδιά από τοξικά οικογενειακά περιβάλλοντα είναι πιο ευάλωτα σε σεξουαλικές κακοποιήσεις είναι δύο. Πρώτον, τα συγκεκριμένα παιδιά λαμβάνουν ελλιπή επίβλεψη όταν βρίσκονται εκτός σπιτιού και δεύτερον, τέτοιου είδους παιδιά έχουν σημαντικότερη ανάγκη για προσοχή και ανάπτυξη δεσμού με κάποιον, κάτι που τα κάνει πιο ευάλωτα μπροστά σε έξω-οικογενειακούς δράστες που προσφέρουν αυτό ακριβώς που έχουν ανάγκη (Finkelhor και συν., 1990).

Εκτός όμως από το δυστυχές οικογενειακό πλαίσιο υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες επικινδυνότητας για σεξουαλική κακοποίηση, όπως η απουσία φυσικού γονέα, πιθανώς η περιοχή, και η ανεπαρκής σεξουαλική παιδεία. Σχετικά με το πρώτο, η έρευνα του Finkelhor και συν. (1990), σημείωσε εξαιρετικά μεγαλύτερα ποσοστά θυματοποίησης-εντός ή εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος- κοριτσιών που μεγάλωσαν μόνο με τον πατέρα τους ή με δύο θετούς γονείς. Για τα αγόρια, μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρήθηκαν όταν αυτά διαβίωναν μόνο με τη μητέρα τους ή με δύο θετούς γονείς. Πάντως η παρουσία θετού πατέρα φαίνεται να αυξάνει το ρίσκο για σεξουαλική κακοποίηση μόνο για τα κορίτσια, αφήνοντας τα αγόρια ανεπηρέαστα (Finkelhor και συν., 1990).

Αναφορικά με την περιοχή, οι ίδιοι ερευνητές παρατήρησαν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης σε περιοχές του Ειρηνικού (Καλιφόρνια, Όρεγκον, Αλάσκα, Χαβάη, Ουάσινγκτον). Οι πιθανές εξηγήσεις των εν λόγω ερευνητών είναι τρεις. Πρώτον, για τους ανθρώπους της Δύσης είναι πιο εύκολο να αποκαλύψουν το γεγονός της σεξουαλικής κακοποίησης λόγω της καλύτερης ενημέρωσης που υπάρχει στις δυτικές κοινωνίες σχετικά με τα θέματα της σεξουαλικότητας. Δεύτερον, είναι πιθανό στο δυτικό κόσμο το φαινόμενο της σεξουαλικής κακοποίησης να είναι πιο σύνηθες και τέλος, οι ερευνητές πιθανολογούν πως άτομα που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση να θέλουν να ξεφύγουν από το περιβάλλον στο οποίο συνέβη και να εγκαταστάθηκαν στη Δύση. Έτσι δεν έχει καταστεί ακόμα σαφές, αν η περιοχή αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για σεξουαλική κακοποίηση (Finkelhor και συν., 1990).

Τέλος, η ανεπαρκής σεξουαλική παιδεία αναπτύσσει στα παιδιά το αίσθημα της περιέργειας σε σχετικά ζητήματα, καθιστώντας τα πιο ευάλωτα στη χειραγώγηση από τους δράστες. Στην προκειμένη περίπτωση όμως, η λογική μπορεί να αντιστραφεί, σύμφωνα με τους ερευνητές, οι οποίοι υποστηρίζουν πως τα θύματα θα ισχυριστούν ανεπαρκή εκπαίδευση σε σεξουαλικά ζητήματα, στην προσπάθειά τους να αποποιηθούν τον τίτλο του θύματος (Finkelhor και συν., 1990).

Όσον αφορά τους δράστες, πάνω από το 90% αποτελούν άτομα από το οικείο περιβάλλον, όπως μέλη της οικογένειας, οικογενειακοί φίλοι, γείτονες, επαγγελματίες που συνεργάζονται με παιδιά, κλπ. (Πρεκατέ, 2008). Είναι συνήθως υπεύθυνοι για το παιδί, έχουν δύναμη πάνω σε αυτό και πολύ συχνά υπάρχει το αίσθημα της εμπιστοσύνης στη μεταξύ τους σχέση (Martins, et al., 2011). Στους συχνότερους θύτες συγκαταλέγονται οι πατέρες/πατριόι και οι μεγάλοι αδερφοί (Πρεκατέ, 2008), γεγονός που επιβεβαιώνει πως η αιμομιξία λαμβάνει τη μεγαλύτερη συχνότητα, ανάμεσα στα είδη της σεξουαλικής κακοποίησης (Κουτσελίνης, 1991). Όταν μάλιστα υπάρχει σεξουαλική σχέση μεταξύ πατέρα και κόρης, είναι πιο πιθανό αυτή να επαναληφθεί και από μια έμμεση σεξουαλική κακοποίηση (χωρίς επαφή) να πάρει μια πιο κακοποιητική μορφή (επαφή ή και σωματική βία) (Kuyken, 1995).

Πάντως, δεδομένο, στο οποίο συγκλίνουν οι περισσότερες έρευνες, αποτελεί το γεγονός ότι οι άντρες κατέχουν συχνότερα το ρόλο του θύτη (Bishop, et al., 2014. Πρεκατέ, 2008).

Έγκλειστοι θύτες αναφέρουν πως ψάχνουν παιδιά εύκολα στην χειραγωγή τους, διαθέσιμα και με θελκτικά σωματικά προσόντα. Τέτοια παιδιά βρίσκονται συνήθως σε μονογονεϊκές οικογένειες, είναι συνήθως μόνα τους ή μοναχικά και εντοπίζονται από τους θύτες σε παιδικές χαρές, σε οικογενειακές συνάξεις και γενικότερα σε περιβάλλοντα κοντά στο σπίτι τους (Johnson C. F., 2004).

Ένα επίσης ενδιαφέρον στατιστικό δεδομένο αποτελεί η κακοποίηση από δράστες που είναι αλκοολικοί και υπολογίζεται ότι καταλαμβάνουν το 54% όλων των περιπτώσεων. Οι Αμερικάνοι μάλιστα υποστηρίζουν πως το πρώτο πράγμα που πρέπει να διερευνηθεί από πραγματογνώμονες σε περίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης είναι το ψυγείο και το κατά πόσο αυτό περιέχει αλκοολούχα ποτά (Κουτσελίνης, 1991)!

Συμπερασματικά, ο ορισμός της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης έχει δεχθεί αρκετές αλλαγές προκειμένου να συμπεριλάβει όλους αυτούς τους παράγοντες που θα χαρακτηρίζουν μια πράξη ως απόπειρα ή ενέργεια σεξουαλικής παραβίασης. Στη σύγχρονη εποχή σεξουαλική παραβίαση μπορεί να θεωρηθεί και αυτή που πραγματοποιείται από ομήλικο, αποκλείοντας τους ηλικιακούς περιορισμούς στο ορισμό. Στα θύματα πιο συχνά συγκαταλέγονται τα κορίτσια, ενώ στους θύτες οι άντρες και κυρίως οι άντρες του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η αιμομιξία ως το πιο συχνό είδος σεξουαλικής κακοποίησης προβληματίζει. Οι συνέπειες στο θύμα είναι τόσο σωματικές, όσο και ψυχολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές και είναι δυνατό να το ταλανίζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και στην μετέπειτα ενήλικη ζωή. Στο επόμενο κεφάλαιο περιγράφονται εκτενώς οι βασικότερες τραυματικές συνέπειες, καθώς και οι δυναμικές του τραύματος της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

2.1. Χαρακτηριστικά και δυναμικές του τραύματος

Η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί αναμφίβολα ένα βαρύνουσα σημασίας τραυματικό γεγονός, το οποίο αφήνει το στίγμα του σε πολλές πτυχές της ανθρώπινης ανάπτυξης και λειτουργικότητας.

Το σεξουαλικά κακοποιημένο άτομο φέρει βαρέως για μεγάλο χρονικό διάστημα και ίσως καθόλη τη διάρκεια της ζωής του, συνέπειες σχετικές με ψυχικές διαδικασίες που αφορούν τον ορισμό, τη ρύθμιση και τη συγκρότηση πτυχών του εαυτού (Luo, 1998). Τον τραυματικό αυτό αντίκτυπο εξετάζουν οι τέσσερις δυναμικές του τραύματος, οι οποίες προτάθηκαν από τους Finkelhor and Browne (όπως αναφέρεται στον Luo, 1998) και είναι α) η τραυματισμένη σεξουαλικότητα, β) η προδοσία, γ) η αποδυνάμωση και δ) ο στιγματισμός. Αυτές οι δυναμικές είναι υπεύθυνες για τη δημιουργία του τραύματος, το οποίο εκφράζεται με διαταραγμένη αντίληψη του εαυτού, του κόσμου και διαταραγμένες συναισθηματικές ικανότητες. Κάθε δυναμική φυσικά φέρει τις δικές της ψυχολογικές και συμπεριφοριστικές συνέπειες (Luo, 1998).

Πιο συγκεκριμένα, η τραυματισμένη σεξουαλικότητα οδηγεί στην ανάπτυξη ακατάλληλων και δυσλειτουργικών σεξουαλικών συναισθημάτων και συμπεριφορών στα πλαίσια των διαπροσωπικών σχέσεων (Luo, 1998), καθώς και σε προβληματισμό σχετικά με τη σεξουαλική ταυτότητα, όπως αναφέρει ο Scott (όπως αναφέρεται στους Cermak & Molidor, 1996).

Το αίσθημα της προδοσίας έρχεται σαν αποτέλεσμα της συνειδητοποίησης του θύματος, ότι ένα άτομο από το οποίο εξαρτιόνταν άμεσα, του προκάλεσε κακό. Αυτό το αίσθημα βέβαια δεν προκύπτει αποκλειστικά και μόνο από τον θύτη, αλλά και από άλλα μέλη της οικογένειας, τα οποία είτε αδυνατούν να βοηθήσουν και να πιστέψουν τα θύματα, είτε έχουν αλλάξει τη συμπεριφορά τους απέναντι σε αυτά, ύστερα από την αποκάλυψη (Luo, 1998).

Η αποδυνάμωση προκύπτει από τη συνεχή σύγκρουση των επιθυμιών, της βούλησης και της αίσθησης της αυτό-αποτελεσματικότητας (Luo, 1998). Το θύμα

αισθάνεται ευάλωτο, αδύναμο και αβοήθητο, αναφέρει ο Scott αναλύοντας τις δυναμικές του τραύματος (όπως αναφέρεται στους Cermak & Molidor, 1996).

Τέλος, ο στιγματισμός ορίζεται μέσα από τους αρνητικούς συνειρμούς που προκύπτουν από την σεξουαλική κακοποίηση, όπως ντροπή, ενοχή, ανάρμοστη συμπεριφορά, οι οποίοι μακροπρόθεσμα εντάσσονται στην αυτό-εικόνα του θύματος (Luo, 1998). Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Scott (όπως αναφέρεται στους Cermak & Molidor, 1996) η ντροπή και η αποσιώπηση του γεγονότος καταλήγει σε απομόνωση και κατάθλιψη. Παρακάτω αναλύονται εκτενώς καθεμία από αυτές:

1) Τραυματισμένη σεξουαλικότητα

Η διαταραγμένη σεξουαλικότητα αποτελεί ένα από τα πιο συχνά αποτελέσματα της πρώιμης και ακατάλληλης ανάμειξης του παιδιού σε σεξουαλικές πράξεις. Η τραυματική εμπειρία αυτών των πράξεων παρεμβαίνει στην φυσιολογική σεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού, το οποίο εκδηλώνει ακατάλληλη σεξουαλική συμπεριφορά και δυσλειτουργική εν γένει συμπεριφορά (Matorin & Lynn, 1998).

Σύμφωνα με τον Finkelhor (όπως αναφέρεται στους Matorin και Lynn, 1998), υπάρχουν ορισμένες διαδικασίες που προηγούνται της ανάπτυξης της διαταραγμένης σεξουαλικότητας: Αρχικά, τα παιδιά συχνά δέχονται επιδοκιμαστικά σχόλια από τους δράστες για τη σεξουαλική συμπεριφορά που εξωτερικεύουν, η οποία όμως είναι ανάρμοστη για την ηλικία τους. Στη συνέχεια, λόγω των επιβραβεύσεων αυτών, τα παιδιά μαθαίνουν σταδιακά να χρησιμοποιούν την ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά, με έναν τρόπο χειριστικό προς τους άλλους, έτσι ώστε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους (Matorin & Lynn, 1998. Meston, Heiman, & Trapnell, 2010). Με αυτόν τον τρόπο, αποκτούν τελικώς λανθασμένη αντίληψη για τη σεξουαλική συμπεριφορά και ηθική. Διαστρεβλωμένη σημασία και ερμηνεία δίνεται επίσης και στο σώμα ή τμήματα αυτού, λόγω της προσοχής που λαμβάνουν και είναι πιθανό να αποκτήσουν φετιχιστικό χαρακτήρα. Συμπληρωματικά, και σύμφωνα πάλι με τον Finkelhor, η σεξουαλικότητα τραυματίζεται όταν δυσάρεστες και τρομακτικές αναμνήσεις συνδέονται με τη σεξουαλική δραστηριότητα του ατόμου ως ενήλικας (Matorin & Lynn, 1998).

Πιο αναλυτικά και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Luo (1998) στην Κίνα, ο ψυχικός αντίκτυπος σχετικά με την τραυματισμένη σεξουαλικότητα εκφράστηκε

στους συμμετέχοντες-που απαρτίζονταν μόνο από κορίτσια- με εμφανώς αυξημένα σεξουαλικά ζητήματα, σύγχυση της σεξουαλικής ταυτότητας και απέχθεια για σεξουαλική συνεύρεση ή αντιθέτως, αυξημένες σεξουαλικές επαφές. Σε συμπεριφοριστικό επίπεδο η έρευνα έδειξε πως οι συνεντευξιζούσες, τείνουν στην εμπλοκή σεξουαλικών εμπειριών, είτε με μανία, είτε καταναγκαστικά. Σε μερικές από αυτές εμφανίστηκε επίσης μια ροπή προς την ανηθικότητα, την πορνεία, τη σεξουαλική δυσλειτουργία και κάποιες έτειναν να αποφεύγουν ή να εκδηλώνουν φοβικές αντιδράσεις απέναντι στην ετεροφυλοφιλική σεξουαλική συνεύρεση (Luo, 1998).

Ενδιαφέρον και χαρακτηριστικό παράδειγμα σύγχυσης της σεξουαλικής ταυτότητας αποτελεί η περίπτωση μιας έφηβης, η οποία υιοθέτησε έναν ουδέτερο τρόπο ενδυμασίας και ανέπτυξε εντονότερα συναισθήματα προς τις γυναίκες. Μεγαλώνοντας συνειδητοποίησε πως δεν ένιωθε άνετα με το αντίθετο φύλο, πόσο μάλλον να συνάψει σεξουαλικές σχέσεις με αυτό. Τελικά, στράφηκε στην ομοφυλοφιλία, καθώς ένιωσε πως μέσα από αυτήν εκφράζεται πιο αληθινά (Luo, 1998).

Μια άλλη μαθήτρια, αφού κακοποιήθηκε από το σύντροφο της μητέρας της, άλλαξε εντελώς τον τρόπο ζωής της, κοιμόταν κατά τη διάρκεια της μέρας και τις νυχτερινές ώρες πραγματοποιούσε εξόδους κατά τις οποίες προσέφερε σεξουαλική επαφή σε άγνωστους άντρες, ακόμα και σε δημόσιους χώρους (Luo, 1998).

Εν γένει, στις περισσότερες συχνές συνέπειες- αντιδράσεις ύστερα από σεξουαλική κακοποίηση και πάντα σχετικά με τον παράγοντα της τραυματισμένης σεξουαλικής συμπεριφοράς, συγκαταλέγονται η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αίσθημα της υποτίμησης του εαυτού σε ετεροφυλοφιλικές συνενεύσεις ή και απουσία σεξουαλικής συνενεύσεως με το αντίθετο φύλο, λόγω της αμφισβήτησης της αξίας του και της ελκυστικότητάς του. Επιπρόσθετα, η αίσθηση των κοριτσιών ότι είναι διαφορετικές, μη ολοκληρωμένες συγκριτικά με της ομήλικές τους, λόγω του ότι δεν είναι πλέον παρθένες, έρχεται να επιβαρύνει τον ψυχισμό τους (Luo, 1998). Εκφράζουν επίσης, ανησυχία για το μέλλον τους και το γάμο τους, ενώ παράλληλα μερικές μπορεί να εκδηλώνουν ανήθικες σκέψεις ή συμπεριφορές, σχετικά με την σεξουαλική δραστηριότητα. Για παράδειγμα μια δεκαεπτάχρονη εξέφρασε ανησυχία για τις εμμονικές της σεξουαλικές συμπεριφορές και ταυτόχρονα άγχος πως ο μελλοντικός της σύζυγος δε θα πιστέψει την ιστορία της (Luo, 1998). Τέλος, σχετικά με τους λόγους που μερικά κορίτσια οδηγήθηκαν στην πορνεία

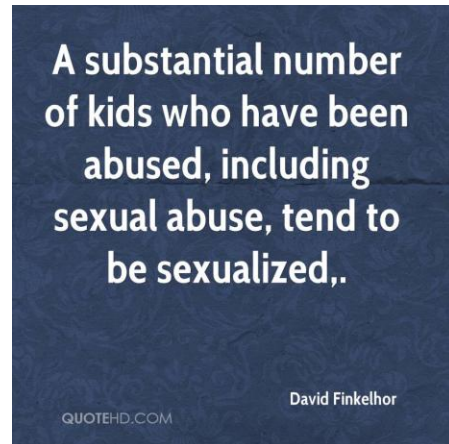
αναφέρεται, πως πρώτον τα θύματα τιμωρήθηκαν από την οικογένεια τους και δεύτερον τα ίδια εγκατέλειψαν την οικογένειά τους οικειοθελώς, καθώς δεν έτυχαν υποστήριξης (Luo, 1998).

Το πολιτισμικό υπόβαθρο έρχεται για άλλη μια φορά να καταδείξει τη σημαντικότητά του στο βαθμό που ένα τραυματικό γεγονός θα επηρεάσει την ψυχολογική πορεία του ατόμου. Στην Κίνα για παράδειγμα, η ανησυχία που προκύπτει από το γεγονός της απουσίας της παρθενιάς είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτήν που θα προέκυπτε στην Ελλάδα. Οι πολιτισμικές αξίες διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην ερμηνεία της σεξουαλικής κακοποίησης και είναι αυτή η ερμηνεία που θα καθορίσει την πορεία του ατόμου προς την επούλωση των πληγών.

Η έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, όπως προαναφέρθηκε, εμφανίζεται ως έκφανση της τραυματισμένης σεξουαλικότητας και ως συνέπεια της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, εύρημα το οποίο έχει υποστηριχθεί από τη θεωρία των Finkelhor και Brown, καθώς και από άλλες μελέτες (Senn, Carey, & Coury-Doniger, 2011. Matorin & Lynn, 1998). Οι Meston και συν. (2010) συνδέουν την σεξουαλική κακοποίηση ανηλίκων με περισσότερες σεξουαλικές συμπεριφορές, στις οποίες περιλαμβάνεται ο αυνανισμός, οι φαντασιώσεις και μεγαλύτερες πιθανότητες εμπλοκής σε λιγότερο περιοριστικές σεξουαλικές συμπεριφορές.

Οι Senn και συν. (2011), μέσα από την έρευνά τους έδειξαν πως οι γυναίκες που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά στην παιδική τους ηλικία, χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη σεξουαλική συνεύρεση για την έναρξη και διατήρηση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, ενώ σημειώνονται περισσότερες σκέψεις για το σεξ και εντονότερη αποδυνάμωση· η μια από τις τέσσερις δυναμικές του τραύματος που θα αναλυθεί παρακάτω. Σύμφωνα με τους παραπάνω ερευνητές η ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά είναι συχνό αποτέλεσμα σεξουαλικής κακοποίησης και μπορεί να ερμηνευτεί πρώτον, από τη θεωρία των Finkelhor και Brown, δεύτερον από τη συναισθηματική απορρύθμιση που δυσκολεύει την αντίσταση στην παρορμητικότητα, γεγονός που οδηγεί στην αναζήτηση πολλών συντρόφων και τρίτον, από τους διαταραγμένους συναισθηματικούς δεσμούς που δυσκολεύουν το σχηματισμό και τη διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων, κάτι που οδηγεί στη ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (Senn και συν., 2011).

Το ενδιαφέρον εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης είναι τα μειωμένα ποσοστά σεξουαλικής ενοχής που δηλώθηκαν και η περισσότερη εμπιστοσύνη προς τους συντρόφους, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με το κλασικό μοτίβο περί έλλειψης εμπιστοσύνης και επιδείξεων ενοχής που σημειώνονται στον περισσότερο κακοποιημένο πληθυσμό. Οι ερευνητές εξηγούν το εν λόγω εύρημα ως αδυναμία των γυναικών να προσδιορίσουν αν και ποιόν εμπιστεύονται (Senn και συν., 2011).



Ενδιαφέρουσα πληροφορία αποτελεί αυτή των Cosentino και συν., (όπως αναφέρεται στους McClellan, et al., 1996), οι οποίοι βρήκαν πως η σεξουαλική κακοποίηση κοριτσιών από τους πατέρες ή πατριούς τους, που μάλιστα περιλαμβάνει διείσδυση, σχετίζεται με πιο ακραίες μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή. Έδειξαν επίσης πως σεξουαλικές κακοποιήσεις που συνοδεύονται από σωματική βία και συνέβησαν κατ'επανάληψη, σχετίζονται με σεξουαλική επιθετικότητα στην μετέπειτα ενήλικη ζωή (McClellan, και συν., 1996).

