



Η Ψυχική υγεία των παιδιών στην Κοινωνία της κρίσης



Ο ρόλος των γονέων και των εκπαιδευτικών

Επιστημονική επιμέλεια: Στέφανος Κούτρας,
Δρ. Ειδικής Αγωγής – Ψυχομετρίας Παν/μίου Ιωαννίνων



Θερμές ευχαριστίες εκφράζουμε στο ΙΝΕΔΙΒΙΜ και στις εκδόσεις Ταξιδευτής
για τη συμβολή τους στην έκδοση του βιβλίου

© Ταξιδευτής, Πολιτιστική Κίνηση Εκπαιδευτικών
Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

ISBN: 978-960-9692-41-0

Σελιδοποίηση: Ασπασία Μπακογιάννη

Εκδόσεις «Ταξιδευτής»
Βαλτετσίου 10, Τ.Κ. 10680 Αθήνα
Τηλ.: 210 3638616, Fax: 210 3638617

Πολιτιστική Κίνηση Εκπαιδευτικών
Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΠΟ.Κ.Ε.Π.Ε)
Βερανζέρου 5, Αθήνα
e-mail: pokepe2005@yahoo.gr
www.pokepenet.wordpress-com

email: info@taxideftis.gr
www.taxideftis.gr

Όλα τα δικαιώματα ανήκουν στους ιδιοκτήτες *copyright*.
Απαγορεύεται η αναπαραγωγή του έργου (ή τμήματός του)
με οποιοδήποτε μέσο, χωρίς γραπτή άδειά τους.

Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες σε παιδιά και εφήβους

Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου

Επίκ. Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε.- ΕΚΠΑ

Ειρήνη Ξυπολιτά

Εκπαιδευτικός, M.Sc

Σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), η έννοια της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (PTSD) ή Διαταραχής μετά από Τραυματικό Στρες (APA, 1996. Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2003. Χουντουμάδη & Πατεράκη, 2008) αναφέρεται σε καταστάσεις κατά τις οποίες πυροδοτούνται τραυματικές εμπειρίες από την έκθεση του ατόμου σε έκτακτα γεγονότα, πέραν του συνήθους πλαισίου της καθημερινότητας και τα οποία μπορούν να προκαλέσουν δυσφορία ή ακόμη και απελπισία στα άτομα που τα βιώνουν.

Συγκεκριμένα, το άτομο που βίωσε το ίδιο ή υπήρξε μάρτυρας γεγονότων, τα οποία περιλαμβάνουν πραγματικό ή επαιλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό, καταστάσεις βίας (όπως σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση) καθώς και εμπειρίες από φυσικές καταστροφές (π.χ. σεισμούς, πλημμύρες, πυρκαγιές). Σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας που αναπτύσσει την εν λόγω διαταραχή είναι η αδυναμία αντίδρασης του ατόμου απέναντι στον κίνδυνο, σε συνδυασμό με αισθήματα φόβου, έντονης σωματικής διέγερσης, τρόμου και αίσθησης αβοήθητου (Gold, Kant, & Kim, 2008).

Η αντίδραση του ατόμου στο τραυματικό γεγονός θεωρείται καθοριστικής σημασίας για την πορεία εξέλιξης της διαταραχής. Λαμβάνοντας υπ' όψιν την παράμετρο των διαφορετικών μορφών της PTSD που παρατηρείται στους ενήλικες και τα παιδιά, κρίνεται αναγκαίο να γίνει ανα-

φορά στην πιθανότητα εκδήλωσης της διαταραχής αυτής στα παιδιά και τους εφήβους κυρίως μέσω μιας αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς και λιγότερο μέσω της βίωσης αισθημάτων έντονου φόβου (Kaminer, Seedat & Stern, 2005).

Μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα που υπέφεραν από PTSD υπέστησαν μόνιμες αλλαγές στον εγκέφαλό τους (άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και αμυγδαλοειδούς πυρήνα του εγκέφαλου) (ver Ellen & van Kammen, 1990) και εκδήλωσαν αυξημένη έκκριση επινεφρίνης, νορεπινεφρίνης, τεστοστερόνης, κορτιζόλης και θυροξίνης (Mason et al., 1990). Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που καταδεικνύει την ισχυρή επίδραση των καταστροφικών γεγονότων της ζωής, αποτελεί η έκρηξη του ηφαιστείου «Βουνό της Αγίας Ελένης». Μόλις λίγους μήνες μετά την έκρηξη, στην κοντινή αγροτική πόλη του Οθέλο, στην Ουάσιγκτον, αναφέρθηκε αύξηση των θανάτων σε ποσοστό της τάξης του 18,6%, αύξηση σε ασθένειες που επιδεινώνονται με το στρες σε ποσοστό 19,8% και διπλάσιος αριθμός ατόμων που αναζητούσαν βοήθεια από τις τοπικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις όποιες ψυχικές διαταραχές (Adams & Adams, 1984. Αντωνίου, 2006).