Φαίνεται βέβαια πως η ακραία σεξουαλική συμπεριφορά αποτελεί βραχυπρόθεσμη συνέπεια της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου (Kinzi, Traweger, & Biebl, 1995).

Οι Kinzi και συν. (1995) βρήκαν συσχέτιση πολλαπλών κακοποιήσεων και σεξουαλικών διαταραχών. Συγκεκριμένα γυναίκες που κακοποιήθηκαν περισσότερο από μία φορές στην παιδική τους ηλικία, εμφάνισαν αργότερα διαταραχές διέγερσης/επιθυμίας και οργασμού σε μεγαλύτερη συχνότητα από γυναίκες που κακοποιήθηκαν μια φορά ή καθόλου. Οι εν λόγω γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με προβλήματα συνεύρεσης, αισθήματα ντροπής, ενοχής άγχους ή αηδίας και προβλήματα σεξουαλικής ικανοποίησης. Παρόλη όμως την απέχθεια προς τους άντρες και εν γένει τη σεξουαλικότητα, πολλές γυναίκες με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, εμμένουν σε μια σχέση χωρίς να το απολαμβάνουν (Kinzi και συν., 1995).

Η ηλικία είναι άλλη μια μεταβλητή που φαίνεται να σχετίζεται με το βαθμό ανάπτυξης ανάρμοστων σεξουαλικών συνηθειών. Συγκεκριμένα, τα παιδιά που

κακοποιήθηκαν σε μικρότερη ηλικία, εμφάνισαν σε μεγαλύτερο βαθμό ακατάλληλες σεξουαλικές συμπεριφορές, συγκριτικά με τα παιδιά που κακοποιήθηκαν μεταγενέστερα (McClellan, και συν., 1996).

Συμπερασματικά, μια σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να φέρει ποικίλες συνέπειες στη σεξουαλικότητα του θύματος. Μπορεί να «ξυπνήσει» σεξουαλική περιέργεια που με την πάροδο του χρόνου να καταλήξει σε πιο «ανοιχτές» σεξουαλικές εμπειρίες (Meston, Heiman, & Trapnell, 2010) ή αντιθέτως να οδηγήσει σε αποφυγή της σεξουαλικής συνεύρεσης ή ακόμα χειρότερα σε απέχθεια προς κάθε είδους σεξουαλική συμπεριφορά. Συνέπειες που απορρέουν εύλογα από ένα τόσο τραυματικό γεγονός από το οποίο προκύπτουν ανησυχητικές συνδέσεις συναισθημάτων και σεξουαλικών συμπεριφορών. Η σεξουαλικότητα του ατόμου μέσα από την εμπειρία της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης διαμορφώνεται με έναν τρόπο που φέρει σύγχυση και λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με αυτήν.

2) Προδοσία

Η προδοσία είναι μία από τις δυναμικές του τραύματος, σύμφωνα με τη θεωρία των Finkelhor και Brown, που εμφανίζεται στην περίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης. Συγκεκριμένα, οι πιο συνηθισμένες αντιδράσεις που εκφράζουν τα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης είναι ο θρήνος, η κατάθλιψη, ο θυμός, η εχθρότητα, η ακραία εξάρτηση από άλλα άτομα, η διαταραγμένη ικανότητα να κρίνουν ποιος είναι άξιος εμπιστοσύνης, η παντελής έλλειψη εμπιστοσύνης και μάλιστα προς το φύλο στο οποίο ανήκει ο δράστης (Luo, 1998).

Οι κύριες συμπεριφοριστικές ενδείξεις των συνεπειών της προδοσίας αποτελούν στην έρευνα του Luo (1998), η εξάρτηση, η απομόνωση, η ευαλωτότητα σε επακόλουθες κακοποιήσεις και εκμετάλλευση, επιθετική συμπεριφορά και δυσφορία κατά τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων.

Φαίνεται πως η απέχθεια προς το αντίθετο φύλο είναι κοινό χαρακτηριστικό των γυναικών που έδωσαν συνέντευξη στην έρευνα του Luo (1998). Από μερικές συνεντευξιάζουσες δε, τα αρνητικά συναισθήματα επεκτάθηκαν και προς τη μητέρα. Οι δηλώσεις αυτές προέρχονταν από γυναίκες που η περίπτωση τους αφορούσε αιμομικτική κακοποίηση ή κακοποίηση που διαπράχθηκε από πατριό ή σύντροφο της μητέρας.

Για παράδειγμα, μια δεκαεπτάχρονη που κακοποιήθηκε από τον σύντροφο της μητέρας της εξέφρασε συναισθήματα μίσους και θυμού προς την τελευταία δηλώνοντας χαρακτηριστικά πως δε θα τη συγχωρήσει ποτέ. Άλλη μια δεκαεπτάχρονη που βιαζόταν από τον πατέρα της επί δέκα ολόκληρα χρόνια εκδήλωσε μίσος προς αυτόν, αλλά και συναισθήματα απογοήτευσης προς τη μητέρα και τη θεία της, οι οποίες όχι μόνο δεν υπήρξαν υποστηρικτικές, αλλά δε βοήθησαν ποτέ έτσι ώστε να διακοπεί αυτή η απεχθής αιμομικτική σχέση (Luo, 1998).

Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του Luo (1998), όλες οι ανήλικες που κακοποιήθηκαν από τους πατέρες τους, βιώνουν συναισθήματα μίσους και απογοήτευσης σχετικά με την πατρική αγάπη, αλλά και εν γένει προς όλους τους άντρες. Μια δεκατριάχρονη μάλιστα δήλωσε πως δε θέλει να συνάψει ξανά σεξουαλικές σχέσεις με άντρα. Ένα άλλο κορίτσι που απήχθη και βιάστηκε από άγνωστο δράστη σε ηλικία οχτώ χρόνων, εκδήλωσε επιθετική συμπεριφορά προς τον αδερφό της κλωτσώντας τον στη γεννητική του περιοχή και αναρωτιόνταν γιατί δεν επενέβη ο πατέρας της για να τη σώσει (Luo, 1998). Μια φοιτήτρια που κακοποιήθηκε στην παιδική της ηλικία, εκδήλωσε αμφιθυμική συμπεριφορά προς τους άντρες εν γένει. Από τη μία δεν εμπιστεύονταν κανένα, καθώς αισθάνονταν ότι θέλουν να την εκμεταλλευτούν και από την άλλη εξέφρασε έντονη επιθυμία για σεξουαλική συνεύρεση με αυτούς (Luo, 1998).

Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση από τους κοινωνικούς λειτουργούς της έρευνας, αποτέλεσε η τάση μερικών θυμάτων αιμομικτικής κακοποίησης να εκδηλώνουν περισσότερο θυμό προς τις μητέρες παρά προς στους πατέρες-θύτες. Τα θύματα αυτά κατηγορούν τη μητέρα για εγκατάλειψη της οικογένειας και αποξένωσης της ίδιας από τον πατέρα και θεωρούν πως αυτοί είναι οι λόγοι που οδήγησαν στην κακοποίησή τους. Ο θυμός προς τον πατέρα ήταν αμυδρός και συνήθως αμφιταλαντεύονταν στην ιδέα του αν πρέπει να επιβληθεί τιμωρία στον πατέρα (Luo, 1998).

Ένα δεύτερο ενδιαφέρον στοιχείο που προέκυψε από την εν λόγω έρευνα, αφορούσε την ηλικία του θύματος όταν κακοποιούνταν, η οποία λειτουργεί ως βαρύνουσα σημασία παράγοντα για τις μετέπειτα συνέπειες στην ψυχική ανάπτυξη του ατόμου. Οι κοινωνικοί λειτουργοί παρατήρησαν πως τα μεγαλύτερα θύματα τείνουν να αποδίδουν την κακοποίησή τους σε εκδίκηση του πατέρα προς τη μητέρα, ενώ τα μικρότερα αποδίδουν συνήθως το γεγονός στο συναισθηματικό δεσμό που έχει αναπτυχθεί

ανάμεσα στον πατέρα και αυτά (Luo, 1998).

Εκτός από τα έντονα αρνητικά συναισθήματα, συνηθέστατη ένδειξη της ύπαρξης του αισθήματος της προδοσίας αποτελεί επίσης η εξάρτηση από άλλα πρόσωπα, όπως αυτό της μητέρας ή των φίλων. Γεννάται έτσι σταδιακά στα θύματα η ανάγκη για συναισθηματικό δεσμό, τον οποίο διεκδικούν με τη δημιουργία σχέσεων με άτομα ανεξαρτήτως φύλου. Οι προσπάθειές τους για ανάπτυξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων λειτουργούν ως τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους που βιώνουν σχετικά με το αν θα γίνουν αποδεκτά από τους άλλους είτε κοινωνικά, είτε σεξουαλικά (Luo, 1998).

Παρόλη όμως τη λαχτάρα αυτή για σύναψη φιλικών σχέσεων και δημιουργία συναισθηματικού δεσμού με σημαντικούς άλλους, οι επιζήσαντες μιας σεξουαλικής κακοποίησης, συχνά υιοθετούν μια καχύποπτη στάση έναντι άλλων. Αυτή η καχυποψία και η έλλειψη εμπιστοσύνης που έρχονται σαν αποτέλεσμα της αίσθησης της προδοσίας, λειτουργούν σα μηχανισμοί άμυνας των θυμάτων. Οι συνθήκες αυτές εύλογα δυσχεραίνουν τη συναναστροφή με τον περίγυρο κάνοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις περίπλοκες και δύσκολες. Έτσι, η προσαρμογή μετά το τραυματικό γεγονός της σεξουαλικής κακοποίησης στην οικογένεια και στο σχολείο εμφανίζει προβλήματα (Luo, 1998).

Η προδοσία λοιπόν συνδέεται άρρηκτα με την έλλειψη της εμπιστοσύνης, με την αδυναμία κρίσης ποιος είναι άξιος εμπιστοσύνης και ποιος όχι, με έντονα αρνητικά συναισθήματα, τόσο προς το θύτη, όσο και προς τα οικογενειακά πρόσωπα που δεν υπήρξαν υποστηρικτικά και τέλος με την εξάρτηση που εμφανίζεται ως ανάγκη για συναισθηματικό δεσμό με άλλους.

3) Αποδυνάμωση

Η αποδυνάμωση ως παράγοντας εμφάνισης του τραύματος αφορά μια γενικότερη αδυναμία σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Ανάμεσα στις επιπτώσεις της είναι ο φόβος, το άγχος, η έλλειψη της αίσθησης της αυτό-αποτελεσματικότητας, η αντίληψη του εαυτού ως θύμα και η ανάγκη εν τέλει για έλεγχο (Luo, 1998). Τα παραδείγματα γυναικών της έρευνας του Luo (1998) δείχνουν φόβο των θυμάτων για την προσωπική τους ασφάλεια, άγχος για δευτερογενή θυματοποίησή τους και αδυναμία προσαρμογής σε νέες καταστάσεις και περιβάλλοντα.

Συγκεκριμένα, ένα θύμα εξέφρασε φόβο για τη ζωή της, καθώς θεωρούσε πολύ πιθανό να δολοφονηθεί από το θύτη της, ως εκδίκηση στην αποκάλυψη της σεξουαλικής της κακοποίησης. Σημείωσε επίσης αποδυνάμωση ενδιαφέροντος για ασχολίες και ερεθίσματα που στο παρελθόν απολάμβανε, ενώ ενοχοποιούσε τόσο τον εαυτό της που υπήρξε ευάλωτη και απρόσεκτη, όσο και τη μητέρα της, η οποία μαζί με το θύτη ευθύνονταν για τις καταστρεπτικές συνέπειες που εκείνη βίωνε (Luo, 1998).

Μια άλλη συνεντευξιάρουσα εκδήλωσε φόβο για ερεθίσματα που θύμιζαν το γεγονός, όπως λόγου χάριν η περίπτωση της απαγωγής και βιασμού ενός οκτάχρονου κοριτσιού που φοβόταν να κοιμηθεί στο σκοτάδι, λόγω του ότι η κακοποίησή της έλαβε χώρα σε ένα σκοτεινό υπόγειο. Φοβόταν επίσης να μείνει μόνο του στο σπίτι αφότου απήχθη και τέλος φοβόταν ανάλογες σκηνές που προβάλλονταν στην τηλεόραση (Luo, 1998).

Μέσα από άλλες συνεντεύξεις εκφράστηκε σαφώς φόβος στην θέαση του ίδιου του θύτη, σκέψεις για αυτοκτονία ως λύση στον ψυχικό πόνο και φόβος για μια πιθανή εγκυμοσύνη. Μια γυναίκα μάλιστα ακόμα και δεκαέξι χρόνια μετά την κακοποίησή της σχηματίζει αρνητικές σκέψεις σχετικά με το ενδεχόμενο μιας εγκυμοσύνης. Δήλωσε αποφασιστικά πως δεν πρόκειται ποτέ να μείνει έγκυος (Luo, 1998). Άλλες δηλώσεις κοριτσιών δείχνουν ευαλωτότητα σε επιθετικές συμπεριφορές συμμαθητών και φόβο προς τους υπόλοιπους εφήβους λόγω αδυναμίας αντιμετώπισής τους σε μια πιθανή επίθεση. Σε μια άλλη περίπτωση δημιουργήθηκε έντονο μίσος προς τους άντρες λόγω της αντίληψης του εαυτού ως θύμα και ως ευάλωτο, ενώ η ακριβής αναβίωση του γεγονότος, όπως η διαδικασία και τα συναισθήματα εκείνης της στιγμής οδήγησαν το θύμα να υποσιάζεται πως πάσχει από σχιζοφρένεια (Luo, 1998) με αποτέλεσμα να μη μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Η αναβίωση της σεξουαλικής κακοποίησης, όπως θα φανεί στα επόμενα κεφάλαια, αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα της μετατραυματικής διαταραχής.

Συνοπτικά, σχετικά με τις ενδείξεις της αποδυνάμωσης παρατηρήθηκαν σωματικά ζητήματα, έντονες φοβίες, εφιάλτες, κατάθλιψη, τάσεις φυγής, προβλήματα στο σχολείο, ευαλωτότητα στη δευτερογενή θυματοποίηση και σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις διατροφικές διαταραχές, ζητήματα ύπνου και αυτοκτονικοί ιδεασμοί (Luo, 1998). Να σημειωθεί πως οι εφιάλτες μια συγκεκριμένης κοπέλας είχαν πρωταγωνιστή τον

πατέρα-θύτη, ο οποίος εμφανιζόταν με τη μορφή τέρατος και την κακοποιούσε (Luo, 1998). Οι εφιάλτες όπως θα αναφερθεί και παρακάτω αποτελούν συχνό σύμπτωμα της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής.

Η αποδυνάμωση πρόκειται λοιπόν για μια δυναμική του τραύματος που επηρεάζει όχι μόνο το ψυχικό και ψυχολογικό κομμάτι του θύματος, αλλά και το σωματικό με έναν πιο άμεσο τρόπο. Φαίνεται πως και οι προηγούμενες δυναμικές που έχουν περιγραφεί, είναι ικανές να επηρεάσουν τη σωματική υγεία, αλλά η αποδυνάμωση ίσως το κάνει πιο άμεσα, μιας και έγινε λόγος για διαταραχές ύπνου και πρόσληψης τροφής. Βέβαια, και οι τρεις δυναμικές του τραύματος είναι ικανές να προκαλέσουν ψυχικό πόνο, ο οποίος αναμφίβολα έχει άμεσο ή έμμεσο αντίκτυπο στο σώμα.

4) Στιγματισμός

Η τέταρτη και τελευταία δυναμική του τραύματος είναι ο στιγματισμός, ο οποίος εκφράζεται με ενοχές, ντροπή λόγω απώλειας της παρθενιάς, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθηση διαφοροποίησης από τον περίγυρο και αμηχανία. Η κοινωνική αποξένωση και η δυσκολία στη σύναψη και διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων είναι για άλλη μια φορά παρούσες (Luo, 1998). Χαρακτηριστικά παραδείγματα των συγκεκριμένων συνεπειών αποτελούν δηλώσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα του Luo (1998), με τις γυναίκες να αναφέρουν πως, είτε αποφεύγουν την ιατρική περίθαλψη λόγω της πιθανής αρνητικής αντιμετώπισης του προσωπικού της κλινικής, είτε θεωρούν τους εαυτούς τους «ανάξιες», «ακατάλληλες» και «βρώμικες». Ένα θύμα μάλιστα, υιοθετώντας την ιδέα του «βρώμικου» εαυτού, προέβη σε συνεχείς πλύσεις της γεννητικής της περιοχής μετά τη σεξουαλική της κακοποίηση. Μια συνεντευξιζόουσα επέρριπτε την ευθύνη πάνω της, καθώς επέτρεπε τη σεξουαλική κακοποίηση από τον πατέρα της, άλλη ένιωθε ένοχη λόγω της αδυναμίας της να συγκρατήσει τις σεξουαλικές της επιθυμίες, ενώ άλλη συμμετέχουσα αυτοχαρακτηρίστηκε ως «κακή γυναίκα». Ακραία περίπτωση αποτελεί αυτή μιας γυναίκας που απομονώθηκε πλήρως από τον περίγυρό της, κλειδώθηκε στο σπίτι της και αρνούνταν να δεχθεί ακόμα και ιατρό όταν ήταν άρρωστη. Γενικώς, η αποξένωση παρατηρήθηκε στα περισσότερα θύματα, ακόμα και μετά από πολλούς μήνες της σεξουαλικής τους κακοποίησης (Luo, 1998).

Η έρευνα του Luo (1998) στην Κίνα βασίστηκε σε συνεντεύξεις γυναικών θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης, οι δηλώσεις των οποίων δίνουν μια αντιπροσωπευτική εικόνα των συνεπειών ενός τέτοιου τραυματικού γεγονότος. Τα συμπτώματα σε ψυχολογικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και σωματικό επίπεδο, με τα οποία έρχονται αντιμέτωπες αυτές οι γυναίκες περιγράφουν με σαφή τρόπο τις τέσσερις δυναμικές του τραύματος.

Εν περιλήψει, η αποδυνάμωση σχετίζεται με την αίσθηση του αβοήθητου, από τον περιβάλλον και κυρίως από τον εαυτό και οδηγεί τα θύματα σε θυμό και απογοήτευση. Το αποτέλεσμα είναι να κατηγορούν τους εαυτούς τους για την χαμένη τους αθώτητα και να αυτοχαρακτηρίζονται ως «αδύναμες προσωπικότητες». Η προδοσία πηγάζει από την έλλειψη υποστήριξης του περιβάλλοντος των θυμάτων, κάτι το οποίο οδηγεί σε θυμό και σε έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους και ιδίως προς τους άντρες. Σαν λογική απόρροια επέρχεται η αποξένωση και η δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις, κάτι το οποίο προσπαθούν να αλλάξουν τα θύματα μεν, αναζητώντας τη δημιουργία δεσμού και φιλίας, αλλά με έναν καχύποπτο τρόπο. Όσον αφορά το στίγμα, τα θύματα, είτε θα εμφανίσουν αποστροφή για ετεροφυλική σεξουαλική επαφή, είτε θα οδηγηθούν στο άλλο άκρο εμφανίζοντας εμμονική ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα και αμφιβόλου ηθικής συμπεριφορές. Το συμπέρασμα πάντως που παρήχθη από την εν λόγω έρευνα φάνηκε να είναι πως το τραύμα που διατηρείται πιο έντονα είναι αυτό που προκύπτει κυρίως από τον στιγματισμό, καθώς είναι ικανό να διαταράξει την παιδική και εφηβική ανάπτυξη (Luo, 1998). Ένα εύλογο συμπέρασμα αν αναλογιστεί κανείς πως ο στιγματισμός επηρεάζει εντονότερα από κάθε άλλη δυναμική του τραύματος την εικόνα του εαυτού και κατ' επέκταση την κοινωνική ζωή ενός ατόμου, το οποίο δυσκολεύεται και μερικές φορές αρνείται να συνάψει ή διατηρήσει διαπροσωπικές σχέσεις, επειδή ακριβώς θεωρεί τον εαυτό του ένοχο, διαφορετικό, βρώμικο ή ανάξιο αγάπης.

Τέλος, είναι αναγκαίο να αναφερθεί πως η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη στην Κίνα όπου οι αντιλήψεις για τη σεξουαλικότητα διαφέρουν και κατά συνέπεια θα διαφέρει και η αντιμετώπιση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Για παράδειγμα, η ενοχή και η ντροπή που προκύπτει από την έλλειψη παρθενιάς ή ο προβληματισμός που προκύπτει για το μελλοντικό γάμο των θυμάτων, όπως έχει ήδη προαναφερθεί, είναι αντιλήψεις προερχόμενες από κοινωνικές και πολιτισμικές κατασκευές της κινέζικης κοινωνίας.

Πάντως, τα συμπτώματα αυτοϋποτίμησης, αυτοκαταστροφής, χαμηλής αυτοεκτίμησης, επαναθυματοποίησης, οι σεξουαλικές διαταραχές και οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις φαίνεται να απασχολούν τα θύματα, τόσο ανατολίτικης, όσο και δυτικής κουλτούρας. Παρά λοιπόν τις διαπολιτισμικές διαφορές φαίνεται να υπάρχουν κοινοί παράγοντες για τη δημιουργία τραύματος σε Ανατολή και Δύση (Luo, 1998).

2.2. Οι τραυματικές συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης

Ήδη μέσα από την ανάλυση των δυναμικών του τραύματος όπως προτάθηκαν από τους Finkelhor και Browne και μέσα από την παράθεση αναφορών θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης γίνεται αντιληπτό πως οι συνέπειες της τελευταίας είναι δραματικές και αφορούν πολλές πτυχές της ανθρώπινης λειτουργικότητας και ανάπτυξης.

Οι Martins και συν. (2011), συγκεντρώνοντας έρευνες από το 1990 μέχρι και το 2010, θέλησαν να μελετήσουν τις συνέπειες του στρες στην παιδική ηλικία και πιο συγκεκριμένα τι είδους ψυχοπαθολογία προκύπτει ανάλογα με την τραυματική εμπειρία που βιώθηκε. Διαπίστωσαν λοιπόν πως το πιο συχνά μελετημένο είδος κακοποίησης είναι αυτό της σεξουαλικής κακοποίησης που καταλαμβάνει το 36,25% των ερευνών. Κατέληξαν μάλιστα στο ότι, το άγχος κατά την παιδική ηλικία συνδέεται ως επί το πλείστον με αγχώδεις διαταραχές, με τις τελευταίες να αφορούν σχεδόν το 68% του πληθυσμού που βίωσε κάποια τραυματική εμπειρία.

Οι αρχικές συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης βασίζονται σε τουλάχιστον τρία στάδια σύμφωνα με τους Briere και Elliott (1994). Στο πρώτο στάδιο εμφανίζονται τα επώδυνα αρνητικά συναισθήματα, η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών, η διαταραχή της φυσιολογικής ψυχολογικής ανάπτυξης και φυσικά η θυματοποίηση συνοδευόμενη από μετατραυματικό στρες. Στο δεύτερο στάδιο ο ανήλικος συμβιβάζεται με τη συνεχή κακοποίηση, αναπτύσσοντας μηχανισμούς προκειμένου να αντιμετωπίσει τον πόνο ή /και να αυξήσει το αίσθημα της ασφάλειας, κατά τη διάρκεια της θυματοποίησης. Τέλος, οι πιο μακροπρόθεσμες συνέπειες αντανakλώνται στο σχηματισμό της προσωπικότητάς του και στην ψυχολογική του ανάπτυξη και βασίζονται στις αρχικές αντιδράσεις που είχε ο ανήλικος κατά την κακοποίησή του.

Οι Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor (όπως αναφέρεται στους Trembley, Hébert, & Piché, 2008) τονίζουν τρία σημαντικά ευρήματα σχετικά με τις συνέπειες της

σεξουαλικής κακοποίησης. Πρώτον, τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα προσαρμοστικότητας- είτε αυτά έχουν αντίκτυπο προς τον εαυτό (εσωτερικήυση), είτε προς το περιβάλλον (εξωτερικήυση)- συγκριτικά με τα μη κακοποιημένα παιδιά της ηλικίας τους. Δεύτερον, εμφανίζουν συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα που σχετίζονται με τη φύση της σεξουαλικής κακοποίησης, με τις οικογενειακές συνθήκες, καθώς και με την αντίδραση των γονέων ύστερα από την αποκάλυψη ή ανακάλυψη της σεξουαλικής κακοποίησης. Τρίτον, η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή και η ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά είναι από τις πιο συνήθεις ψυχιατρικές συνέπειες ανάμεσα στον πληθυσμό των παιδιών που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και για αυτόν το λόγο δίνεται περισσότερη βαρύτητα σε αυτές στην προκειμένη βιβλιογραφική έρευνα. Οι συνέπειες σχετικές με τη σεξουαλική συμπεριφορά έχουν ήδη αναλυθεί, ενώ η μετατραυματική διαταραχή ως απόρροια της σεξουαλικής κακοποίησης θα αναλυθεί στο τρίτο κεφάλαιο.

Παρακάτω αναφέρονται κάποιες από τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης σε ψυχικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, οι οποίες επηρεάζουν τη συγκρότηση της προσωπικότητας και βασίζονται κυρίως στο τρίτο στάδιο των συνεπειών, σύμφωνα με τη θεωρία των Briere και Elliott (1994) που προαναφέρθηκε.

Μια πρόσφατη λοιπόν έρευνα έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και ζητημάτων ψυχικής υγείας στην ενήλικη ζωή (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013). Συγκεκριμένα, μέχρι την ηλικία των 30 το 95,2% των συμμετεχόντων της έρευνας δήλωσαν τουλάχιστον ένα ζήτημα ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, αυτοκτονικοί ιδεασμοί, απόπειρα αυτοκτονίας, εξάρτηση από αλκοόλ ή και άλλες ουσίες, ή οποιοδήποτε άλλο ψυχολογικό πρόβλημα. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια τόσο για τις γυναίκες, όσο και για τους άντρες (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013). Σχετικά με την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών η Krahe (2000) αναφέρει πως πρόκειται για μια προσπάθεια του θύματος να εξαλείψει επίπονες αναμνήσεις της κακοποίησής του. Για την κατάθλιψη οι Finkelhor και συν. (όπως αναφέρεται στον Kuyken, 1995) αναφέρουν πως πρόκειται κυρίως για σύμπτωμα μιας κακοποίησης παρά ως διαταραχή όπως αυτή ορίζεται στο DSM. Πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης έχουν εμφανιστεί στα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, όπως λόγου χάριν οι διαταραχές του ύπνου, χωρίς απαραίτητα αυτά να συμπληρώνουν

την εικόνα της κατάθλιψης (Kuyken, 1995).

Βρέθηκε επίσης, ότι οι συμμετέχοντες της έρευνας που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία, εμφάνισαν μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή τους, μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης ριψοκίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, περισσότερες επισκέψεις σε νοσοκομεία ή ιατρούς για θέματα σωματικής υγείας και τέλος μεγαλύτερη εξάρτηση από δομές κοινωνικής πρόνοιας άντρες (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013).

Μια συνήθης συνέπεια της σεξουαλικής κακοποίησης στην ψυχολογία του ατόμου είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Krahe, 2000). Ο Herman (όπως αναφέρεται στον Kuyken, 1995) μέσα από την έρευνά του, αναφέρει πως άτομα που υπήρξαν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση στην ενήλικη ζωή και μάλιστα οι συμμετέχοντες της εν λόγω έρευνας αυτοχαρακτηρίστηκαν ως «βρώμικου», «κακού» και «ντροπιασμένοι».

Στις μακροπρόθεσμες συνέπειες συγκαταλέγονται και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (Krahe, 2000). Ο Waller (όπως αναφέρεται στον Kuyken, 1995) βρήκε συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων τύπων κακοποίησης (πριν την ηλικία των 14 χρόνων, ενδοοικογενειακή, βίαιη) και διαταραχών πρόσληψης τροφής (μεγάλες ποσότητες τροφής ή εξαιρετικά μικρές) και η Krahe (2000), αποδίδει τις τελευταίες (ανορεξία και βουλιμία) στη χαμηλή αυτοεκτίμηση που προέκυψε από τη τραυματική τους εμπειρία.

Τέλος, οι συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης έχουν αντίκτυπο και σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Ενήλικες συμμετέχοντες πρόσφατης έρευνας δήλωσαν πως εγκατέλειψαν το σχολείο, προσκολλήθηκαν σε δομές κοινωνικής πρόνοιας και ανέφεραν χαμηλό οικονομικό εισόδημα (Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013).

2.3. Παράγοντες που καθορίζουν το μέγεθος των τραυματικών συνεπειών

Λαμβάνοντας υπόψιν λοιπόν τα παραπάνω δεδομένα των ερευνών, γίνεται σαφές πως ο αντίκτυπος στην κοινωνική ζωή είναι άμεσος και ο τραυματισμός της ψυχής αδιαμφισβήτητος. Οι Cermak και Molidor (1996) μάλιστα αναφέρουν πως οι συνέπειες είναι πιθανό να ταλανίζουν το θύμα αρκετό καιρό, ακόμα και δεκαετίες μετά το συμβάν, ειδικά εάν αυτό δεν αποκαλυφθεί και αντιμετωπιστεί ποτέ. Η ένταση παρολαυτά του

τραύματος μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τους παράγοντες της εκάστοτε κακοποίησης, κάνοντας τις συνέπειες της τελευταίας να λαμβάνουν διαφορετική βαρύτητα σε κάθε περίπτωση.

Οι Easton, Coohey, O'leary, Zhang και Hua (2011) θέλησαν να διαπιστώσουν εάν και με ποιόν τρόπο τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής κακοποίησης επηρεάζουν την ψυχοσεξουαλική λειτουργία του θύματος, χωρίζοντας την τελευταία σε τρεις διαστάσεις: τη συναισθηματική, τη συμπεριφορική και την αποτιμητική. Η συναισθηματική ψυχοσεξουαλική διάσταση αφορά τα συναισθήματα φόβου και ενοχής που εμφανίζονται κατά τη σεξουαλική πράξη, Η συμπεριφορική σχετίζεται με προβλήματα κατά το άγγιγμα και με ζητήματα σεξουαλικής διέγερσης και τέλος η αποτιμητική διάσταση της ψυχοσεξουαλικής λειτουργίας ερμηνεύεται ως η ικανοποίηση εν γένει από τη σεξουαλική συνεύρεση (Easton και συν., 2011).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως υπάρχουν παράγοντες ικανοί να επηρεάσουν την δυναμική του τραύματος, όπως η ηλικία, η δριμύτητα, η αποκάλυψη και η σχέση με τον θύτη. Ξεκινώντας από τον παράγοντα της ηλικίας που συνέβη η κακοποίηση φάνηκε πως επηρεάζει τη συναισθηματική και την αποτιμητική πτυχή της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, καθώς τα παιδιά που κακοποιήθηκαν σε μεγαλύτερη ηλικία εκδήλωσαν τέσσερις φορές μεγαλύτερο φόβο για το σεξ, περισσότερες ενοχές και αίσθημα ανικανοποίητου κατά τη διάρκεια του σεξ. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας έχουν περισσότερη γνώση για τα σεξουαλικά ζητήματα και είναι ικανά να συνειδητοποιήσουν πως αυτό που βίωσαν αντιτίθεται στις κοινωνικές νόρμες. Αντιθέτως, τα μικρότερα παιδιά και ειδικά μεταξύ τριών και επτά χρόνων, δεν είναι ακόμα ικανά να καταλάβουν τον λειτουργικό και συσχετιστικό ρόλο των σεξουαλικών οργάνων και συνεπώς έχουν μικρότερη επίγνωση για τις σεξουαλικές συνέπειες συγκριτικά με τα παιδιά που κακοποιήθηκαν σε μεγαλύτερη ηλικία (Easton και συν., 2011). Τα τελευταία λοιπόν βιώνουν μεγαλύτερο στιγματισμό και συναισθήματα φόβου, ενοχής και προδοσίας, εύρημα το οποίο είναι σύμφωνο με αυτό των Finkelhor και Browne (όπως αναφέρεται στους Easton και συν., 2011). Άλλες έρευνες έρχονται σε αντίθεση με το παραπάνω εύρημα, καθώς έχει βρεθεί πως το πολύ νεαρό της ηλικίας του θύματος, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εκδήλωση ψυχιατρικών παθήσεων ύστερα από σεξουαλική κακοποίηση (Ackerman και συν., 1998. O'Leary, Coohey, & Easton, 2010).

Εν συνεχεία, ο παράγοντας της δριμύτητας, της σοβαρότητας δηλαδή της σεξουαλικής κακοποίησης, προσδιορίζεται ανάλογα με τη συχνότητα, τη διάρκεια της κακοποίησης, τον αριθμό των θυτών και την παρουσία σωματικού τραυματισμού ή μη.

Η διάρκεια της κακοποίησης και το αν αυτή συνέβη μία ή παραπάνω φορές φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με την εμφάνιση ψυχικών δυσλειτουργιών εν γένει στην ενήλικη ζωή (O'Leary και συν., 2010. Melville και συν., 2014). Η δριμύτητα εν γένει φάνηκε να επηρεάζει το συναισθηματικό και συμπεριφορικό κομμάτι της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Πράγματι, παιδιά που κακοποιήθηκαν από περισσότερους θύτες ανέπτυξαν σε μεγαλύτερο βαθμό συναισθήματα ενοχών, καθώς συνήθως ερμηνεύουν τον αριθμό των θυτών ως συγκατάθεση από την πλευρά τους για τη συνέχεια της κακοποίησης ακόμα κι αν γνωρίζουν πως είναι λάθος. Σε αυτές τις περιπτώσεις σημειώθηκε, αίσθημα προδοσίας, καθώς και ζητήματα που αφορούν το άγγιγμα και τη σεξουαλική διέγερση στην ενήλικη ζωή. Τα αποτελέσματα στην ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του θύματος όταν η κακοποίηση περιλαμβάνει σωματική βία είναι ίδια, καθώς το άτομο συνδέει από μικρή ηλικία τη σεξουαλική πράξη με πόνο (Easton και συν., 2011). Η παρουσία βέβαια σωματικής βίας και ο μεγαλύτερος αριθμός θυτών έχει σχετιστεί θετικά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας εν γένει στην ενήλικη ζωή (O'Leary και συν. 2010. Melville και συν., 2014), ενώ η κακοποίηση από περισσότερους θύτες έχει σχετιστεί με εμφάνιση χρόνιων σωματικών προβλημάτων (εξάρτηση από αλκοόλ και ουσίες, επιλοκές στον τοκετό, ζητήματα στο ανοσοποιητικό σύστημα και δερματικές παθήσεις) (Farley & Keaney, 1997).

Η σχέση με τον θύτη είναι ένας ακόμα παράγοντας που είναι ικανός να ενδυναμώσει το τραύμα. Ο Kuyken (1995) αναφέρει πως σε περιπτώσεις αιμομιξίας οι μακροπρόθεσμες συνέπειες είναι αξιοσημείωτα πιο σοβαρές από τις περιπτώσεις όπου ο θύτης δεν αποτελούσε οικογενειακό μέλος. Η σεξουαλική κακοποίηση από συγγενή και δη από γονέα πρόκειται για μια ακόμα πιο επίπονη τραυματική εμπειρία, καθώς το παιδί περιμένει προστασία και φροντίδα από τον πρώτο, συναισθήματα που όχι μόνο δε λαμβάνει, αλλά τη θέση τους λαμβάνουν συναισθήματα προδοσίας, σύγχυσης και εν τέλει πλήττονται οι συναισθηματικοί δεσμοί, η εμπιστοσύνη και η αυτό-αποτελεσματικότητα του. Να σημειωθεί επίσης ότι οι περιπτώσεις αιμομιξίας σχετίστηκαν τρεις φορές παραπάνω με προβλήματα κατά το άγγιγμα (O'Leary και συν.,

2010). Ύστερα από αιμομικτική κακοποίηση επέρχεται σύγχυση, φόβος και ανησυχία, καθώς το στοργικό χάδι αντικαθίσταται από χάδι σεξουαλικού, κακοποιητικού χαρακτήρα. Μελλοντικές σωματικές επαφές ερμηνεύονται στην ενήλικη ζωή ως ενέργειες με σκοπό τη σεξουαλική παρενόχληση, καθώς το άτομο αδυνατεί να διαχωρίσει το σεξουαλικό από το μη σεξουαλικό χάδι (Easton και συν., 2011)..

Η συναισθηματική λανθάνουσα μεταβλητή της ψυχοσεξουαλικής λειτουργίας επηρεάστηκε επίσης από τον παράγοντα της αποκάλυψης της σεξουαλικής κακοποίησης. Η αποκάλυψη πρόκειται για μια επίπονη διαδικασία που φέρει συναισθήματα προδοσίας και ντροπής, τα οποία ευθύνονται για τη δυσλειτουργία της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Στο επίπονο αυτής της διαδικασίας περιλαμβάνονται πολλές φορές μη υποστηρικτικές ή χειρότερα κατηγορικές απαντήσεις ύστερα από την αποκάλυψη, γεγονός που αυξάνει τα προαναφερθέντα αρνητικά συναισθήματα (Easton και συν., 2011. O'Leary και συν., 2010). Βρέθηκε μάλιστα πως τα μεγαλύτερα παιδιά που αποκαλύπτουν την κακοποίησή τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν αρνητική απόκριση, καθώς τα άτομα στα οποία την εκμυστηρεύονται μπορεί να τα θεωρήσουν εν μέρει ή εντελώς συνυπεύθυνα, λόγω του ότι θα μπορούσαν να αποφύγουν το γεγονός της κακοποίησής τους. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι όσοι συμμετέχοντες αποκάλυψαν την κακοποίησή τους και ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία όταν αυτή συνέβη, είχαν οκτώ φορές περισσότερες πιθανότητες να δηλώσουν προβλήματα με το άγγιγμα και 14 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν φόβο για το σεξ, συγκριτικά με τα νεαρότερα θύματα. Ντροπή, προδοσία και αποδυνάμωση παρατηρείται εν τέλει αν το άτομο στο οποίο αποκαλύφθηκε η κακοποίηση την «μαρτυρήσει» σε κάποιον άλλον (Easton και συν., 2011. O'Leary και συν., 2010).

Η αποκάλυψη της σεξουαλικής κακοποίησης εικάζεται ότι συνεισφέρει στη μείωση των αρνητικών συνεπειών της τελευταίας (Allagia & Kirschenbaum, όπως αναφέρεται στους O'Leary και συν. (2010). Οι τελευταίοι βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνάς τους, αναφέρουν πως ναι μεν, το άτομο δεν επωφελείται από την αποκάλυψη λόγω της μη βοηθητικής απόκρισης που προαναφέρθηκε, αλλά αν αυτή συζητηθεί κι όχι απλά αναφερθεί μέσα σε έναν χρόνο από το συμβάν, τότε εμφανίζονται λιγότερες συνέπειες στην ψυχική υγεία. Μια άλλη πρόσφατη έρευνα έδειξε συσχέτιση μεταξύ των πεποιθήσεων του γονέα στον οποίο γίνεται η εκμυστήρευση και το κατά πόσο το θύμα

νώθει υπεύθυνο για την κακοποίησή του. Συγκεκριμένα, μη υποστηρικτικές απαντήσεις φάνηκε να οδηγούν το θύμα στην πεποίθηση ότι εκείνο είναι υπεύθυνο για την κακοποίησή του (Melville και συν., 2014). Οι ερευνητές εικάζουν πως ερωτήσεις, όπως «Γιατί δε μου το είπες νωρίτερα;» είναι ικανές να δημιουργήσουν αυτήν την πεποίθηση. Περαιτέρω μάλιστα αποτελέσματα φανέρωσαν τη σημαντικότητα της πρώτης αντίδρασης του γονέα μετά την αποκάλυψη. Φάνηκε πως η πρώτη αντίδραση είναι καθοριστική για το αν τα παιδιά θα θεωρήσουν τον εαυτό τους υπεύθυνο, καθώς παιδιά που έλαβαν μια πρώτη μη βοηθητική απόκριση, αν και σταδιακά έλαβαν υποστήριξη και έγιναν πιστευτά από τον γονέα τους, εκδήλωσαν ενοχικά συναισθήματα (Melville και συν., 2014).

Σύμφωνα λοιπόν με όλα τα παραπάνω δεδομένα την παιδική σεξουαλική κακοποίηση ακολουθεί μια αλυσίδα συνεπειών, άμεσων ή έμμεσων, βραχυπρόθεσμων ή μακροπρόθεσμων, που είναι ικανές να επιμείνουν κατά την ενήλικη ζωή, αν δεν υπάρξει άμεση και ουσιαστική παρέμβαση. Με αφετηρία τις δυναμικές του τραύματος, το παιδί θύμα σεξουαλικής κακοποίησης εμφανίζει ψυχολογικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, οι οποίες με τη σειρά τους απορρέουν σε ψυχολογικές διαταραχές και κοινωνικές δυσκολίες, δημιουργώντας έτσι ένα άγονο έδαφος για τη συγκρότηση μιας υγιούς προσωπικότητας και κατ'επέκταση τη δημιουργία ποιοτικών διαπροσωπικών σχέσεων. Το παρακάτω σχεδιάγραμμα, βασισμένο στις τέσσερις δυναμικές του τραύματος, απεικονίζει συνοπτικά τις σημαντικότερες συνέπειες που ταλανίζουν το θύμα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της ζωής του.