Η PTSD διεγνώσθη αρχικώς στους βετεράνους του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου ως «σοκ βομβαρδισμού» (Southward, 1919), είχε όμως περιγραφεί και πολύ νωρίτερα ως «νευρικό σοκ» (Page, 1885), «τραυματική νεύρωση» (Oppenheim, 1892), «αγχώδης νεύρωση» (Freud, 1894, 1919) ή «φοβική νεύρωση» (Kraepelin, 1886). Κατά τη διάρκεια του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ασχολήθηκαν ιδιαίτερα με τους επιζώντες στρατιώτες εισάγοντας στη διεθνή βιβλιογραφία τις έννοιες του «μετατραυματικού συνδρόμου» (Goto & Wilson, 2003. Kardiner, 1941) και της «νεύρωσης του πολέμου» (Grinker & Spiegel, 1943). Ο Kardiner (1941) αναγνώρισε ότι οι βετεράνοι με το σύνδρομο αυτό υπέφεραν από ιδιαίτερα εχθρικά αισθήματα για τους άλλους, είχαν έντονες και αδικαιολόγητες εκρήξεις θυμού και παρέμεναν καθηλωμένοι στα τραυματικά περιστατικά που είχαν βιώσει.

Ωστόσο, η έννοια του PTSD χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στα τέλη της δεκαετίας του '70 (Figley, 1978) αναγνωρίζοντας εκτός από τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις που είχε η έκθεση στη φρίκη του πολέμου στους βετεράνους του Βιετνάμ, τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην προσωπικότητα και την προσαρμογή τους. Έτσι, στην τρίτη έκδοση του DSM (American Psychiatric Association, 1980), περιλαμβάνονταν το σύν-

δρομο της PTSD, όπου αναγνωρίζονται ότι μετά από την έκθεση σε ιδιαίτερα τραυματικά γεγονότα, κάποιοι άνθρωποι αναπτύσσουν συμπτώματα έντονης επαναβίωσης του τραύματος, συμπεριφορές αποφυγής, καθώς και ένα σύνολο σωματικών συμπτωμάτων (Βλαχάκης & Αντωνίου, 2006). Αν και, όπως προαναφέρθηκε, αρχικώς ο όρος PTSD χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τα συναισθήματα των Αμερικανών βετεράνων του πολέμου, σήμερα χρησιμοποιείται για να αποδώσει, άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο ορθά, ένα ευρύτερο φάσμα φαινομένων όπως η εξάρτηση από τα ναρκωτικά (Mills et al., 2005), η μετανάστευση (Sundquist et al., 2005) και τα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων (Mills & Mills, 2005).

Τα πρωταρχικά συμπτώματα της PTSD κατά βάση κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τρία συμπλέγματα συμπτωμάτων. Το πρώτο σύμπλεγμα αναφέρεται στην επαναβίωση της τραυματικής εμπειρίας με επανέρχόμενες αναμνήσεις (flashbacks), εφιάλτες και ψυχοσωματικό άγχος. Το δεύτερο σύμπλεγμα περιλαμβάνει επίμονη αποφυγή σκέψεων, προσώπων, ακόμη και καταστάσεων, οι οποίες βιώνονται ως υπομνηστικές της τραυματικής εμπειρίας (McNally, 2003). Επίσης, στη δεύτερη αυτή κατηγορία εντάσσεται η ανικανότητα του παιδιού να επαναφέρει στη μνήμη του πτυχές του τραυματικού γεγονότος ή απόσυρση από δραστηριότητες και συγκεκριμένα πρόσωπα, καθώς και απουσία σχεδίων για το μέλλον. Στο τελευταίο σύμπλεγμα κατηγοριοποιούνται συμπτώματα ιδιαίτερης έντασης, όπως διαταραχές ύπνου, ευερεθιστότητα, υπερεργήγορη, δυσκολίες συγκέντρωσης και αιφνιδιαστικές αντιδράσεις. Επιπλέον, τα συγκεκριμένα συμπτώματα συχνά συνοδεύονται και από σωματικές ενοχλήσεις (π.χ. στομαχόπονους, πονοκεφάλους κ.ά.) (Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, Resnick, & Best, 2003. van der Kolk, 1994). Για να καταστεί αξιόπιστη η διάγνωση της PTSD, τα συμπτώματα θα πρέπει να εμμένουν για τουλάχιστον έναν μήνα μετά την τραυματική εμπειρία και να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του παιδιού (Salmon & Bryant, 2002).

Παρακάτω θα διερευνηθούν οι τραυματικές εμπειρίες που προκαλούν σε υψηλότερα ποσοστά την εμφάνιση της PTSD. Μια από τις σημαντικότερες και συχνότερα εμφανιζόμενες, στη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, τραυματικές εμπειρίες είναι η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, η οποία φαίνεται να έχει λάβει μεγάλη έκταση κατά τα τελευταία χρόνια (Bremner, Randall, Vermetten, Staib, Bronen, Mazure,

Capelli, McCarthy, Innis & Charney, 1997). Η παιδική θυματοποίηση, σωματική ή/και σεξουαλική, αποτελεί δυνητικό αιτιολογικό παράγοντα PTSD. Η κακοποίηση εις βάρος των παιδιών, η ανάρμοστη συμπεριφορά και η παραμέληση που δέχονται από τις οικογένειές τους αυξάνουν τις πιθανότητες διάγνωσης όχι μόνο PTSD αλλά και άλλων διαταραχών της διάθεσης, της διαγωγής καθώς και αγχώδων διαταραχών (άγχος αποχωρισμού, φοβίες, κρίσεις πανικού, ιδεοληπτική καταναγκαστική διαταραχή) (van der Kolk, 1994).

Κατά προσέγγιση, ένα εκατομμύριο παιδιά κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. καταλήγουν θύματα σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης ή ακόμη και παραμελούνται (μια ακόμη από τις μορφές της παιδικής κακοποίησης) (US Bureau of Census, 1994). Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στη χώρα μας με πρωτοβουλία διάφορων φορέων έγινε φανερό ότι οι συνθήκες και τα ποσοστά συχνότητας του φαινομένου αυτού δεν διαφέρουν αισθητά από άλλες χώρες (Αγάθωνος, 1999. Αντωνιάδης και συν., 1996. Σιδέρης, 2000).

Επιπλέον, τα υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης παρατηρούνται εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Όπως προκύπτει από ανασκόπηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας, στους ατομικούς και κοινωνικούς παράγοντες που καθιστούν τον οικογενειακό πυρήνα πεδίο υψηλού κινδύνου περιλαμβάνονται τα υψηλά επίπεδα τιμωρητικότητας, η απόρριψη και εχθρικήτητα προς το παιδί, η μειωμένη ικανότητα για τρυφερότητα, η παρουσία στην οικογένεια ενός πρώην θύματος σεξουαλικής κακοποίησης, τα προβλήματα υγείας των γονέων και η παρουσία πατριού ή συντρόφου της μητέρας (Αντωνίου & Πολυχρόνη, 2006. Bee, 1997. Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, 1998).

Ενδεχομένως, από τους συχνότερους παράγοντες που έχουν ως αποτέλεσμα την κακοποίηση των παιδιών από τους ίδιους τους γονείς τους – ανεξάρτητα από επιβαρυντικούς παράγοντες όπως η κατάθλιψη (Pickens & Field, 1993) – είναι η χρήση ουσιών και οι στρεσογόνες καταστάσεις της καθημερινότητας που επιδρούν στους ίδιους σε σημαντικό βαθμό. Νεότερες έρευνες προσθέτουν μία ακόμη παράμετρο, αυτή της ενδοοικογενειακής βίας, στα πλαίσια της οποίας το παιδί μπορεί να είναι είτε ένας από τους πρωταγωνιστές-αποδέκτες της όποιας μορφής βίας είτε να κατέχει ρόλο θεατή (Αρτινοπούλου & Φαρσεδάκη, 2003. McCloskey & Walker, 2000).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η παιδική κακοποίηση συνδέεται σε μεγάλο

βαθμό και με προβληματικές συμπεριφορές στη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Οι παρατηρήσιμες προβληματικές συμπεριφορές αναφέρονται σε καταχρήσεις, κοινωνική φοβία, κατάθλιψη και σε ακραίες περιπτώσεις σε αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρα αυτοκτονίας (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004). Επιπροσθέτως, η κακοποίηση στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας έχει συσχετισθεί και με δυσκολίες στη συγκέντρωση, την αφαιρετική σκέψη και την έντονη παρορμητικότητα, η οποία συχνά ευθύνεται για τον αυξημένο αριθμό λαθών σε δραστηριότητες που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή (Beers & De Bellis, 2002).