**ΠΑΙΔΙΚΗ
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

**ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΗ
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ**

Ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά
Αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα ≠ αποφυγή
Διαστρεβλωμένη αντίληψη σεξουαλικότητας
Διαστρεβλωμένη αντίληψη σώματος
Σύγχυση σεξουαλικής ταυτότητας
Φόβος για σεξ
Πορνεία/ ανηθικότητα
Σεξουαλικές διαταραχές

ΠΡΟΔΟΣΙΑ

Έλλειψη εμπιστοσύνης/ αδυναμία κρίσης ποιος είναι άξιος εμπιστοσύνης
Θυμός
Θλίψη
Εξάρτηση από άλλα άτομα
Απομόνωση
Ευαλωτότητα
Απέχθεια
Απογοήτευση
Μίσος

ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ντροπή
Ενοχή
Αρνητική αυτό-εικόνα
Κοινωνική αποξένωση
Αίσθηση διαφοροποίησης από άλλους

ΑΠΟΔΥΝΑΜΩΣΗ

Χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα
Ευαλωτότητα
Αδυναμία
Αβοηθησία
Φόβος
Άγχος
Σωματικά ζητήματα
Τάσεις φυγής
Διαταραχές ύπνου και πρόσληψης τροφής
Αυτοκτονικοί ιδεασμοί

Χαμηλή αυτοεκτίμηση

Διαταραγμένοι συναισθηματικοί δεσμοί

Δυσκολία σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων

Ζητήματα ψυχικής υγείας

Όποια λοιπόν από τα παραπάνω αρνητικά συναισθήματα και διαταραχές εμφανιστούν ύστερα από την σεξουαλική κακοποίηση δυσχεραίνουν την σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων κατά την ενήλικη ζωή και αλλοιώνουν την ποιότητα των ήδη υπαρχόντων. Να σημειωθεί πως η εμφάνιση των συνεπειών διαφέρει σε αριθμό, είδος και ένταση από άτομο σε άτομο, γεγονός στο οποίο συνεισφέρουν οι παράγοντες που προαναφέρθηκαν. Στο επόμενο κεφάλαιο συζητείται μια από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες ψυχολογική διαταραχή ως αποτέλεσμα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, η αγχώδης μετατραυματική διαταραχή (ή διαταραχή μετατραυματικού στρες).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

3.1. Αγχώδης μετατραυματική διαταραχή: συμπτώματα και διαγνωστικά κριτήρια

Πληθώρα ερευνών έχει αναδείξει την παιδική σεξουαλική κακοποίηση ως σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής (Bishop et al., 2014. Briere & Elliott, 1994. Ackerman et al., 1998. Putnam, 2002. Krahe, 2000. Cutajar, και συν., 2010. Grassi-Oliveira & Milnitsky Stein, 2008). Φαίνεται λοιπόν πως ανάμεσα στις υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές που είναι δυνατό να προκύψουν ύστερα από τη γενετήσια παραβίαση, η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή έχει αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης, είτε ως άμεση, είτε ως μακροπρόθεσμη συνέπεια (Krahe, 2000). Η εν λόγω διαταραχή μάλιστα συναντάται ακόμα πιο συχνά σε περιπτώσεις όπου η σεξουαλική κακοποίηση συνδυαστεί με διαζύγιο των γονέων (Afifi, Boman, Fleisher, & Sareen, 2009). Είναι σημαντικό να αναφερθεί όμως, πως δεν υπάρχει απόλυτη βεβαιότητα για την εμφάνιση μετατραυματικών συμπτωμάτων ύστερα από τη γενετήσια παραβίαση (Briere & Elliott, 1994). Ο Horowitz (1996) γενικεύει αναφέροντας πως δεν φέρουν όλες οι τραυματικές εμπειρίες σαν αποτέλεσμα την μετατραυματική διαταραχή. Συνεπώς, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση δεν είναι αναγκαίος παράγοντας για την εμφάνιση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, αυξάνει όμως τις πιθανότητες ανάπτυξής της.

Αυτές οι πιθανότητες βασίζονται στο γεγονός ότι η μετατραυματική διαταραχή έρχεται σαν αποτέλεσμα βίωσης κάποιου τραυματικού γεγονότος (ή γεγονότων) που είναι επίπονο, τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά, όπως είναι και η παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Στη διάγνωσή της παίζουν σημαντικό ρόλο κάποια βασικά συμπτώματα, όπως α) η αναβίωση του τραυματικού γεγονότος με τη μορφή εφιαλτών και αρνητικών σκέψεων, β) η μειωμένη αντίδραση σε συγκεκριμένα γεγονότα, ή και η αποφυγή αυτών και γ) η υπερδιέγερση, οι διαταραχές ύπνου και η έλλειψη συγκέντρωσης (Briere & Elliott, 1994).

Πρώτον, η ανάκληση και ταυτόχρονα αναβίωση της σεξουαλικής κακοποίησης

γίνεται πολύ συχνά στα πλαίσια αφύπνισης των αισθητικών συστημάτων (οπτικό, ακουστικό, οσφρητικό, απτικό) δημιουργώντας έτσι την πεποίθηση στο άτομο, πως η κακοποίηση συμβαίνει σε παρόντα χρόνο και δεν αποτελεί μια παρελθοντική ανάμνηση (Briere & Elliott, 1994).

Τέτοιου είδους αναβιώσεις μπορούν να πυροδοτηθούν από σεξουαλικά ερεθίσματα-πράξεις, από ερεθίσματα των μέσων μαζικής ενημέρωσης σχετικά με βία ή σεξουαλικότητα, από αφηγήσεις άλλων ατόμων για προσωπικές σεξουαλικές εμπειρίες, καθώς και από κακοποιητική ή απότομη συμπεριφορά τρίτων προσώπων (Briere & Elliott, 1994).

Αναφορικά με τα συμπτώματα αναβίωσης ο Wolfe (όπως αναφέρεται στους Trembley et al., 2008) υποστηρίζει πως βοηθούν στην ερμηνεία του γεγονότος. Στα παιδιά πραγματοποιείται η κατανόηση του συμβάντος μέσω του τραυματικού παιχνιδιού και των εφιαλτών και γίνεται προσπάθεια ένταξης αυτού στα ήδη υπάρχοντα γνωστικά σχήματά τους.

Δεύτερον, η αποφυγή των ερεθισμάτων που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός, είναι η πιο συχνή ένδειξη της μετατραυματικής διαταραχής. Αποφεύγονται τα έντονα αρνητικά συναισθήματα και το στρες (Trembley et al., 2008), αποτελώντας ουσιαστικά άλλον έναν μηχανισμό άμυνας με στόχο την αντιμετώπιση της τραυματικής εμπειρίας που βιώθηκε.

Τα θύματα στην προσπάθειά τους να αποφύγουν τα δυσάρεστα συναισθήματα, διαχωρίζουν τον εαυτό τους από την εμπειρία και αρνούνται τα συναισθήματα ντροπής και θυμού · συμπεριφορές που τα καθιστούν πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη διασχιστικών διαταραχών (Krahe, 2000). Μια έρευνα έδειξε πως συμμετέχοντες που σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε κλίμακα που μετρούσε τη διασχιστική συμπεριφορά δήλωσαν στατιστικά σημαντικά περισσότερα συμπτώματα που παραπέμπουν στην αγχώδη μετατραυματική διαταραχή (Farley & Keaney, 1997). Η διασχιστική συμπεριφορά επηρεάζει τη συγκρότηση βασικών ψυχικών λειτουργιών όπως τη μνήμη, την ταυτότητα και τη συνείδηση και συνοδεύεται με επαναλαμβανόμενες έντονες σκέψεις και με αναβίωση του τραυματικού γεγονότος με τη μορφή αναμνήσεων. Πρόκειται για έναν αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού στην προσπάθειά του να αντιμετωπίζει την τραυματική κατάσταση και είναι ίσως ένα στοιχείο για την διάγνωση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής (Farley & Keaney, 1997).

Μάλιστα, έχει σημειωθεί μεγαλύτερη διασχιστική συμπεριφορά σε συμμετέχοντες των οποίων η έναρξη της σεξουαλικής τους κακοποίησης ήταν πρόωμη, περιελάμβανε τραυματισμό ή διείσδυση και συνοδευόταν από την πεποίθηση ότι οι ίδιοι ή κάποιος άλλος θα μπορούσε να σκοτωθεί. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά της κακοποίησης καθιστούν την κακοποίηση πιο σοβαρή και πυροδοτούν ψυχολογικές και βιολογικές αντιδράσεις έντονου άγχους. Με τη σειρά τους αυτές ενεργοποιούν υψηλά επίπεδα διάσχισης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής κακοποίησης, σε μια προσπάθεια των θυμάτων να αντιμετωπίσουν τα υψηλά επίπεδα άγχους (Johnson, Pike, & Chard, 2001). Οι Johnson Pike και Chard (2001) αναφέρουν πως ίσως τα χαρακτηριστικά της κακοποίησης μπορεί να σχετίζονται περισσότερο με τη διάσχιση που αναπτύσσεται την ίδια στιγμή της κακοποίησης και όχι τόσο με τη συμπτωματολογία που εμφανίζεται στην ενήλικη ζωή. Ουσιαστικά, η διάσχιση πρόκειται για μια αποφευκτική στρατηγική αντιμετώπισης του τραύματος της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Για αυτόν το λόγο, προστέθηκε ως βασικό σύμπτωμα στον αρχικό ορισμό της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής (Dayan, Rauchs, & Guillery-Girard, 2017)

Τα συμπτώματα υπερδιέγερσης οφείλονται πιθανώς σε νευρωνικές αλλαγές του εγκεφάλου, οι οποίες θα αναλυθούν στο τέταρτο κεφάλαιο.

Τελικώς, στα συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται επίσης οι έντονες, επαναλαμβανόμενες αρνητικές σκέψεις ή/και αναμνήσεις, με την ειδοποιό διαφορά από την αναβίωση, πως δεν υπάρχει διέγερση των αισθήσεων. Αυτές οι σκέψεις συνδέονται εύλογα με αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό, εξευτελισμό, έντονη θλίψη κ.ά., και προκαλούν την ανάκληση των συγκεκριμένων εμπειριών κακοποίησης, δημιουργώντας έναν φαύλο ψυχοφθόρο κύκλο (Briere & Elliott, 1994).

Αναλυτικότερα και πιο συγκεντρωτικά παρουσιάζονται παρακάτω τα διαγνωστικά κριτήρια της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, σύμφωνα με το DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Ανάμεσα σε αυτά που αφορούν ενήλικες εφήβους και παιδιά άνω των έξι ετών, αναφέρονται με τη μορφή σημειώσεων και τα κριτήρια που αφορούν τα παιδιά ηλικίας κάτω των έξι ετών.

A. Έκθεση σε πραγματικό θάνατο ή γεγονός απειλητικό για τη ζωή, σε σοβαρούς τραυματισμούς ή σεξουαλική βία. Τραυματικά δηλαδή γεγονότα που είτε βίωσε το ίδιο το

άτομο άμεσα, είτε έμμεσα όντας μάρτυρας αυτών.

B. Παρουσία ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα ύστερα από το τραυματικό συμβάν:

1. Επαναλαμβανόμενες, ακούσιες μνήμες που φέρνουν έντονη αναστάτωση και σχετίζονται με το γεγονός.

Σημείωση: Για παιδιά >6 ετών οι εκφάνσεις του γεγονότος εκφράζονται μέσα από το παιχνίδι.

Για παιδιά <6 ετών, οι αυθόρμητες, εμβόλιμες μνήμες δε φαίνεται απαραίτητα να προκαλούν θλίψη και εκφράζονται μέσω αναπαραστάσεων στο παιχνίδι.

2. Επαναλαμβανόμενα όνειρα με σχετικό με το τραυματικό γεγονός περιεχόμενο

Σημείωση: Στα παιδιά (ιδιαίτερα αυτά κάτω των 6 ετών) υπάρχει πιθανότητα, να μη γίνεται αντιληπτό, ότι το τρομακτικό περιεχόμενο των ονείρων συνδέεται με το τραυματικό γεγονός.

3. Διασπαστικές αντιδράσεις (π.χ. ακούσια ανάκληση μνημών), κατά τις οποίες το άτομο αισθάνεται ή συμπεριφέρεται σα να βιώνει ξανά το γεγονός. Συχνά τέτοιου είδους εμπειρίες συνοδεύονται από ολική απώλεια επίγνωσης των εξωτερικών ερεθισμάτων.

Σημείωση: Στα παιδιά οι αντιδράσεις αυτές εμφανίζονται στο παιχνίδι.

4. Έντονη και παρατεταμένη ψυχολογική αναστάτωση, δυστυχία που προκαλείται από εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που θυμίζουν ή συμβολίζουν το τραυματικό συμβάν.

5. Ψυχολογικές αντιδράσεις ως απάντηση στα ίδια ερεθίσματα (εσωτερικά/ εξωτερικά) που θυμίζουν κάποια πτυχή του τραυματικού γεγονότος.

Γ. Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που θυμίζουν το συμβάν, μέσω:

1. Της αποφυγής (ή προσπάθειας αποφυγής) μνημών, σκέψεων και συναισθημάτων

2. Της αποφυγής (ή προσπάθειας αποφυγής) εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως άτομα, συζητήσεις, δραστηριότητες, αντικείμενα, καταστάσεις που πυροδοτούν την ανάκληση μνημών και τα ανάλογα συναισθήματα και

σκέψεις.

Σημείωση: Τα παιδιά κάτω των έξι ετών περιορίζονται στην αποφυγή των εξωτερικών ερεθισμάτων.

Δ. Αρνητικές αλλαγές στη γνώση για το γεγονός και στα συναισθήματα που απορρέουν από την εν λόγω εμπειρία, όπως:

1. Αδυναμία ανάκλησης σημαντικών πτυχών του τραυματικού συμβάντος (κυρίως λόγω διασπαστικής αμνησίας)

2. Επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις ή προσδοκίες από τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο (Π.χ.: «Είμαι κακός», «Δε μπορείς να εμπιστευτείσαι κανένα», «Ο κόσμος είναι επικίνδυνος»).

3. Επίμονες διαστρεβλωμένες απόψεις για τα αίτια και τα αποτελέσματα του τραυματικού γεγονότος, οι οποίες οδήγησαν το άτομο να κατηγορεί τον εαυτό του ή άλλους για ό,τι συνέβη.

4. Εντονη αρνητική διάθεση που επιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα.

5. Αξιοσημείωτη μείωση ενδιαφέροντος για συμμετοχή σε συγκεκριμένες δραστηριότητες.

6. Αίσθημα αποξένωσης και απομάκρυνσης από τους άλλους.

7. Αδυναμία βίωσης θετικών συναισθημάτων για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σημείωση: Μόνο τα συμπτώματα 4,5,6,7 είναι παρόντα σε περιπτώσεις κάτω των 6 ετών.

Ε. Αξιοσημείωτες αλλαγές στην εγρήγορση και στην κινητοποίηση, όπως:

1. Ενέξαπτη συμπεριφορά και εκρήξεις θυμού, που εκφράζονται κυρίως μέσω λεκτικής και σωματικής βίας σε άλλα άτομα ή αντικείμενα.

2. Απερίσκεπτη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

3. Υπερδιέγερση.

4. Υπερβολικές φοβικές αντιδράσεις.

5. Προβλήματα συγκέντρωσης.

6. Διαταραχές ύπνου.

Σημείωση: Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (σύμπτωμα 2) απουσιάζει ως σύμπτωμα σε παιδιά κάτω των 6 ετών.

ΣΤ. Οι παραπάνω ενοχλήσεις (Β,Γ,Δ,Ε) διαρκούν παραπάνω από το διάστημα του ενός μήνα.

Ζ. Τα συμπτώματα προκαλούν το αίσθημα της δυστυχίας, καθώς και διαταραχές σε κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες ή σε άλλες σημαντικές πτυχές της λειτουργικότητας του ατόμου.

Σημείωση: Σε παιδιά κάτω των 6 ετών παρατηρούνται τα ίδια αρνητικά συναισθήματα που έχουν όμως αντίκτυπο στις σχέσεις τους με τους γονείς, τα αδέρφια, τους συνομήλικους, ή άλλους φροντιστές ή επηρεάζεται η συμπεριφορά τους στο σχολείο.

Η. Τα κριτήρια δεν οφείλονται σε ψυχολογικές συνέπειες που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών (π.χ. αλκοόλ) ή από κάποια άλλη κλινική κατάσταση.

Σύγκριση μοντέλου Finkelhor και Brown και μοντέλου αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής

Έχοντας λοιπόν αναλύσει στην παρούσα εργασία το μοντέλο των Finkelhor και Brown και το μοντέλο της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής για την κατανόηση των συμπτωμάτων και των συνεπειών της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, κρίνεται σημαντικό να αναφερθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των δύο αυτών θεωριών.

Στα πλεονεκτήματα του μοντέλου της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, ανήκει η ανάδειξη της τραυματικής φύσης της σεξουαλικής κακοποίησης στον κυριότερο παράγοντα για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη θεραπείας για την εν λόγω διαταραχή καθιστά εφικτή την ανακούφιση των θυμάτων από τα τραυματικά συμπτώματα, ενώ η δημιουργία και εφαρμογή των εργαλείων για τη μέτρηση των μετατραυματικών συμπτωμάτων βοηθά στη διεξαγωγή ερευνών (Rowan & Foy, 1993).

Η κριτική στο μοντέλο της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής βασίστηκε κυρίως σε τρία επιχειρήματα του Finkelhor (1987), ο οποίος, πρώτον, υποστηρίζει πως το συγκεκριμένο μοντέλο δε συμπεριλαμβάνει όλα τα συμπτώματα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, όπως για παράδειγμα τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες και τους

αυτοκτονικούς ιδεασμούς (όπως αναφέρεται στους Rowan και Foy, 1993). δεύτερον, δε μπορεί να εφαρμοστεί πάνω σε όλα τα θύματα, και τρίτον, η ερμηνεία για την πηγή του τραύματος δεν ταιριάζει σε όλους τους τύπους της σεξουαλικής κακοποίησης. Τέλος, το μοντέλο της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής έχει δεχθεί κριτική για την έμφαση που δίνει στις συναισθηματικές συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, αγνοώντας τις γνωστικές δυσλειτουργίες που προκύπτουν (Rowan & Foy, 1993).

Πάνω στα παραπάνω κενά, βασίστηκε η ανάπτυξη της θεωρίας του Finkelhor περί τεσσάρων δυναμικών του τραύματος, οι οποίες αφορούν μεγαλύτερη ποικιλία συμπτωμάτων, δίνουν έμφαση στις γνωστικές αλλαγές του θύματος και εξηγούν τα διάφορα συμπτώματα ανάλογα με τον τύπο και τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής κακοποίησης (Rowan & Foy, 1993). Αν και το μοντέλο του Finkelhor και Brown έχει φέρει στην επιφάνεια περισσότερα κλινικά ζητήματα, ως συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, η δυνατότητα της εφαρμογής του σαν διαγνωστικό εργαλείο είναι περιορισμένη (Rowan & Foy, 1993). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Rowan και Foy (1993), παρά την αναγνώριση και αναφορά των γνωστικών δυσλειτουργιών που λαμβάνουν χώρα μετά την κακοποίηση, ο Finkelhor δεν έχει προχωρήσει σε μια πιο κατάλληλη κατάταξη αυτών, λόγω ατομικών διαφορών.

Συμπερασματικά, τα παραπάνω μοντέλα ανεξάρτητα από τα κενά που παρουσιάζουν, έχουν αναμφίβολα βοηθήσει την επιστημονική κοινότητα στη μελέτη του τραύματος της σεξουαλικής κακοποίησης. Η διευκρίνιση των συμπτωμάτων, η διατύπωση των διαγνωστικών κριτηρίων, η εντόπιση των πηγών του τραύματος και της έντασής του είναι στοιχεία αρωγοί στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Η υιοθέτηση ή η απόρριψη του ενός από τα δύο μοντέλα θα ήταν παρακινδυνευμένη ενέργεια στην προσπάθεια κατανόησης των θυμάτων της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Αντιθέτως, η χρήση και των δύο μοντέλων ως συμπληρωματικά θα βοηθήσει στην καλύτερη ερμηνεία των συμπτωμάτων που ταλανίζουν τα θύματα και κατ'επέκταση σε μια πιο αποτελεσματική θεραπεία αυτών.

3.2. Δεδομένα ερευνών για τη σχέση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής

Οι Trembley και συν. (2008) διεξάγοντας έρευνα για τις βραχυπρόθεσμες

συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης αναφορικά με τη μετατραυματική διαταραχή, εστίασαν στους δύο τύπους της τελευταίας και κατέληξαν με κάποια ενδιαφέροντα αποτελέσματα.

Έτσι, η μετατραυματική διαταραχή χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: Στην αγχώδη μετατραυματική διαταραχή τύπου I και τύπου II. Η πρώτη συγκεντρώνει συμπτώματα όπως αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, αποφευκτική συμπεριφορά και υπερδιέγερση. Στην μετατραυματική διαταραχή τύπου II συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα κατάθλιψης, διάσχισης, επιθετικότητας και αναποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης καταστάσεων. Το ενδιαφέρον στη συγκεκριμένη έρευνα αποτέλεσε η σύγκριση των κακοποιημένων παιδιών με παιδιά που αντιμετώπιζαν άλλου είδους στρεσογόνου κατάσταση και συγκεκριμένα ορθοπεδικά προβλήματα και με παιδιά του γενικού πληθυσμού (Trembley et al., 2008).

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά εμφάνισαν περισσότερα συμπτώματα και από τους δύο τύπους της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες. Μάλιστα, τα εν λόγω παιδιά φάνηκε να χρησιμοποιούν αποφευκτικές στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων ερεθισμάτων σε μεγαλύτερη συχνότητα. Αισιόδοξο εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής τύπου I μειώνονται με το πέρασμα του χρόνου και στις τρεις ομάδες, ενώ σημειώνεται μεγαλύτερη μείωση σε άγχος και κατάθλιψη για τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά (Trembley et al., 2008).

Τέλος, τα παιδιά με ορθοπεδικά ζητήματα δε διέφεραν σημαντικά από τα παιδιά του γενικού πληθυσμού. Παρόλο που είχαν να αντιμετωπίσουν μια στρεσογόνο κατάσταση που θα προκαλούσε την εκδήλωση μετατραυματικών συμπτωμάτων, τα παιδιά της συγκεκριμένης ομάδας δε σημείωσαν συμπτώματα με την ίδια ένταση, έτσι ώστε η εικόνα τους να διαφοροποιηθεί από τα παιδιά του γενικού πληθυσμού. Η πιθανή αιτία που ανέφεραν οι ερευνητές είναι η μεγαλύτερη αποδοχή από την οικογένεια και το ίδιο το παιδί μιας σωματικής πάθησης (Trembley et al., 2008). Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει και τα κοινωνικά ζητήματα της σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς η ντροπή και ο φόβος λαμβάνουν τεράστιες διαστάσεις, δημιουργώντας έτσι ένα κλίμα που δυσκολεύει την αποκάλυψη της σεξουαλικής κακοποίησης και την παρέμβαση σε τέτοιες περιπτώσεις.

Μια θετική διάσταση σε επίπεδο πρόληψης και παρέμβασης δίνουν δεδομένα

ερευνών που υποστηρίζουν πως τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής κακοποίησης είναι δυνατό να προβλέψουν την εμφάνιση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής καθώς και την ένταση της συμπτωματολογίας της. Πιο συγκεκριμένα, (Famularo, Fenton, Kinscherff, & Augustyn, 1996) βρήκαν πως το είδος, η διάρκεια και η συχνότητα της κακοποίησης είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που είναι δυνατό να επηρεάσουν την εξέλιξη της εν λόγω διαταραχής και το βαθμό των συμπτωμάτων της, είτε σε περιπτώσεις που η κακοποίηση αποτελούσε μεμονωμένο τραυματικό συμβάν, είτε επαναλαμβανόμενα.

Οι Boney-McCoy και Finkelhor (1995) θέλησαν και αυτοί να εξετάσουν κατά πόσο τα χαρακτηριστικά της κακοποίησης επηρεάζουν το βαθμό των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής. Βρήκαν λοιπόν πως η σοβαρότητα της κακοποίησης (βαθμός επαφής, διείσδυση, κλπ), ο φόβος για τραυματισμό ή για τη ζωή του θύματος, η χρήση ουσιών του θύτη κατά τη διάρκεια του επεισοδίου και οι απειλές που δέχθηκε το θύμα από τον τελευταίο, είναι παράγοντες που οδηγούν σε αυξημένη συμπτωματολογία της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής. Εν αντιθέσει, στην παρούσα έρευνα δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ χαρακτηριστικών, όπως ο χρόνος έναρξης της σεξουαλικής κακοποίησης (σε ηλικία) και η διάρκεια με τη συμπτωματολογία της μετατραυματικής διαταραχής.

Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με τη δριμύτητα της κακοποίησης βρέθηκαν και στην έρευνα των Rodriguez, Ryan, Rowan, & Foy (1996). Συγκεκριμένα, η σοβαρότητα σχετίστηκε με τη μεγαλύτερη ποικιλία συμπτωματολογίας της μετατραυματικής διαταραχής. Ακολουθεί η διάρκεια της κακοποίησης σαν χαρακτηριστικό που σχετίζεται με τα συμπτώματα της εν λόγω διαταραχής, η οποία υπερισχύει των υπόλοιπων χαρακτηριστικών, της ηλικίας δηλαδή κατά την έναρξη της παραβίασης, τον αριθμό των θυτών και της σωματικής βίας. Σχετικά με τη διάρκεια έχει βρεθεί πως η χρόνια σεξουαλική παρενόχληση συνδέεται με την αγχώδη μετατραυματική διαταραχή, ενώ η σεξουαλική κακοποίηση που περιλαμβάνει διείσδυση σχετίζεται περισσότερο με άλλες αγχώδεις διαταραχές (Molnar, Buka, & Kessler, 2001).

Σχετικό ήταν και το εύρημα των Briggs και Joyce (1997), που αναφέρουν συσχέτιση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής και του τύπου της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Συγκεκριμένα, θύματα κακοποίησης που περιελάμβανε διείσδυση σημείωσαν περισσότερα συμπτώματα

διάσχισης, έντονων σκέψεων της τραυματικής εμπειρίας και υπερδιέγερσης, των τριών δηλαδή από τους πέντε λανθάνοντες παράγοντες της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, όπως αναφέρουν οι ίδιοι. Εν αντιθέσει, δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των υπόλοιπων δύο λανθανουσών μεταβλητών, του θυμού και της απευαισθητοποίησης, και της συμπτωματολογίας της εν λόγω διαταραχής, σε περιπτώσεις διείσδυσης (Briggs & Joyce, 1997).

Παρόλο λοιπόν που η διάρκεια της σεξουαλικής κακοποίησης δεν έχει συσχετιστεί σε κάποιες έρευνες με την εμφάνιση συμπτωματολογίας της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, φαίνεται πως άλλες συμφωνούν στο γεγονός ότι παίζει βαρύνουσας σημασίας ρόλο, μαζί με τη δριμύτητα, στον ορισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων.

Αλλα χαρακτηριστικά όπως η σωματική βία κατά τη διάρκεια της κακοποίησης και η σχέση του θύματος με το θύτη φάνηκαν να σχετίζονται με συμπτώματα της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής και να ενδυναμώνουν συναισθήματα ενοχής, η οποία με τη σειρά της σχετίστηκε με μειωμένη προσαρμοστικότητα (Wolfe, Sas & Wekerle, 1994). Σε αντίθεση με το παραπάνω εύρημα, τη σχέση δηλαδή με το θύτη και της σύνδεσής του με τα συμπτώματα της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής έρχονται τα αποτελέσματα της έρευνα των Boney-McCoy και Finkelhor (1995), οι οποίοι δε βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών.

Εν συνεχεία, η αποκάλυψη διαδραματίζει για άλλη μια φορά καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της πορείας του ατόμου που έχει υπάρξει θύμα σεξουαλικής κακοποίησης. Αυτήν τη φορά, η αποκάλυψη συμβάλλει στην εμφάνιση λιγότερων συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής όπως φαίνεται από την έρευνα των Ullman και Filipas (2005). Μάλιστα, οι γυναίκες της έρευνας που καθυστέρησαν την αποκάλυψη, εμφάνισαν σοβαρότερη συμπτωματολογία της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, με τη μορφή αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης, οι οποίες αποτελούν χαρακτηριστικό σύμπτωμα της διαταραχής. Οι ενήλικες άντρες που υπήρξαν θύματα παιδικής κακοποίησης απ την άλλη, δεν εμφάνισαν συσχέτιση μεταξύ αποκάλυψης και ποικιλίας συμπτωμάτων της συγκεκριμένης διαταραχής. Αν και καθυστερημένη, η αποκάλυψη των γυναικών φάνηκε βάσει των στατιστικών δεδομένων να είναι πιο πιθανή, συγκριτικά με τους άντρες και μάλιστα να συνοδεύεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από

θετικές αποκρίσεις.

Ενδιαφέρον δεδομένο και βαρύνουσας σημασίας για την αντιμετώπιση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης αποτελεί και η θετική συσχέτιση των αρνητικών αποκρίσεων μετά την αποκάλυψη και της σοβαρότερης συμπτωματολογίας της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής (Cutajar, και συν., 2010. Swingle και συν., 2016). Έτσι, για ακόμη μια φορά καθίσταται σαφές πως η αποκάλυψη είναι παράγοντας ικανός να λειτουργήσει θετικά στην αντιμετώπιση της κακοποίησης, αλλά είναι εξίσου ικανός να φέρει περισσότερες βλαπτικές συνέπειες στο θύμα, αν συνοδευτεί από αρνητικές αντιδράσεις και μη υποστηρικτικές απαντήσεις και συμπεριφορές. Συμπερασματικά, η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον λειτουργεί ως αρωγός στην αντιμετώπιση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης συνολικά καθώς και εξατομικευμένα, αφού επηρεάζει τα γνωστικά σχήματα του θύματος και τονώνει την ψυχική υγεία του.

Ένας άλλος προβλεπτικός παράγοντας για την εμφάνιση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής είναι το φύλο. Τα κορίτσια της έρευνας των Molnar και συν. (2001) δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (39.1%) συμπτώματα αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, έναντι των αγοριών (29.1 %), δεδομένο που επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες που καθιστούν τα κορίτσια όχι μόνο πιο ευάλωτα στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης διαταραχής (Grassi-Oliveira και συν., 2008. Cutajar, και συν. (2010), αλλά και πιο επιρρεπή στην έκταση και ένταση των συμπτωμάτων της (Ullman & Filipas, 2005). Παρολαυτά, οι Grassi-Oliveira και συν., (2008) αναφέρουν πως το φύλο ως παράγοντας επικινδυνότητας της μετατραυματικής διαταραχής δεν πρόκειται για ένα ασφαλές δεδομένο, καθώς μπορεί να επηρεάζεται από άλλες μεταβλητές, όπως το ποσοστό των συμπτωμάτων που δηλώνονται από τους εκάστοτε συμμετέχοντες ή από την έκθεση σε άλλου είδους τραυμάτων εκτός της σεξουαλικής κακοποίησης.

Έχει βρεθεί επίσης πως η σεξουαλική παρενόχληση από συγγενείς και θετούς συγγενείς σχετίζεται με περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, συγκριτικά με το βιασμό από κάποιον άγνωστο (Molnar et al., 2001). Πρόκειται για ένα δεδομένο που παραπέμπει στο συναίσθημα της προδοσίας, καθώς όπως έχει προαναφερθεί, η δυναμική αυτή του τραύματος λαμβάνει μεγαλύτερες διαστάσεις όταν ο θύτης πρόκειται για οικείο πρόσωπο και κατά συνέπεια η εμπιστοσύνη και ο ψυχισμός του θύματος κλονίζεται.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω δεδομένα τα χαρακτηριστικά της κακοποίησης είναι ικανά, όχι μόνο να προβλέψουν την εμφάνιση συμπτωματολογίας της μετατραυματικής διαταραχής, αλλά και την ένταση αυτών των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά, συναισθηματικά, γνωστικά, ψυχολογικά, έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην προσωπική και κοινωνική πορεία του ατόμου.

Έτσι, την εμφάνιση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής ακολουθούν συνέπειες τόσο σε επίπεδο καθημερινής λειτουργικότητας, όσο και σε επίπεδο ψυχικής υγείας, οι σημαντικότερες των οποίων έχουν αναφερθεί στο δεύτερο κεφάλαιο.

Σημαντικό εύρημα σχετικά με τις συνέπειες, βρέθηκε σε έρευνα με δείγμα γυναικών που εμφάνισαν αγχώδη μετατραυματική διαταραχή ύστερα από παιδική σεξουαλική κακοποίηση και ήρθαν αντιμέτωπες με έντονο άγχος σε καθημερινό επίπεδο. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Koorman, Gore-felton, Classen, Kim και Spiegel (2002) εμφάνισαν έντονα αγχωτικά συμπτώματα, ακόμα κι αν δεν είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός προσφάτως ή δεν είχαν έρθει αντιμέτωπες με έντονα στρεσογόνα ερεθίσματα. Καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις σε διαπροσωπικό, επαγγελματικό ή σε άλλα επίπεδα, οι οποίες δεν απειλούσαν τη σωματική τους υγεία ή τη ζωή τους, εκλαμβάνονταν από τις μισές συμμετέχουσες ως ενοχλητικά και έντονα στρεσογόνα ερεθίσματα (Koorman et al., 2002). Τα συμπτώματα της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής φαίνεται να είναι παρόντα και έντονα μπροστά σε ήπια στρεσογόνα ερεθίσματα της καθημερινότητας, δημιουργώντας οξείες αγχώδεις αντιδράσεις και λειτουργώντας κατ'επέκταση επιβαρυντικά στη λειτουργικότητα του ατόμου σε πολλούς τομείς.

Η ύπαρξη της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής ενέχει επίσης το κίνδυνο της δευτερογενούς θυματοποίησης στην ενήλικη ζωή. Άτομα που κακοποιήθηκαν σεξουαλικά στην παιδική τους ηλικία και εμφάνισαν συμπτώματα αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής έχουν περισσότερες πιθανότητες να κακοποιηθούν και πάλι στην ενήλικη ζωή τους. Σε αυτό το δεδομένο παίζει σημαντικό ρόλο η ύπαρξη συμπτωμάτων υπερδιέγερσης, χαρακτηριστικών της εν λόγω διαταραχής, που φαίνεται να λειτουργούν σαν διαμεσολαβητές μεταξύ της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής και της δευτερογενούς θυματοποίησης στην ενήλικη ζωή. Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται στη μειωμένη ικανότητα του ατόμου με τη συγκεκριμένη ομάδα συμπτωμάτων

(υπερδιέγερσης), να αντιληφθεί και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά επικίνδυνες καταστάσεις ή ερεθίσματα (Risser, Hetzel-Riggin, Thomsen, & McCanne, 2006). Οι Risser και συν., (2006) αναφέρουν χαρακτηριστικά πως «υπάρχουν πολλοί τρόποι μέσω των οποίων η υπερδιέγερση μπορεί να επηρεάσει τη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά, οι οποίοι θα αυξήσουν την πιθανότητα για δευτερογενή σεξουαλική θυματοποίηση». Έτσι, μια εκ των τριών βασικών ομάδων της συμπτωματολογίας της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, η υπερδιέγερση (έναντι της αποφυγής και της αναβίωσης), φαίνεται να σχετίζεται με τις πιθανότητες εμφάνισης δευτερογενούς θυματοποίησης (Risser et al., 2006), η οποία με τη σειρά της επιφέρει περισσότερα ζητήματα ψυχικής υγείας στην ενήλικη ζωή (Messman & Long, 1996).

Συμπερασματικά, η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και συνεπάγεται δυσκολία στην κοινωνική ζωή του ατόμου. Εύλογα, συμπτώματα όπως η αποφυγή ερεθισμάτων που θυμίζουν την σεξουαλική κακοποίηση, η αποστασιοποίηση ή η αποξένωση από τον περίγυρο και η συναισθηματική “παράλυση”, απειλούν όχι μόνο την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών, οικειότητας και διαπροσωπικών σχέσεων (McLean, Rosenbach, Capaldi, & Foa, 2013), αλλά ελλοχεύουν και τον κίνδυνο για δευτερογενή θυματοποίηση. Όλες οι παραπάνω ψυχολογικές και γνωστικές αλλαγές συνεπάγονται νευροβιολογικές αλλαγές του εγκεφάλου, οι οποίες αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΤΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Η αγχώδης μετατραυματική διαταραχή εντάσσεται στην κατηγορία των αγχώδων διαταραχών. Έτσι, οι αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στην εν λόγω διαταραχή σε επίπεδο φυσιολογίας, έχουν ερευνηθεί μέσω της παρατήρησης των διαδικασιών που πραγματοποιούνται στην αντίδρασης στο στρες.

Πιο συγκεκριμένα, όταν ο οργανισμός αντιλαμβάνεται κάποιο στρεσογόνο ερέθισμα, ενεργοποιείται μια σειρά νευρολογικών και ενδοκρινολογικών αντιδράσεων που στηρίζονται κυρίως στη λειτουργία τριών περιοχών του οργανισμού: του υποθαλάμου, της υπόφυσης και των επινεφριδίων. Για αυτόν το λόγο η αντίδραση στο στρες έχει συνδεθεί με τον λεγόμενο άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Σε πρώτο λοιπόν στάδιο, ενεργοποιείται ο παράγοντας απελευθέρωσης της κορτικοτροπίνης (διαφορετικά κορτικοεκλυτίνη), ο CRF, ο οποίος βρίσκεται στον υποθάλαμο και ρυθμίζει την αδενοκορτικοτροπίνη (ACTH). Αυτή η ουσία εντοπίζεται στην υπόφυση και μόλις ενεργοποιηθεί από τον CRF, επιδρά στο φλοιό των επινεφριδίων, προκαλώντας έκκριση κορτικοστεροειδών και κυρίως κορτιζόλης, τη βασικότερη ορμόνη στην αντίδραση στο στρες. Η έκκριση των κορτικοστεροειδών έχει σαν αποτέλεσμα την προστασία από τη φλεγμονή, την αύξηση της αυξητικής ορμόνης και της προλακτίνης και την αύξηση των επιπέδων των οπιοειδών (DiMatteo & Martin, 2011).

Όπως φαίνεται από τις παραπάνω προκληθείσες αντιδράσεις, η έκκριση κορτικοστεροειδών (ή γλυκοκορτικοειδών) είναι απαραίτητη για την προσαρμογή του ατόμου σε καταστάσεις στρες. Παρολαυτά, η μακροχρόνια ή υπερβολική έκκρισή τους, είναι ικανή να βλάψει τον οργανισμό. Έτσι, το έντονο ή παρατεταμένο στρες στην παιδική ηλικία προκαλεί μακροχρόνια υπερδραστηριότητα της κορτικοεκλυτίνης CRF, έχοντας σαν αποτέλεσμα αυξημένες αντιδράσεις στρες και κατ' επέκταση μεγαλύτερη ευαλωτότητα σε ψυχικές διαταραχές (Heim & Nemeroff, 2001).

Περιοχές στενά συνδεδεμένες με την αντίδραση του στρες είναι η αμυγδαλή και ο προμετωπιαίος φλοιός. Η πρώτη έχει σχετιστεί με τη ρύθμιση των συναισθημάτων και των γνωστικών λειτουργιών σε στρεσογόνες καταστάσεις (LeDoux, 2007). Στην περίπτωση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής η δραστηριότητα της περιοχής της αμυγδαλής

αυξάνεται (Rauch, Shin, & Phelps, 2006. van den Bulk, et al., 2016), ενώ παράλληλα έχει βρεθεί πως εμφανίζεται μια από πάνω προς τα κάτω παθοφυσιολογία στη συγκεκριμένη περιοχή από τον προμετωπιαίο φλοιό και τον ιππόκαμπο (Rauch et al., 2006). Οι συνδέσεις του προμετωπιαίου φλοιού και συγκεκριμένα του έξω ραχιαίου και της πρόσθιας έλικας με την αμυγδαλή, παρουσιάζουν μια αλλοίωση, η οποία έχει φανεί πως αποκαθίσταται με την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, ο ρόλος της οποίας είναι σημαντικός στην αντιμετώπιση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, όπως θα αναλυθεί στο επόμενο κεφάλαιο. Ο προμετωπιαίος φλοιός ευθύνεται και αυτός για τον έλεγχο διάφορων γνωστικών λειτουργιών, όπως η επίλυση προβλημάτων, η συσχέτιση διαδικασιών προς την επίτευξη των στόχων, εκτέλεση πολλών διαδικασιών παράλληλα κ.ά. Η βελτίωση συνεπώς, της επικοινωνίας μεταξύ του προμετωπιαίου φλοιού και της αμυγδαλής συμβάλλει στη σωστή εκτίμηση και αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, καθώς και στις κατάλληλες συναισθηματικές αντιδράσεις (Shou, et al., 2017).

Αυτές οι αλλαγές στη λειτουργία της αμυγδαλής, καθώς και οι παθολογικές συνδέσεις της με άλλες περιοχές ευθύνονται για την εμφάνιση εξαρτημένου φόβου και των αντίστοιχων υπερβολικών φοβικών αντιδράσεων, για την ανεπαρκή μνημονική ανάκληση των γεγονότων, καθώς και για την ορθή εκτίμηση των καταστάσεων που δεν είναι απειλητικές για το άτομο (Rauch et al., 2006)· διαταραγμένες λειτουργίες δηλαδή, που στα θύματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης είναι ιδιαίτερα εμφανείς.

Επιπρόσθετα, έχουν εντοπιστεί νευρώνες του κυκλώματος του CRF στην αμυγδαλή, οι οποίοι συνδέουν την εν λόγω περιοχή με τον υποθάλαμο, επηρεάζοντας τη λειτουργία της υπόφυσης και των επινεφριδίων στις αντιδράσεις του στρες (Heim & Nemeroff, 2001).

Εκτός από τη σύνδεση της αμυγδαλής με τον υποθάλαμο, σημαντική στα πλαίσια της αντίδρασης στο στρες, είναι και η σύνδεσή της με τον υπομέλανα τόπο και με τους πυρήνες ραφής, μέσω των CRF νευρώνων. Στον υπομέλανα τόπο λαμβάνει χώρα η αφετηρία των νοραδρενεργικών νευρώνων που προβάλλουν στον πρόσθιο εγκέφαλο, ενώ στους πυρήνες της ραφής περιλαμβάνονται οι σεροτονινεργικοί νευρώνες που προβάλλουν επίσης στον πρόσθιο εγκέφαλο. Οι νοραδρενεργικοί και σεροτονινεργικοί προβάλλουν σε περιοχές με CRF νευρώνες, ή σε άλλες που σχετίζονται με τη διαδικασία απόκρισης στρες. Επιπλέον το στρες αυξάνει τον CRF στην περιοχή της αμυγδαλής και

του υπομέλανα τόπου (Chappell, et al., 1986), ενώ ο CRF με τη σειρά της αυξάνει την εκपुरσοκρότηση της νοραδρεναλίνης στον υπομέλανα τόπο (Valentino, Foote, & Aston-Jones, 1983).

Βαρύνουσας σημασίας ρόλο στην αντίδραση του στρες διαθέτουν και οι κατεχολαμίνες οι οποίες σχετίζονται με τη δράση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και συγκεκριμένα με αντιδράσεις όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, εφίδρωση και συστολή των περιφερικών αιμοφόρων αγγείων. Οι κατεχολαμίνες εκκρίνονται μαζί με τα γλυκοκορτικοειδή κατά τη δράση του άξονα του υποθαλάμου-υποφυσης-επινεφριδίων (DiMatteo & Martin, 2011).