Η πλειονότητα των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών βιώνουν περισσότερες από μία μορφές κακοποίησης, ήτοι: σεξουαλική, σωματική, συναισθηματική, παραμέληση, εμπειρία ενδοοικογενειακής βίας (κακοποίηση πολλαπλού τύπου). Συνιστά κοινή αντίληψη το γεγονός ότι η υιοθέτηση από μέρους των κακοποιημένων παιδιών δυσλειτουργικών μηχανισμών αντιμετώπισης των τραυματικών εμπειριών έχει ως άμεση συνέπεια τη δημιουργία αρνητικών ψυχολογικών αποτελεσμάτων (Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007).

Πέραν της προφανούς ερμηνείας της ανάπτυξης PTSD στα παιδιά και στους εφήβους ως αποτέλεσμα βίωσης παιδικής κακοποίησης, κρίνεται απαραίτητη η ανίχνευση πρόσθετων συσχετιστικών παραγόντων που πιθανώς συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Η κακοποίηση των παιδιών αποτελεί ένα από τα στοιχεία εκείνα που συνθέτουν την εικόνα της διαταραχής, καθώς οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές προσλαμβάνουν μόνιμο χαρακτήρα μέσω της παθογένεσης. Δεδομένου μάλιστα του γεγονότος ότι η παιδική θυματοποίηση παρατηρείται, στο μεγαλύτερο μέρος της, σε ήδη επιβαρυμένα περιβάλλοντα, όπου η παραμέληση και κακοποίηση των παιδιών συνιστά ένα μόνο τμήμα των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η οικογένεια (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004). Στο πλαίσιο αυτών των οικογενειών, η παιδική κακοποίηση εκλαμβάνεται ως δείκτης άλλων παραγόντων που επιδρούν στη βίωση συμπτωμάτων PTSD. Για παράδειγμα, η ανατροφή εντός ενός διαταραγμένου και αποδιοργανωτικού οικογενειακού περιβάλλοντος, στο οποίο επικρατεί ανέχεια, καταχρήσεις και γενικότερα ενυπάρχει ένα ανεπαρκές κοινωνικό πλαίσιο δύναται να έχει παρόμοια αποτελέσματα (Spatz Widom, 1999).

Η ανυπαρξία υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος σε συνδυασμό με τον ελλιπή σχεδιασμό από πλευράς πολιτείας εντείνουν τα

συμπτώματα της PTSD στα κακοποιημένα παιδιά, ενώ παράλληλα μεγιστοποιούν τις πιθανότητες εμφάνισης συνοδών διαταραχών. Οι συχνότερα εμφανιζόμενες διαταραχές είναι οι διαταραχές διαγωγής με πρώιμα προβλήματα συμπεριφοράς, οι διαταραχές διάθεσης με κυρίαρχη την κατάθλιψη, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα, και οι αγχώδεις διαταραχές, όπως απλές φοβίες, άγχος αποχωρισμού (Vranceanu, Hobfoll, & Johnson, 2007).

Τα κακοποιημένα παιδιά αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα ελλείμματα στον κοινωνικό και συναισθηματικό τομέα, τα οποία καθίστανται εμφανή στις σχέσεις τους με το περιβάλλον αναφοράς τους: οικογένεια, φίλους, συνομηλίκους. Οι αρνητικές συμπεριφορές και τα αισθήματα αυτουπότιμησης των παιδιών και ιδιαίτερα των εφήβων εσωτερικεύονται επηρεάζοντας σημαντικά την ενήλικη ζωή τους. Τα συγκεκριμένα άτομα χαρακτηρίζονται από έντονη δυσκολία κατά τη σύναψη και διατήρηση στενών διαπροσωπικών σχέσεων καθιστώντας τους εαυτούς τους δυσλειτουργικούς (Hornor, 2013. Spatz Widom, 1999).