Μια από τις κατεχολαμίνες που κατέχει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία απόκρισης στο στρες είναι η νορεπινεφρίνη. Έχει βρεθεί πως η έκθεση σε χρόνιο στρες αλλάζει τη λειτουργία της νορεπινεφρίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλώντας αύξηση στην έκκρισή της (Jedema & Grace, 2003), καθώς και ευαισθησία στο νοραδρενεργικό σύστημα (Adell, Garcia-Marquez, Armario, & Gelpi, 1988). Δεδομένου του ρόλου της νορεπινεφρίνης στην εγρήγορση, μπορούν να εξηγηθούν οι αλλαγές που παρατηρούνται στην τελευταία (Jedema & Grace, 2003. Strawn & Geraciotti, 2008). Συγκεκριμένα, η υπερδραστηριότητα της νορεπινεφρίνης έχει συνδεθεί με τα συμπτώματα υπερεγρήγορσης της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής (Strawn & Geraciotti, 2008). Χαρακτηριστικά συμπτώματα υπερεγρήγορσης είναι οι εφιάλτες και οι διαταραχές του ύπνου, που φαίνεται να σχετίζονται με διέγερση υποδοχέων νορεπινεφρίνης (Raskind, et al., 2007). Επιπλέον σύμπτωμα που υποδηλώνει υπερεγρήγορση είναι οι έντονες αντιδράσεις στρες που έχουν σχετιστεί επίσης με την αυξημένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης (Jedema & Grace, 2003). Σε περιπτώσεις λοιπόν νέων στρεσογόνων ερεθισμάτων απελευθερώνονται μεγάλες ποσότητες νορεπινεφρίνης. Η αλλαγή αυτή στη λειτουργία της τελευταίας έχει προκύψει ύστερα από χρόνιο ή / και οξύ στρες, χαρακτηρίζεται δυσπροσαρμοστική και είναι υπεύθυνη -μεταξύ άλλων- για την εμφάνιση αγχώδων διαταραχών (Nisenbaum, Zigmond, Sved, & Abercrombie, 1991).

Επιπρόσθετα, η αυξημένη έκκριση νορεπινεφρίνης οδηγεί στην εμφάνιση των διεισδυτικών συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, όπως οι σκέψεις και οι μνήμες της σεξουαλικής κακοποίησης που εισβάλλουν στο μυαλό του θύματος (Strawn & Geraciotti, 2008). Τέλος, οι παραπάνω αλλαγές στη λειτουργία της

νορεπινεφρίνης που σχετίζονται με τις στρεσογόνες αντιδράσεις, έχουν εντοπιστεί κυρίως στην περιοχή της αμυγδαλής (Ronzoni, del Arco, Mora, & Segovia, 2016), η οποία ακόμη μια φορά διαδραματίζει εξέχοντα ρόλο στην αντίδραση του στρες.

Τέλος, την επιστημονική προσοχή έχει κερδίσει και ο ρόλος του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) στην απόκριση του οργανισμού σε στρεσογόνες καταστάσεις. Ο ρόλος του GABA φαίνεται να σχετίζεται με την ανασταλτική δράση της CRF στις περιοχές της αμυγδαλής και του προμετωπιαίου, γεγονός που μετριάζει τις αντιδράσεις στρες (Kaufman, Plotsky, Nemeroff, & Charney, 2000). Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε μειωμένη συγκέντρωση GABA αμινοξέων σε δείγμα ανθρώπων με αγχώδη μετατραυματική διαταραχή, γεγονός που ίσως καθιστά το συγκεκριμένο βιολογικό δείκτη σχετικό με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της εν λόγω ασθένειας. Προς επιβεβαίωση του ευρήματος καθίσταται αναγκαία περαιτέρω μελέτη (Trousselard, et al., 2016).

Συμπερασματικά, το νευροβιολογικό υπόστρωμα της αγχώδους μετατραυματικής αλλαγής βασίζεται σε διαταραχές στη λειτουργία δομών και ουσιών του εγκεφάλου που σχετίζονται με την απόκριση στο στρες. Ο CRF διαδραματίζει, όπως φάνηκε σημαντικό ρόλο στην αντίδραση στο στρες, καθώς εμπλέκεται σε πολλές εγκεφαλικές δομές. Αυξημένες ποσότητες αυτού, καθώς και νευροδιαβιβαστών όπως η νορεπινεφρίνη, οδηγούν σε μια σειρά αλλαγών που έχουν συνδεθεί με προβληματική αντίδραση στο στρες. Τα ερευνητικά δεδομένα για τις νευροβιολογικές διαταραχές κατά την απόκριση στο στρες έχουν συμβάλει στην ανακάλυψη φαρμάκων που ανακουφίζουν από το στρες. Μερικά από αυτά αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο που άπτεται των θεραπευτικών προσεγγίσεων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Οι συνέπειες της σεξουαλικής παραβίασης στην παιδική ηλικία είναι δυνατό να επηρεάσουν το θύμα σε ψυχολογικό, κοινωνικό, συναισθηματικό, γνωστικό επίπεδο και να διατηρηθούν καθόλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για άμεση και ουσιαστική παρέμβαση. Η μετατραυματική διαταραχή- που αποτελεί βασικό θέμα της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας- είναι όπως διαπιστώθηκε μία από τις πιο συχνές συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Η αντιμετώπισή της θα ωφελήσει το σεξουαλικώς κακοποιημένο άτομο σε όλα τα προαναφερθέντα επίπεδα προσφέροντάς του την ευκαιρία για μια λειτουργική και υγιή καθημερινότητα. Παρακάτω αναλύονται οι βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις καθώς και βαρύνουσας σημασίας δεξιότητες και χειρισμοί του θεραπευτή που θα συνδράμουν στην ανακούφιση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, ως απόρροια παιδικής σεξουαλικής παραβίασης.

Συμπεριφορικές θεραπείες

Σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία υπάρχουν ποικίλες θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αποδειχθεί ως αποτελεσματικές στην προσπάθεια αντιμετώπισης της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής. Μια από τις πρώτες που κέρδισαν το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας λόγω της αποτελεσματικότητάς της είναι η συμπεριφορική, η οποία ερμηνεύει την αγχώδη μετατραυματική διαταραχή ως μια θεωρία μάθησης. Έτσι λοιπόν, η τελευταία αντιμετωπίζεται σα διαταραχή βασιζόμενη στο φόβο, όπου η έκθεση σε απειλητικό ερέθισμα ή σειρά ερεθισμάτων που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός έχουν σαν αποτέλεσμα φοβικές αντιδράσεις. Οι φοβικές αυτές αντιδράσεις εκφράζονται μέσω των συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής. Παραδείγματος χάριν, τα πολύ συχνά αποφευκτικά συμπτώματα της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, αποτελούν μια προσπάθεια του θύματος να αποφύγουν τα ερεθίσματα αυτά που προκαλούν φόβο και κατ'επέκταση τα αρνητικά συναισθήματα που προκύπτουν. Βάσει της ίδιας λογικής τα συμπτώματα διέγερσης αποτελούν εξαρτημένες φοβικές αντιδράσεις που ακολουθούν μετά την παρουσία των τραυματικών ερεθισμάτων.

Ο τρόπος λοιπόν της παρέμβασης στις συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις είναι η έκθεση στα τραυματικά ερεθίσματα, χωρίς την παρουσία αρνητικών συνεπειών με στόχο την εξάλειψη των εξαρτημένων φοβικών αντιδράσεων. Τα τραυματικά αυτά ερεθίσματα μπορεί να είναι εξωτερικά, όπως μέρη, αντικείμενα, άνθρωποι, αισθητηριακές εμπειρίες, κλπ ή και εσωτερικά, όπως μνήμες. Μια απλή ανάμνηση του τραυματικού γεγονότος είναι ικανή να πυροδοτήσει φοβικά συναισθήματα και αντιδράσεις και για αυτόν το λόγο η έκθεση γίνεται τόσο σε εξωτερικά ερεθίσματα, όσο και σε εσωτερικά, έως ότου αυτά αποκτήσουν ουδέτερο χαρακτήρα και δεν θα συνδέονται με φόβο και άγχος (Kulkarni, Barrad, & Cloitre, 2014).

Ενώ οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις κατέχουν σημαντική θέση στην θεραπεία της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, η αναγνώριση της σημασίας των εσωτερικών αναπαραστάσεων της τραυματικής εμπειρίας στην αποδέσμευση από την εν λόγω διαταραχή έγινε από τις γνωστικές θεραπείες (Kulkarni et al., 2014).

Γνωστικές θεραπείες

Η βασικότερη θεωρία των γνωστικών θεραπειών είναι ότι μια τραυματική εμπειρία είναι ικανή να αλλάξει το σύστημα πεποιθήσεων του ατόμου. Οι θεραπείες αυτές βασίζονται στην αναγνώριση των πεποιθήσεων που έχουν αλλάξει και στην επαναξιολόγηση των γνωστικών σχημάτων που έχουν δημιουργηθεί μετά την τραυματική εμπειρία. Η προσέγγιση που έχουν για την αγχώδη μετατραυματική διαταραχή εστιάζει στη σημασία του νοήματος που έχει προσδώσει το άτομο στην τραυματική εμπειρία και όχι τόσο στα χαρακτηριστικά αυτής, καθώς οι αρνητικές πεποιθήσεις είναι αυτές που θα δημιουργήσουν και διατηρήσουν τα συμπτώματα, ενώ η διόρθωση αυτών θα τα εξαλείψει. Μια από τις γνωστικές θεραπείες είναι η “Cognitive Processing Therapy” (CPT) κατά την οποία η αγχώδης μετατραυματική διαταραχή εμφανίζεται ως αποτέλεσμα σύγκρουσης των προϋπαρχόντων γνωστικών σχημάτων με τις νέες πληροφορίες που προκύπτουν από την τραυματική εμπειρία. Στη συγκεκριμένη θεραπεία οι γνωστικές έννοιες της αφομοίωσης και συμμόρφωσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Συγκεκριμένα, η αγχώδης μετατραυματική διαταραχή έρχεται στο συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο, σαν αποτέλεσμα, είτε μη αφομοίωσης των νέων πληροφοριών (του τραυματικού συμβάντος) στα παλιά γνωστικά σχήματα, είτε υπερβολικής συμμόρφωσης των αρνητικών

πεποιθήσεων για το συμβάν. Ο στόχος λοιπόν προς τη θεραπεία της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής είναι αφομοίωση των δεδομένων του τραύματος και η αποτελεσματική αναθεώρηση και συμμόρφωση των πεποιθήσεων σχετικών με το τραυματικό γεγονός. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της αλλαγής των πεποιθήσεων που προέκυψαν από το τραυματικό γεγονός (π.χ. «Δε μπορώ να εμπιστευτώ κανένα») και που δε βοηθούν στην προσαρμογή του ατόμου στα νέα δεδομένα. Η αλλαγή των πεποιθήσεων αυτών στη διαδικασία της CPT πραγματοποιείται μέσω της ενημέρωσης για την αγχώδη μετατραυματική διαταραχή, της γνωστικής θεραπείας και της θεραπείας έκθεσης. Η θεραπεία έκθεσης πραγματοποιείται μέσω της λεπτομερούς καταγραφής της τραυματικής εμπειρίας και της ανάγνωσης, ενώ η γνωστική θεραπεία αφορά στην αναγνώριση και αλλαγή των μη προσαρμοστικών πεποιθήσεων του ατόμου, εστιάζοντας σε κομβικά σημεία κατά τα οποία υπάρχει διαμάχη των προϋπαρχόντων σχημάτων και των νέων πληροφοριών της κακοποίησης (Kulkarni et al., 2014).

Γνωστικές- συμπεριφορικές προσεγγίσεις

Ο συνδυασμός των γνωσιακών και συμπεριφοριστικών θεραπειών συνέβαλε στην ανάπτυξη μιας γνωστικής θεωρίας, κατά την οποία η αγχώδης μετατραυματική διαταραχή έρχεται σαν αποτέλεσμα ενός δικτύου που πυροδοτεί φόβο και στο οποίο περιλαμβάνονται τα ερεθίσματα που σχετίζονται με τα τραυματικά γεγονότα, οι σχετικές αντιδράσεις και οι πεποιθήσεις, καθώς και το νόημα που δίδεται στην όλη τραυματική εμπειρία. Έτσι, ερεθίσματα σχετικά με τη τραυματική εμπειρία ενεργοποιούν τα νοητικά σχήματα και αυτά με τη σειρά τους ενεργοποιούν φοβικές αντιδράσεις. Η συγκεκριμένη λοιπόν θεωρία ερμηνεύει τα συμπτώματα αναβίωσης, καθώς και τη σχέση μεταξύ των ερεθισμάτων, των φοβικών αντιδράσεων και των επακόλουθων συμπεριφορών που σχετίζονται με το τραύμα (Kulkarni et al., 2014).

Μια θεραπεία που προέκυψε από την εν λόγω θεωρία είναι η θεραπεία επεξεργασίας συναισθήματος (Emotional processing theory), η οποία περιλαμβάνει το στάδιο της ενεργοποίησης του δικτύου αυτού που ευθύνεται για τα φοβικά συναισθήματα και αντιδράσεις, καθώς και το στάδιο της εκμάθησης των νέων πληροφοριών που αντιτίθενται στα παθολογικά στοιχεία του δικτύου αυτού. Ουσιαστικά πρόκειται για μια τροποποίηση των αρνητικών αναμνήσεων της τραυματικής εμπειρίας σε πιο υγιείς. Η

κατανόηση της εμπειρίας και των συναισθημάτων που απορρέουν από αυτή επιτυγχάνεται μέσω της πυροδότησης των αναμνήσεων που προκαλούν φόβο, οι οποίες αναθεωρούνται και κατά αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η εξάλειψη του φόβου (Kulkarni et al., 2014).

Η μέθοδος παρατεταμένης έκθεσης ανήκει επίσης στο φάσμα των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων. Πρόκειται για μια θεραπεία που βασίστηκε στην θεραπεία επεξεργασίας συναισθήματος και έχει ως στόχο την έκθεση των ασθενών στις σκέψεις και στις καταστάσεις που συνδέονται με την τραυματική εμπειρία. Οι ασθενείς με τη βοήθεια των θεραπευτών τροποποιούν τα γνωστικά σχήματα και τις αντιδράσεις φόβου που συμβάλλουν στη διατήρηση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής. Οι πρώτες συνεδρίες εστιάζουν στην ενημέρωση της εν λόγω διαταραχής και της θεραπείας της, καθώς και στην αναφορά της τραυματικής εμπειρίας. Στις μετέπειτα συνεδρίες οι ασθενείς υποβάλλονται σε φαντασιακή έκθεση του τραύματος και μετράται ο βαθμός της ανησυχίας και του πόνου που παρουσιάζεται. Η φαντασιακή έκθεση πραγματοποιείται μέσω αφηγήσεων των ασθενών που γίνονται σε ενεστώτα χρόνο και στο πρώτο ενικό και καταγράφονται, με σκοπό την ακρόασή τους στο σπίτι, έτσι ώστε να επέλθει εξοικείωση με τα γεγονότα (Kulkarni et al., 2014).

Άλλες γνωστικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις

Η αφηγηματική θεραπεία (narrative exposure therapy) και η θεραπευτική γραφή (structure writing therapy) αποτελούν επίσης κομμάτι της γνωστικής και συμπεριφορικής προσέγγισης (Kulkarni et al., 2014).

Κατά την πρώτη ο ασθενής με την αρωγή του θεραπευτή κατασκευάζει μια λεπτομερή και χρονολογικά ορθή βιογραφία, στην οποία δίνεται έμφαση στα τραυματικά γεγονότα, τα οποία αποκτούν στο τέλος μια πιο σαφή και κατανοητική διάσταση. Στόχος είναι η εξοικείωση με τα συναισθήματα που απορρέουν από αυτές τις αναμνήσεις, μέσω της ενθάρρυνσης της συζήτησης και της έκφρασης αυτών. Τελικώς, το άτομο αποδέχεται την τραυματική του εμπειρία, αντιλαμβάνεται ότι ανήκει στο παρελθόν και τη συμπεριλαμβάνει στη βιογραφία του (Kulkarni et al., 2014).

Η θεραπευτική γραφή πρόκειται για μια θεραπεία που βασίζεται σε γραπτές τοποθετήσεις από τον ασθενή για την τραυματική του εμπειρία. Τα τρία στάδια της θεραπείας περιλαμβάνουν τη σύγκρουση του ασθενή με τον εαυτό του, τη γνωστική

επαναξιολόγηση και τέλος μια ιεροτελεστία κατά την οποία η αφήγηση του ασθενούς μοιράζεται με κάποιον άλλον «κλείνοντας» έτσι το κεφάλαιο του τραύματος. Ξεκινώντας τη θεραπεία λοιπόν, ο ασθενής γράφει με αφηγηματικό τρόπο σε ενεστότα χρόνο και στο πρώτο ενικό για τις πιο τραυματικές στιγμές που βίωσε, εστιάζοντας σε αισθητηριακές λεπτομέρειες και στα συναισθήματά του τη στιγμή του συμβάντος. Στη συνέχεια, ζητείται από τον ασθενή να γράψει ένα γράμμα σε έναν υποθετικό φίλο που βίωσε παρόμοια τραυματική εμπειρία, μέσα στο οποίο θα παρέχεται στήριξη, συμπαράσταση και συμβουλές για καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης. Τέλος, ο ασθενής γράφει σε έναν οικείο του ένα γράμμα περιγράφοντας τη τραυματική του εμπειρία, τις συνέπειες της και τον τρόπο που κατάφερε να αντιμετωπίσει την όλη κατάσταση, συμπεριλαμβάνοντας μάλιστα το λόγο που στέλνει στο συγκεκριμένο αυτό άτομο και την αναμενόμενη ή/και επιθυμητή απόκριση του αποστολέα. Τέλος, ο ασθενής επιλέγει αν όντως θα γίνει η αποστολή αυτού του γράμματος (Kulkarni et al., 2014).

Απευαισθητοποίηση και Επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών Κινήσεων (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Η απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών κινήσεων πρόκειται για μια θεραπεία που συνδυάζει πολλά θεραπευτικά μοντέλα και βασίζεται στην αναγνώριση του τραύματος, των διαταραγμένων συναισθημάτων και γνωστικών σχημάτων καθώς και στην αναθεώρηση αυτών. Τα παραπάνω πραγματώνονται μέσω μιας διαδικασίας, όπου ο ασθενής αναπαράγοντας μνήμες του τραυματικού γεγονότος ακολουθεί το δάκτυλο του θεραπευτή που κινείται και σταδιακά εγκαθίστανται θετικά γνωστικά σχήματα. Καταγράφονται επίσης σωματικές αντιδράσεις και συναισθήματα που υποδηλώνουν ανησυχία (Kulkarni et al., 2014).

Imaginal rehearsal therapy

Συχνό σύμπτωμα της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής αποτελούν οι εφιάλτες. Η imaginal rehearsal therapy είναι μια νέα θεραπεία του γνωστικού-συμπεριφοριστικού μοντέλου, η οποία έχει ως στόχο την αντιμετώπιση των εφιαλτών και κατ'επέκταση την καλύτερη ποιότητα ύπνου. Στην εν λόγω θεραπεία ο

ασθενής εξοπλίζεται με γνώσεις σχετικά με τους εφιάλτες ως αποτέλεσμα της διαταραχής, επαναφέρει στη μνήμη του τον εφιάλτη, τον καταγράφει και στη συνέχεια αλλάζει το θέμα, το τέλος ή οποιοδήποτε μέρος του, δίνοντάς του θετική διάσταση. Τέλος, προχωρά εκ νέου στην καταγραφή του τροποποιημένου ονείρου και αντικαθιστά με αυτόν τον τρόπο το αρνητικό σενάριο με ένα θετικό που ο ίδιος έχει επιλέξει. Το τελικό αυτό σενάριο το αναπαραγάγει καθημερινώς για 10-20 λεπτά ενόσω είναι αφυπνισμένος. Η διάρκεια της θεραπείας είναι σύντομη και η τεχνική μπορεί να αφομοιωθεί ακόμα και σε μία μόνο συνεδρία (Kulkarni et al., 2014).

Ψυχοεκπαίδευση και παρεμβάσεις με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων

Η ψυχοεκπαίδευση και οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων είναι τεχνικές που εφαρμόζονται κατά κόρον στην θεραπεία της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής. Συγκεκριμένα, η ψυχοεκπαίδευση εστιάζει στην ενημέρωση της εν λόγω διαταραχής, στο τί είναι το τραύμα, ποιά τα συμπτώματα και ποιό είναι οι μηχανισμοί παρέμβασης που θα ακολουθηθούν στη θεραπεία από τον εκάστοτε θεραπευτή. Παρέχονται επίσης περαιτέρω διευκρινίσεις σχετικά με την επιρροή της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής στις διαπροσωπικές σχέσεις, με τη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου, τους τύπους της διαταραχής, τις θεραπευτικές και ψυχοφαρμακολογικές επιλογές που έχει ο συμβουλευόμενος, τις στρατηγικές χαλάρωσης και αντιμετώπισης, τη διαχείριση του θυμού και τη χρήση ουσιών που είναι συχνό φαινόμενο της συγκεκριμένης διαταραχής. Οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε επίπεδο ανάπτυξης δεξιοτήτων εστιάζουν σε τεχνικές χαλάρωσης και τεχνικές αναπνοής, στην επιτυχή επίλυση των προβλημάτων και σε διάφορων ειδών στρατηγικών αντιμετώπισης των καταστάσεων (Kulkarni et al., 2014).

Πρόσφατες παρεμβάσεις

Τα τελευταία πέντε έως 10 χρόνια έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται καινοτόμες παρεμβάσεις αφήνοντας πίσω τα συμπεριφορικά μοντέλα ή και το συνδυασμό τους με τα γνωστικά. Εφαρμόζονται προσθετικά στα πλαίσια θεραπειών έκθεσης με στόχο την αντιμετώπιση του στρες που πυροδοτείται σε αυτές τις θεραπείες και στοχεύουν στην ανάδειξη ή δημιουργία λειτουργικών δεξιοτήτων ασθενών με σοβαρές ή πολύπλοκες

μορφές αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής. Τέτοιου είδους θεραπείες αποτελούν βοηθητικές παρεμβάσεις στα πλαίσια γνωστικών-συμπεριφορικών θεραπειών ή είναι δυνατό να εφαρμοστούν μόνες τους σε περιπτώσεις ασθενών που δεν επιθυμούν να εμπλακούν σε θεραπείες που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Σημαντική εφαρμογή έχουν επίσης σε πληθυσμό ασθενών που έρχονται αντιμέτωποι με χρόνια έκθεση τραυματικών ερεθισμάτων (π.χ. χώρες κάτω από τον κλοιό χρόνιων πολέμων). Η διαφορά των παρεμβάσεων αυτών από τις συμπεριφοριστικές έγκειται στο γεγονός ότι εστιάζουν στην ανάδειξη των δυνάμεων του ασθενούς και στη συγκρότηση σθένους. Συνδυάζονται με ανάπτυξη στρατηγικών που ρυθμίζουν το συναίσθημα, διευκολύνουν την ανάπτυξη της περιβαλλοντικής υποστήριξης και τη δημιουργία σχέσεων, παράγοντες που συμβάλλουν σε καλύτερη ψυχική υγεία και αντιμετώπιση των στρεσογόνων ερεθισμάτων (Kulkarni et al., 2014).

Φαρμακοθεραπεία

Διάφορα είδη φαρμάκων έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, ανάμεσα στα οποία είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, οι σταθεροποιητές της διάθεσης, τα αντιψυχωσικά (Kulkarni et al., 2014) και τα αντικαταθλιπτικά (Heim & Nemeroff, 2001).

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης έχουν χρησιμοποιηθεί κατά κόρον για τη θεραπεία διαταραχών σχετικές με έκθεση σε στρες κατά την παιδική ηλικία (Heim & Nemeroff, 2001). Η συνταγογράφησή τους φαίνεται να είναι πιο συχνή, συγκριτικά με άλλα είδη φαρμάκων, λόγω της αποτελεσματικότητάς τους και στις τρεις ομάδες συμπτωμάτων της διαταραχής. Η αποτελεσματικότητά τους βέβαια κρίνεται από τον ορισμό κατάλληλων δόσεων και τη χρονική διάρκεια λήψης των φαρμάκων (Kulkarni et al., 2014).

Τα αντικαταθλιπτικά έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής. Η δράση τους βασίζεται στη μείωση της έκκρισης του CRF ή της δραστηριότητας του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (Heim & Nemeroff, 2001).

Λαμβάνοντας υπόψιν τις προαναφερθείσες νευροβιολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στην αγχώδη μετατραυματική διαταραχή, η παρέμβαση στην έκκριση

του CRF και της νορεπινεφρίνης, κρίνεται αποτελεσματική στη θεραπεία της διαταραχής. Έτσι, φάρμακα με ανταγωνιστική δράση των νοραδρενεργικών υποδοχέων οδηγούν στην ανακούφιση από τα συμπτώματα υπερδιέγερσης (Raskind, et al., 2007), ενώ φάρμακα ανταγωνιστές των νευρωνικών υποδοχέων του CRF συμβάλλουν επίσης σε μια πιο δραστική θεραπεία της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής (Heim & Nemeroff, 2001).

Όλες οι παραπάνω θεραπείες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές, αλλά όπως φαίνεται από την βιβλιογραφία η γνωστική και συμπεριφορική προσέγγιση λαμβάνει μεγαλύτερη προσοχή λόγω των πιο δραστικών αποτελεσμάτων της (Gillies, Taylor, Gray, O'Brien, & D'Abrew, 2012).

Η συμβολή της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας στην ανακούφιση συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής είναι μέγιστης σημασίας, τόσο σε ενήλικες (Elklit, 2009. McDonough et al., 2005), όσο και σε παιδιά και εφήβους (Gillies et al., 2012). Ενήλικες θύματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σημείωσαν σημαντική μείωση συμπτωμάτων ύστερα από έξι μήνες εβδομαδιαίας γνωστικής και συμπεριφορικής θεραπείας. Η συνέχιση βέβαια της θεραπείας μετά το διάστημα αυτό των έξι μηνών ενδείκνυται τόσο για την περαιτέρω καταπράυνση των συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, όσο και για την απόκτηση ενός υγιούς συναισθηματικού δεσμού με τους οικείους και την αναστήλωση και θωράκιση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς (Elklit, 2009). Η αποτελεσματικότητα της εν λόγω θεραπείας έχει βρεθεί επίσης σε πληθυσμό ανηλίκων, σε διάστημα μόλις ενός μήνα (Gillies et al., 2012). Μετά την παρέλευση του ενός χρόνου η μείωση των συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής είναι δραματική (Gillies et al., 2012), ενώ η σταθερότητα των αποτελεσμάτων φαίνεται μετά από δύο χρόνια γνωστικής και συμπεριφορικής θεραπείας (Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999).

Παρολαυτά δεν υπάρχει κανόνας για τη χρονική διάρκεια που θα καταλαμβάνει η θεραπεία. Λαμβάνοντας υπόψιν την πολυπλοκότητα κάθε περιστατικού παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, καθίσταται αναγκαία η δημιουργία ενός πολύπλοκου θεραπευτικού μοντέλου. Ο κατάλληλος συνδυασμός λοιπόν των θεραπευτικών προσεγγίσεων φαίνεται να δρα προς όφελος του θύματος παιδικής σεξουαλικής

κακοποίησης που ταλανίζεται από αγχώδη μετατραυματική διαταραχή (Καραγιάννης, 1997). Κάθε περίπτωση λοιπόν χρήζει εξατομικευμένης θεραπείας, η διάρκεια της οποίας θα καθοριστεί από τη δυναμική εξέλιξης του εκάστοτε ασθενούς.

Ύστερα από την αναγνώριση των ατομικών διαφορών, η ουσιαστική παρέμβαση θα επιτευχθεί με την ακριβή αξιολόγηση των συμπτωμάτων της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία. Η ερμηνεία, η αξιολόγηση και η βαθιά κατανόηση των συμπτωμάτων συνεισφέρουν στην πρόοδο του ασθενούς, η οποία σημειώνεται από τη στιγμή που αποκτάται κίνητρο για θεραπεία και το άτομο προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα. Η όσο το δυνατόν ακριβής αξιολόγηση των συμπτωμάτων επιτυγχάνεται μέσω της αυτοαναφοράς και διαφόρων διαγνωστικών κλιμάκων και μέσω διαγνωστικών συνεδριών. Στα πλαίσια των τελευταίων, η εδραίωση ενός κλίματος εμπιστοσύνης και ενσυναίσθησης εκ μέρους του θεραπευτή είναι αναγκαία προϋπόθεση, προκειμένου ο συμβουλευόμενος να εκφράσει ελεύθερα τις αρνητικές σκέψεις, συναισθήματα και συνέπειες της τραυματικής του εμπειρίας (Kulkarni et al., 2014). Η ανάκληση των τραυματικών μνημών δεν είναι εύκολη διαδικασία. Ιδιαίτερα στις αρχικές συνεδρίες οι συμβουλευόμενοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αποκάλυψη του γεγονότος αυτού που τους σημάδεψε (Kulkarni et al., 2014). Οι θεραπευτές σε αυτό το αρχικό στάδιο, αντί να ασκήσουν πίεση για λεπτομερή περιγραφή του γεγονότος, καλό είναι να εστιάσουν στα συναισθήματα του ατόμου τη στιγμή που βίωσε τη τραυματική του εμπειρία και στα παρόντα συμπτώματά του. Η αποκάλυψη και η λεπτομερής περιγραφή του γεγονότος θα επέλθει σταδιακά, με τη βοήθεια του θεραπευτή και της ενθάρρυνσής του και πάντα μέσα σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας (Kulkarni et al., 2014).

Για την εδραίωση αυτού του κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα αν σκεφτεί κανείς, πως ο ασθενής θα μοιραστεί την εμπειρία, θα ανακαλύψει τους υπαίτιους, θα εκφράσει τα συναισθήματά του (Σουμάκη, 1997). Η έκφραση της αμφιθυμίας του που θα βοηθήσει στην καλύτερη επεξεργασία του πένθους του (Σουμάκη, 1997), είναι μια πολύ επίπονη διαδικασία που απαιτεί χρόνο, θέληση και δύναμη. Αν αναλογιστεί κανείς πόσες άμυνες χρειάζεται ένα θύμα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης να καταρρίψει, πόσα γνωστικά σχήματα να αναθεωρήσει, πόσα συναισθήματα να ρυθμίσει και σε πόσες νέες καταστάσεις πρέπει να προσαρμοστεί, γίνεται αντιληπτή η δυσκολία αλλά και η σημαντικότητα του έργου του θεραπευτή.

Ανάλογης σημασίας είναι και η πρώτη αντίδραση του θεραπευτή μετά την αποκάλυψη, καθώς χρειάζεται να επιφέρει ανακούφιση στον ασθενή, κάτι που θα σηματοδοτήσει ή και εξελίξει την εμπιστοσύνη στη μεταξύ τους θεραπευτική σχέση (Kuyken, 1995). Έτσι, η πρώτη αντίδραση χρειάζεται να αποπνέει ηρεμία και ενθάρρυνση, παρά συναισθήματα οίκτου ή θυμού προς τον θύτη (Kuyken, 1995).

Εν συνεχεία ο θεραπευτής προχωρά στην πιο αναλυτική περιγραφή του γεγονότος της κακοποίησης, πάντα αξιολογώντας την ετοιμότητα του ασθενούς. Σε αυτό το στάδιο η ξεκάθαρη αναφορά στις λεπτομέρειες της τραυματικής εμπειρίας, η χρήση των λέξεων που χρησιμοποίησε και ο ασθενής για την περιγραφή, καθώς και η ανάκληση όλων των μνημών, θα συντελέσουν στην αντιμετώπιση της αλήθειας από τον ασθενή, ίσως για πρώτη φορά. Τα διασχιστικά συμπτώματα και η άρνηση σταδιακά θα υποχωρήσουν. Η ενσωμάτωση ενός παρελθοντικού γεγονότος στην ενήλικη ζωή καθώς και η επεξεργασία αυτού από την ενήλικη σκοπιά είναι σημαντικές διεργασίες στην αποδοχή του τραυματικού γεγονότος. Το θύμα θα αντιληφθεί ίσως για πρώτη φορά ποιος είναι ο πραγματικός υπαίτιος και θα εκφράσει προς αυτόν έντονα συναισθήματα θυμού, τα οποία με τη βοήθεια του θεραπευτή θα εκτονωθούν κατά τρόπο υγιή (Kuyken, 1995).

Ο θεραπευτής με τη σειρά του θα έρθει αντιμέτωπος με πολλά και ανάμικτα συναισθήματα τα οποία οφείλει να μετριάσει, έτσι ώστε να είναι αμερόληπτος και αντικειμενικός (Καραγιάννης, 1997). Είναι σημαντικό να αποφύγει τη δημιουργία εικασιών για τις συνέπειες και την εξέλιξη της κακοποίησης, καθώς και την ετικετοποίηση αυτής και να δώσει την ευκαιρία στον ασθενή να περιγράψει με την προσωπική του χροιά αυτό που βίωσε (Hunter, 2006).

Τελικώς, η ικανότητά του θα κριθεί από την δημιουργία προτύπων λύσεων, παρά από τη διακοπή του προβλήματος. Ο εφοδιασμός του ασθενούς με στρατηγικές αντιμετώπισης και νέους τρόπους «σχετίζεσθαι» είναι από τους σημαντικότερους ρόλους του θεραπευτή (Καραγιάννης, 1997).

Ολοκληρώνοντας το παρόν κεφάλαιο κρίνεται αναγκαία η επισήμανση των βασικότερων συμπερασμάτων που διεξήχθησαν από τις βιβλιογραφικές αναφορές. Έτσι, κοινός τόπος των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι η συναισθηματική επαναμάθηση μέσω της επεξεργασίας των συναισθημάτων και των γεγονότων, έτσι ώστε οι αντιδράσεις σε στρεσογόνα ερεθίσματα να επανέλθουν στα φυσιολογικά επίπεδα και οι μνήμες της

τραυματικής εμπειρίας να επαναφέρονται εθελοντικά και μόνο, χωρίς να εισβάλλουν σε ανύποπτο χρόνο στο μυαλό του ατόμου. Σημαντικό κομμάτι στη διαδικασία αυτή αποτελεί ο θρήνος της αυτοεκτίμησης, της εμπιστοσύνης, της αθωότητας που χάθηκε. Το άτομο θρηνώντας έρχεται σε άμεση επαφή με το παρελθόν του, δίνοντας του την ευκαιρία να το αφήσει και να προχωρήσει μπροστά.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί η αναγκαιότητα της εξατομικευμένης θεραπείας, ανεξαρτήτως της θεραπευτικής προσέγγισης που ακολουθείται. Η αναγκαιότητα αυτή γίνεται αντιληπτή, αν ληφθεί υπόψιν τόσο η πολυπλοκότητα του εκάστοτε περιστατικού σεξουαλικής κακοποίησης, όσο και η μοναδικότητα κάθε ανθρώπου. Επιπρόσθετα, σημαντικοί παράγοντες που θα συμβάλλουν στην γρηγορότερη και περισσότερο ανώδυνη επούλωση του ψυχικού τραύματος είναι οι κατάλληλες δεξιότητες του θεραπευτή, καθώς και η διάθεση συνεργασίας του ασθενούς. Η μεταξύ τους συνεργασία και συνεπώς η υγιής θεραπευτική σχέση είναι το «κλειδί», τόσο για την ανακούφιση από την αγχώδη μετατραυματική διαταραχή, όσο και από κάθε διαταραχή ή πρόβλημα του συμβουλευόμενου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μέσα από την παρούσα ανασκόπηση γίνεται κατανοητός ο τρόπος που μπορεί να επηρεάσει μια ή περισσότερες εμπειρίες παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του θύματος. Ο ψυχικός τραυματισμός είναι επίπονος, μακροχρόνιος και έχει αντίκτυπο σε πολλές πτυχές της ανθρώπινης λειτουργικότητας. Μεγάλη θέση ανάμεσα στις συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης καταλαμβάνει η αγχώδης μετατραυματική διαταραχή, λόγω των αυξημένων ποσοστών εμφάνισής της. Όπως έγινε σαφές, τα συμπτώματά της επιβαρύνουν τον πάσχοντα τόσο σε συναισθηματικό, γνωστικό, ψυχολογικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής κακοποίησης. Η πολυδιάστατη αυτή δράση της εν λόγω διαταραχής καθορίζει επιτακτική την ανάγκη για άμεση και ουσιαστική παρέμβαση. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία έχει χαρακτηριστεί, μεταξύ άλλων, ως η πιο αποτελεσματική, ενώ φάρμακα όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης φαίνεται να έχουν πιο ισχυρή δράση στα συμπτώματα της διαταραχής, συγκριτικά με άλλα.

Η συνεχής επιστημονική έρευνα σε ζητήματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, έχει φέρει στο φως σημαντικά στοιχεία για το φαινόμενο αυτό. Έτσι, η γνώση των βασικών χαρακτηριστικών της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, η αναγνώριση των παραγόντων και των πληθυσμών επικινδυνότητας, οι πληροφορίες για το προφίλ του δράστη και οι συνέπειες που ακολουθούν, καθίστανται βαρύνουσας σημασίας δεδομένα για τη δράση σε επίπεδο αντιμετώπισης και πρόληψης.

Παρόλαυτα, περαιτέρω έρευνα κρίνεται αναγκαία για την επιπλέον διευκρίνιση του ρόλου των χαρακτηριστικών της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης στην εμφάνιση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της. Για παράδειγμα, τα διαφορούμενα αποτελέσματα αναφορικά με την σχέση της ηλικία έναρξης της κακοποίησης και της διάρκειάς της με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής, πιέζουν για μελλοντική έρευνα. Η επέκταση δε των ευρημάτων σε νευροβιολογικό επίπεδο, θα λειτουργήσει ως αρωγός στην ανακάλυψη νέων φαρμακευτικών ουσιών κατά της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής.

Οι μελλοντικές λοιπόν έρευνες κρίνονται αναγκαίες για την αποσαφήνιση των

μέχρι στιγμής διαφορούμενων ευρημάτων, αλλά και την ανακάλυψη νέων, αλλά κυρίως για τη λήψη ακόμα πιο έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων, λύνοντας τα μεθοδολογικά ζητήματα που προκύπτουν.

Έτσι, παρά τα σημαντικά ευρήματα που έχουν αντληθεί από πληθώρα ερευνών αναφορικά με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση, η ύπαρξη περιορισμών στις τελευταίες δυσχεραίνει πολλές φορές τη γενίκευση αυτών των ευρημάτων, καθώς αμφισβητείται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους. Τα μεθοδολογικά ζητήματα που προκύπτουν επηρεάζουν τα ερευνητικά αποτελέσματα και καθιστούν αδύνατη την μεταξύ τους σύγκριση (Pereda et al., 2009). Σε αυτά περιλαμβάνονται ο ορισμός, πάνω στον οποίον βασίζεται η εκάστοτε έρευνα για την παιδική σεξουαλική κακοποίηση, τα εργαλεία ή οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται προς αναγνώριση των σχετικών περιστατικών, καθώς και τα χαρακτηριστικά και η επιλογή του δείγματος (Pereda et al., 2009).

Πιο συγκεκριμένα, η ρευστότητα του ορισμού της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης επηρεάζει τα αποτελέσματα ερευνών που εξετάζουν το επιπολασμό του συγκεκριμένου φαινομένου (Wyatt & Peters, 1986). Για παράδειγμα τα αποτελέσματα ερευνών που βασίζονται σε πιο αυστηρούς ορισμούς της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και εξετάζουν για παράδειγμα περιπτώσεις βιασμών και μόνο, δε δύνανται να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό που έχει κακοποιηθεί, καθώς η σεξουαλική κακοποίηση αφορά ενέργειες που ανάγονται στην προσβολή της γενετήσιας σφαίρας εν γένει.

Εν συνεχεία, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του φαινομένου φαίνεται επίσης να επηρεάζουν το ποσοστό επιπολασμού του (Pereda et al., 2009). Η ακρίβεια των πληροφοριών που αντλούνται από τις αυτοαναφορές αμφισβητείται, μιας και η πιθανότητα μνημονικών λαθών αυξάνεται, όσο αυξάνεται και η ηλικία (Bishop et al., 2014). Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται «σφάλμα ανάκλησης» και συγκαταλέγεται στα συστηματικά σφάλματα μιας έρευνας. Πληθώρα ερευνών έχουν έρθει αντιμέτωπες με την επιρροή του σφάλματος ανάκλησης στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων τους (Easton et al., 2011. Fergusson et al., 2013. Gilbert et al., 2009. Bishop et al., 2014). Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη μνημονική ικανότητα εκτός της ηλικίας είναι η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας (Kuyken, 1995) , όπως στην περίπτωση της αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής. Όπως έχει καταστεί σαφές, οι γνωστικές διεργασίες επηρεάζονται στην εν

λόγω διαταραχή κι έτσι υπάρχει ένας ενδοιασμός, αν οι συνέπειες που βιώνει το άτομο είναι πράγματι αποτέλεσμα της τραυματικής του εμπειρίας ή της γνωστικής εκτίμησής του για την εμπειρία (Gilbert et al., 2009).

Η επιλογή των δειγμάτων είναι ένα επίσης μελανό σημείο στη μελέτη της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Η αναζήτηση συμμετεχόντων από συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες (π.χ. εθελοντές, κλινικά κέντρα, κέντρα φροντίδας) δυσχεραίνει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των διάφορων ερευνών (Kuyken, 1995). Η επιλογή μάλιστα των ομάδων ελέγχων καθίσταται μια δύσκολη διαδικασία, αν ληφθεί υπόψιν η πολυπλοκότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος και η πιθανή ύπαρξη άλλων μορφών κακοποίησης, εκτός της σεξουαλικής (Kuyken, 1995).

Η ποικιλία μάλιστα των χαρακτηριστικών των δειγμάτων, σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, ηλικία, φύλο, κ.ά. επηρεάζει επίσης το ποσοστό επιπολασμού της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (Pereda et al., 2009). Αναφορικά με τον παράγοντα του φύλου, η πλειονότητα των ερευνών που έχουν διεξαχθεί, βασίζονται σε δείγματα γυναικών (Kuyken, 1995), ενώ μόνο τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί αύξηση των ερευνών που βασίζονται (και) σε αντρικά δείγματα (Cermak & Molitor, 1996). Το γεγονός αυτό, όπως έχει ήδη αναφερθεί, έγκειται στο ότι οι άντρες θύματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης είναι λιγότερο πιθανό να αποκαλύψουν το γεγονός που πολλές φορές κρατούν μυστικό, προς αποφυγήν της κοινωνικής κατακραυγής. Έτσι, τα ποσοστά του φαινομένου στον αντρικό πληθυσμό δεν είναι τόσο σαφή, εν συγκρίσει με αυτά του γυναικείου. Τέλος, επίσης σοβαρό μεθοδολογικό ζήτημα σχετικά με το δείγμα αποτελεί το περιορισμένο μέγεθος αυτού, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε έλλειψη αξιοπιστίας και εγκυρότητας, καθώς και σε αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων (Pereda et al., 2009. Ackerman et al., 1998).

Τελικώς, ένας σημαντικός περιορισμός των ερευνών είναι η διαμεσολάβηση άλλων παραγόντων, εκτός της παιδικής σεξουαλικής παραβίασης, όπως λόγου χάριν το δυσμενές οικογενειακό περιβάλλον, που είναι ικανοί να επιβαρύνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου (Kuyken, 1995). Έτσι, κρίνεται αναγκαίο να λαμβάνεται υπόψιν όλο το ιστορικό υπόβαθρο του ατόμου στην προσπάθεια ερμηνείας των δυσκολιών που αντιμετωπίζει και συνεπώς η παιδική σεξουαλική κακοποίηση να εξετάζεται σε συνάρτηση και με άλλους παράγοντες (Kuyken, 1995).

Βάσει λοιπόν των παραπάνω, η διατύπωση ενός ολοκληρωμένου και γενικώς αποδεκτού ορισμού για την παιδική σεξουαλική κακοποίηση, καθίσταται αναγκαία στην έρευνα των αποτελεσμάτων της. Περαιτέρω έρευνες με κατάλληλα δομημένα ερωτηματολόγια και σωστά εκπαιδευμένο προσωπικό για τη λήψη συνεντεύξεων, είναι δυνατό να αυξήσουν την αξιοπιστία και εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Η σωστή δειγματοληψία βασισμένη σε μεγάλο αριθμό ατόμων με διαφορετικά χαρακτηριστικά και σε ποικίλες κοινωνικές ομάδες θα οδηγήσει επίσης στην αύξηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας και στη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων. Τέλος, χρήσιμος θα ήταν και ο έλεγχος των διαμεσολαβητών στην διερεύνηση των συνεπειών της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης.

Η δράση λοιπόν της επιστημονικής κοινότητας είναι καθοριστικής σημασίας για την κάλυψη των κενών των ερευνητικών δεδομένων και την ανακάλυψη νέων, στην προσπάθεια αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Ανάλογης σημασίας είναι και ο ρόλος των επαγγελματιών που αναλαμβάνουν την αντιμετώπιση του φαινομένου και έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα. Η αντιμετώπιση περιστατικών παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης χρήζει ιδιαίτερης προσοχής στον χειρισμό της και συνεπώς η ύπαρξη κατάλληλων δεξιοτήτων από τους διάφορους επαγγελματίες κρίνεται αναγκαία. Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν με στόχο την κατάλληλη αντιμετώπιση του παιδιού θύματος, αφορούν ενέργειες των κοινοτήτων, αλλά κυρίως της κοινωνίας.

Πιο συγκεκριμένα, η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των κοινωνικών λειτουργών, των αστυνομικών αρχών και των διαφόρων σχετικών ιδρυμάτων είναι σημαντική στην αντιμετώπιση περιστατικών παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Η δημιουργία ενός λεπτομερούς, από κοινού συμφωνημένου και συλλογικού πρωτοκόλλου κατέστη βαρύνουσας σημασίας προς την επίτευξη του παραπάνω στόχου. Η διευκρίνιση των ρόλων των εκάστοτε επαγγελματιών καθώς και η συνεργασία τους βάσει πρωτόκολλων συμβάλλει στην αντιμετώπιση του θέματος με ουσιαστικό τρόπο. Σημαντική καθίσταται και η εκπαίδευση των αστυνομικών αρχών και των δικαστών σε θέματα ανάπτυξης των παιδιών, με στόχο την προστασία των αναγκών τους (Finkelhor, 1997). Η κατάλληλη εκπαίδευση θα συνεισφέρει στην καλύτερη αντιμετώπιση των παιδιών θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης. Η αλλαγή στον τρόπο και στις τεχνικές που

χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια δικανικών συνεντεύξεων είναι απαραίτητη, όταν εξετάζονται περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών, καθώς αποφεύγεται η δευτερογενής θυματοποίησή τους (Finkelhor, 1997).

Οι συνεντεύξεις μάλιστα πρέπει να περιορίζονται σε αριθμό στο ελάχιστο έτσι ώστε να μειωθεί ο αντίκτυπος που έχουν αυτές οι νομικές διαδικασίες στην ψυχοσύνθεση του παιδιού. Πολλές φορές μετά την αποκάλυψη, η σύγχυση που επικρατεί στη ζωή του παιδιού, οι αντιδράσεις του περιβάλλοντος, σε συνδυασμό με τις νομικές διαδικασίες, έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ψυχολογία του παιδιού από ότι η ίδια η κακοποίηση. Για αυτόν το λόγο είναι επιτακτικοί οι προσεκτικοί χειρισμοί από τους αρμόδιους κατά τη διάρκεια ακροάσεων, καθώς και ο σεβασμός στις ανάγκες του και την αυτονομία του. Είναι επίσης σημαντικό το καθημερινό πρόγραμμα του παιδιού να δεχθεί όσο το δυνατό λιγότερες αλλαγές, να εξασφαλιστεί η εχεμύθεια και η προστασία του και να του εξηγηθούν λεπτομερώς εκ των προτέρων οι νομικές διαδικασίες, από τις οποίες θα περάσει. Τέλος, η συντομία των νομικών διαδικασιών είναι απαραίτητη για την πιο γρήγορη ανάκαμψη της ψυχολογίας του παιδιού (Finkelhor, 1997).

Επιπρόσθετος ρόλος των επαγγελματιών που θα συνεισφέρει στην αντιμετώπιση του προβλήματος είναι η διατήρηση ενός υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος για το παιδί. Η εξέλιξη του παιδιού επηρεάζεται κατά κόρον από τη στάση των μη κακοποιητικών μελών της οικογένειάς του. Συνεπώς, η διατήρηση του δεσμού μεταξύ του παιδιού και της οικογένειάς του είναι ζωτικής σημασίας, ύστερα από την αποκάλυψη του παιδιού (Finkelhor, 1997).

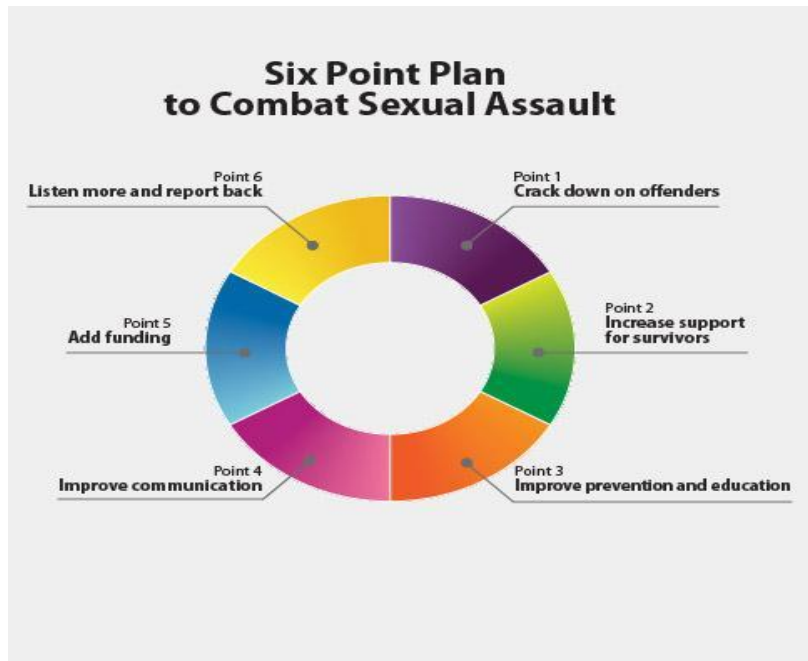
Κατόπιν όσων αναφέρθηκαν σχετικά με την αποκάλυψη της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, γίνεται αντιληπτό πως αυτή είναι απαραίτητη για τη θετική εξέλιξη του θύματος, αλλά όχι απαραίτητα αποτελεσματική. Οι θεραπευτές ή γενικότερα οι επαγγελματίες που θα αναλάβουν περιστατικά παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, οφείλουν να αναγνωρίσουν το θάρρος του παιδιού ή του ενήλικα που προχωρά στην αποκάλυψη και να τους διαβεβαιώσει ότι τα περισσότερα θύματα παραμένουν σιωπηλά, λόγω της ανασφάλειας και του φόβου τους ότι δε θα γίνουν πιστευτοί ή ότι θα κινδυνεύσουν. Οφείλουν επιπρόσθετα να παροτρύνουν τους γονείς να πιστέψουν το παιδί και να το στηρίξουν από τις πρώτες στιγμές μετά την αποκάλυψη, καθώς όπως

προαναφέρθηκε, οι αρχικές αντιδράσεις παίζουν καθοριστικό ρόλο στην μετέπειτα ψυχολογική πορεία του θύματος (Melville et al., 2014).

Έτσι, ιδιαιτέρως χρήσιμη αναδεικνύεται η συμβουλευτική της οικογένειας, η οποία έρχεται αντιμέτωπη με τα δικά της συναισθήματα τα οποία χρειάζεται να χειριστούν έτσι ώστε να είναι ικανά να συνεισφέρουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις νομικές διαδικασίες και να συνεργαστούν με τους διάφορους επαγγελματίες. Οι τελευταίοι μάλιστα οφείλουν να ενθαρρύνουν αυτή τη συνεργασία και να κρατούν ενήμερα τα οικογενειακά μέλη για τις εξελίξεις (Finkelhor, 1997).

Προκειμένου να γίνουν πράξη όλα τα παραπάνω, οι επαγγελματίες χρειάζεται να έχουν επίγνωση του

φαινομένου της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Η γνώση επί του θέματος αφορά εκτός των προαναφερθέντων επαγγελματιών, και άλλους όπως δικηγόρους, δημοσιογράφους, ιερείς και είναι δυνατό να αποκτηθεί μέσω συνεδρίων, σεμιναρίων, άρθρων σε περιοδικά και βιβλίων. Η έκθεση σε πληροφορίες σχετικές με το



φαινόμενο αφορά τη δράση της κοινωνίας, η οποία οφείλει να ενθαρρύνει την ενασχόληση των πολιτών με το θέμα και να τους προτρέψει να εγκαταλείψουν τυχόν προκαταλήψεις και δυσανασχετήσεις (Finkelhor, 1997).

Επιπρόσθετα, η εξειδίκευση των επαγγελματιών στην αντιμετώπιση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης αποτελεί κρίσιμη βοήθεια στο έργο αυτό. Για παράδειγμα, η ύπαρξη αστυνομικών που εκπαιδεύονται καταλλήλως για την διεξαγωγή συνεντεύξεων και ερευνών σχετικών με το φαινόμενο, θα συνεισέφερε δραστικά στη σωστή αντιμετώπισή του από τις αρχές. Ανάλογες εξειδικεύσεις σε παιδιάτρους,

παιδιάτρους-γυναικολόγους και ψυχοθεραπευτές θα συντελούσαν στην αντιμετώπιση, ακόμα και στην πρόληψη του φαινομένου(Finkelhor, 1997).

Κάνοντας λόγο για πρόληψη δε θα μπορούσε να λείπει η ενημέρωση των παιδιών για την παιδική σεξουαλική κακοποίηση σε ένα ανάλογο πρόγραμμα. Η εκπαίδευση με στόχο την αναγνώριση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, την αποφυγή της και την ενθάρρυνση των παιδιών να ζητήσουν βοήθεια (Finkelhor, 1997), είναι ίσως από τις πιο αποτελεσματικές τακτικές πρόληψης του φαινομένου.

Εν κατακλείδι, στο δρόμο προς την αντιμετώπιση του φαινομένου της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, οι ανάγκες τόσο για περαιτέρω επιστημονική έρευνα, όσο και για συνεργασία των επαγγελματιών γίνονται επιτακτικές. Κοινός γνώμονας όσων συνδράμουν στο έργο αντιμετώπισης της παραβίασης της παιδικής γενετήσιας σφαίρας, είναι ο σεβασμός στις ανάγκες του παιδιού και η προαγωγή του συμφέροντος αυτού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. & Γεωργούδη, Ν. (2009). Σεξουαλική παραβίαση. Στο Γ. Νικολαΐδης & Μ. Σταυριανάκη (Επιμ.), *Βία στην οικογένεια. Τεκμηριωμένη πρακτική και τεκμήρια από την πρακτική*. Αθήνα: ΚΨΜ.
- Ackerman, P. T., Newton, J. E., Brian McPherson, W., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22 (8), 759-774.
- Adell, A., Garcia-Marquez, C., Armario, A., & Gelpi, E. (1988). Chronic stress increases serotonin and noradrenaline in rat brain and sensitizes their responses to a further acute stress. *Journal of Neurochemistry*, 50 (6), 1678–1681.
- Afifi, T. O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 139-147.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S., & Seedat, S. An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13(16). 1-14.
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1995). Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse & Neglect*, 19(12), 1401-1421.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4 (2), 54-69.
- Briggs, L., & Joyce, P. R. (1997). What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 21(6), 575-582.

- Cermak, P., & Molidor, C. (1996). Male victims of child sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13(5), 385-400.
- Chappell, P. B., Smith, M. A., Kilts, C. D., Bissette, G., Ritchie, J., Anderson, C., και συν. (1986). Alterations in corticotropin-releasing factor-like immunoreactivity in discrete rat brain regions after acute and chronic stress. *Journal of Neuroscience*, 6 (10), 2908-2914.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34, 813–822.
- Dayan, J., Rauchs, G., & Guillery-Girard, B. (in press). Rhythms dysregulation: A new perspective for understanding PTSD? *Journal of Physiology – Paris*.
- Deblinger, E., Steer, R. A., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1371–1378.
- DiMatteo, R. M., & Martin, L. R. (2011). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.
- Easton, S. D., Coohy, C., O’leary, P., Zhang, Y., & Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence*, 26(1), 41-50.
- Elklit, A. (2009). Traumatic stress and psychological adjustment in treatment-seeking women sexually abused in childhood: A follow-up. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 251-257.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20 (10), 953-961.

- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Neglect/Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, *37*, 664–674.
- Farley, M., & Keaney, J. (1997). Physical symptoms, somatization, and dissociation in women survivors of childhood. *Women & Health*, *25*(3), 33-45.
- Finkelhor, D. (1987). The trauma of child sexual abuse: Two models. *Journal of Interpersonal Violence*, *2*(4), 348 - 366.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, *14*, 19-28.
- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, *373*(9657), 68-81.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1004–1116.
- Grassi-Oliveira, R., & Milnitsky Stein, L. (2008). Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: The burden of neglect. *Child Abuse & Neglect*, *32*, 1089–1094.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies*, *49* (12), 1023–1039.
- Horowitz, F. D. (1996). Developmental perspectives on child and adolescent posttraumatic stress disorder. *Journal of School Psychology*, *34* (2), 189-191.

- Hunter, S. V. (2006). Understanding the complexity of child sexual abuse: A review of the literature with implications for family counseling. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14(4), 349-358.
- Θεμελή, Ο. Χ. (2014). *Τα παιδιά καταθέτει. Η δικανική εξέταση ανήλικων μαρτύρων, θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Jedema, H. P., & Grace, A. A. (2003). Chronic exposure to cold stress alters electrophysiological properties of locus coeruleus neurons recorded in vitro. *Neuropsychopharmacology*, 28, 63-72.
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *Lancet*, 364, 462-470.
- Johnson, D. M., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 25, 179-198.
- Καραγιάννης, Δ. (1997). Στο Θ. Καλλινικάκη (Επιμ.), *Αιμομιξία και θεραπευτικό πλαίσιο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kaufman, J., Plotsky, P. M., Nemeroff, C. B., & Charney, D. S. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biological Psychiatry*, 48 (8), 778-790.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., & Biebl, W. (1995). Sexual dysfunctions: Relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Sexual dysfunctions: Relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample*, 19(7), 785-792.
- Koopman, C., Gore-felton, C., Classen, C., Kim, P., & Spiegel, D. (2002). Acute stress reactions to everyday stressful life events among sexual abuse survivors with PTSD. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(2), 83-99.
- Κουτσελίνης, Α. (1991). Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού. Στο Ε. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου (Επιμ.), *Κακοποίηση παραμέληση παιδιών*. Αθήνα: ΚΑΣ. Μ. ΓΡΗΓΟΡΗ.

- Krahé, B. (2000). Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence and adulthood. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 5, 149-165.
- Kulkarni, M., Barrad, A., & Cloitre, M. (2014). Posttraumatic stress disorder: Assessment and treatment. In P. Emmelkamp, & T. Ehring (Eds.), *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Kuyken, W. (1995). The psychological sequelae of childhood sexual abuse: A review of the literature and implications of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2(2), 108-121.
- LeDoux, J. (2007). The amygdala. *Current Biology*, 17 (20), 868–874.
- Luo, T.-Y. E. (1998). Sexual abuse trauma among chinese survivors. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 1013-1026.
- Martins, C. M., Tofoli, S. M., Von Werne Baes, C., & Juruena, M. (2011). Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: A systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 219-227.
- Matorin, A. I., & Lynn, S. J. (1998). The development of a measure of correlates of child sexual abuse: The traumatic sexualization survey. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 261-280.
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J., Eisner, A., & Storck, M. (1996). Age of onset of sexual abuse: relationship to sexually inappropriate behaviors. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1375-1383.
- McLean, C. P., Rosenbach, S. B., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2013). Social and academic functioning in adolescents with child sexual abuse-related PTSD. 37(9), 675–678.
- McDonagh, A., McHugo, G., Sengupta, A., Carney Demment, C., Schnurr, P. P., Friedman, M., . . . Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515-524.

- Melville, J. D., Kellogg, N. D., Perez, N., & Lukefahr, J. L. (2014). Assessment for self-blame and trauma symptoms during the medical evaluation of suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *38*, 851-857.
- Messman, T. L., & Long, P. J. (1996). Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review. *16*(5), 597-420.
- Meston, C. M., Heiman, J. R., & Trapnell, P. D. (2010). The relation between early abuse and adult sexuality. *The Journal of Sex Research*, *36*(4), 385-395.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health*, *91*(5), 753-760.
- Νάκου, Σ. (1991). Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών: Ιστορική αναδρομή. Στο Ε. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου (Επιμ.), *Κακοποίηση παραμέληση παιδιών*. Αθήνα: ΚΑΣ. Μ. ΓΡΗΓΟΡΗ.
- Nisenbaum, L. K., Zigmond, M. J., Sved, A. F., & Abercrombie, E. D. (1991). Prior exposure to chronic stress results in enhanced synthesis and release of hippocampal norepinephrine in response to a novel stressor. *The Journal of Neuroscience*, *11* (5), 1479-1494.
- O'Leary, P., Cooney, C., & Easton, S. D. (2010). The effect of severe child sexual abuse and disclosure on mental health during adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse*, *19*(3), 275-289.
- Παπαδημητρίου, Α. (3 Νοεμβρίου 2014). Συζητώντας για την παιδική σεξουαλική κακοποίηση. *BHmagazino*. Ανακτήθηκε από <http://www.tovima.gr/vimagazino/interviews/article/?aid=646276>
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, *33*, 331-342.

- Πρεκατέ, Β. (2008). *Η κακοποίηση του παιδιού στο σχολείο και στην οικογένεια: Πως μπορούν οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να συμβάλλουν στην παιδική προστασία και ενημερία*. Αθήνα : Εκδόσεις Βήτα.
- Putnam, F. W. (2002). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of*, 42, 269–278.
- Raskind, M. A., Peskind, E. R., Hoff, D. J., Hart, K. L., Holmes, H. A., Warren, D., και συν. (2007). A Parallel Group Placebo Controlled Study of Prazosin for Trauma Nightmares and Sleep Disturbance in Combat Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry* , 61 (8), 928–934.
- Rauch, S. L., Shin, L. M., & Phelps, E. A. (2006). Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research—Past, Present, and Future. *Biological Psychiatry* , 60 (4), 376–382.
- Risser, H. J., Hetzel-Riggin, M. D., Thomsen, C. J., & McCanne, T. R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 687–698.
- Rodriguez, N., Ryan, S. W., Rowan, A. B., & Foy, D. W. (1996). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adult survivors of childhood Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 20(10), 943-952.
- Ronzoni, G., del Arco, A., Mora, F., & Segovia, G. (2016). Enhanced noradrenergic activity in the amygdala contributes to hyperarousal in an animal model of PTSD. *Psychoneuroendocrinology* , 70, 1-9.
- Rowan, A. B., & Foy, D. W. (1993). Post- traumatic stress disorder in child sexual abuse survivors: A literature review. *Journal of Traumatic Stress*, 6(1), 3-20.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Coury-Doniger, P. (2011). Self-defining as sexually abused and adult sexual risk behavior: Results from a cross-sectional survey of women attending an STD clinic. *Child Abuse & Neglect*, 35, 353-362.

- Shou, H., Yang, Z., Satterthwaite, T. D., Cook, P. A., Bruce, S. E., Shinohara, R. T., και συν. (2017). Cognitive behavioral therapy increases amygdala connectivity with the cognitive control network in both MDD and PTSD. *NeuroImage: Clinical*, *14*, 464–470.
- Σουμάκη, Τ. (1997). Στο Θ. Καλλινικάκη (Επιμ.), *Αιμομιξία και θεραπευτικό πλαίσιο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Strawn, J. R., & Geraciotti, T. D. (2008). Noradrenergic dysfunction and the psychopharmacology of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *25*, 260–271.
- Swingle, J. M., et al. (2016). Neglect Childhood disclosure of sexual abuse: Necessary but not necessarily sufficient. *Child Abuse & Neglect*, *62*, 10-18.
- Tremblay, C., Hebert, M., Piche, C. (2000). Type I type II post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of child Sexual Abuse*, *9* (1), 65-90.
- Trousselard, M., Lefebvre, B., Caillet, L., Andruetan, Y., de Montleau, F., Denis, J., και συν. (2016). Is plasma GABA level a biomarker of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) severity? A preliminary study. *Psychiatry Research*, *241*, 273–279.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, *29*, 767–782.
- Valentino, R. J., Foote, S. L., & Aston-Jones, G. (1983). Corticotropin-releasing factor activates noradrenergic neurons of the locus coeruleus. *Brain Research*, *2* (4), 363–367.
- van den Bulk, B. G., Somerville, L. H., van Hoof, M.-J., van Lang, N. D., van der Weed, N. J., Crone, E. A., και συν. (2016). Amygdala habituation to emotional faces in adolescents with internalizing disorders, adolescents with childhood sexual abuse related PTSD and healthy adolescents. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *21*, 15-25.

Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 18*(1), 37-50.