Η παιδική κακοποίηση και παραμέληση συνιστά ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο θέμα και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με την ίδια ευαισθησία. Στην πορεία μιας επιτυχημένης παρεμβατικής πολιτικής δεν θα μπορούσε να απουσιάζει η εμπλοκή των προσώπων εκείνων γνωστών ως σημαντικοί άλλοι. Ειδικότερα, η συμμετοχή της μητέρας ενισχύει την αποτελεσματικότητα του παρεμβατικού μηχανισμού στο πλαίσιο κυρίως μιας γνωσιακής-συμπεριφορικής παρέμβασης (Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999). Στην περίπτωση μάλιστα που η PTSD εμφανίζεται ως αποτέλεσμα ενδεχόμενης κακοποίησης ή/και επίθεσης προς τη μητέρα, στην οποία το παιδί ήταν παρόν, η εκάστοτε επιλεγείσα μέθοδος παρέμβασης δεν νοείται χωρίς την παρουσία και ενεργή συμμετοχή της μητέρας σε αυτή (Lehmann, 2000).

Η πρόκληση PTSD ως επακόλουθο κάποιου ατυχήματος, είτε πρόκειται για αυτοκινητικό, είτε για κάποιο άλλο ατύχημα, στο οποίο το παιδί τραυματίστηκε ή βίωσε την απώλεια κάποιου οικείου προσώπου συνιστά μια από τις συνήθεις αιτίες της εν λόγω διαταραχής. Τα συμπτώματα που συνοδεύουν την PTSD φαίνεται να σχετίζονται λιγότερο με την ηλικία και τον τύπο του ατυχήματος και περισσότερο με το φύλο, την ύπαρξη πρότερης τραυματικής εμπειρίας και την προσωπική εκτίμηση του παιδιού για τη σοβαρότητα του ατυχήματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διαταραχή παρατηρείται σε μεγαλύτερα ποσοστά στα κορίτσια και ότι

τα συμπτώματα εμμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως άλλωστε και οι ψυχολογικές ανάγκες των παιδιών (Stallard, Velleman, & Baldwin, 1998).

Οι καταστροφές, φυσικές ή μη, συνιστούν τραυματικά γεγονότα, τα οποία είναι δυνατόν να προκαλέσουν ένα εύρος αρνητικών συνεπειών τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία των ατόμων που υπήρξαν μάρτυρες της καταστροφής. Οι φυσικές καταστροφές αναφέρονται σε σεισμούς, πλημμύρες, τσουνάμι, τυφώνες, πυρκαγιές, ενώ οι καταστροφές που προέρχονται από ανθρώπινη παρέμβαση συναντώνται κυρίως έπειτα από πολέμους, τρομοκρατικές ενέργειες κ.ά. (Neria, Nandi, & Galea, 2008). Η βίωση οποιασδήποτε μορφής καταστροφής αποτελεί ενδεχομένως τον σημαντικότερο προβλεπτικό παράγοντα για την ανάπτυξη της PTSD.

Πιο συγκεκριμένα, οι φυσικές καταστροφές χαρακτηρίζονται από το στοιχείο του απρόβλεπτου και τις μεγάλης έκτασης συνέπειες: κοινωνικές, συναισθηματικές και οικονομικές (Livanou, Kasvikis, Basoglu, Mytskidou, Sotiropoulou, Spanea, Mitsopoulou, & Voutsas, 2005). Η εμφάνιση της PTSD στον απόηχο της καταστροφής είναι ανάλογη της έντασης και της έκτασης του φαινομένου. Οι τρομοκρατικές ενέργειες γίνονται αντιληπτές ως πιο τρομακτικές από τα άτομα, ενώ η πρόκληση διαταραχών φαίνεται να συνδέεται με το βαθμό έκθεσης του ατόμου στο τραυματικό γεγονός. Ακόμη, η εμφάνιση της ανωτέρω διαταραχής επιδεινώνεται από πιθανό σοβαρό τραυματισμό ή/και απώλεια οικείων προσώπων, από το μέγεθος των υλικών ζημιών και το βαθμό δυσκολίας κατά την προσπάθεια επιστροφής στην καθημερινότητα.

Τα ποσοστά διάγνωσης των παιδιών με PTSD παρατηρούνται αυξημένα στα κορίτσια, στα άτομα που παρουσιάζουν κάποια άλλη διαταραχή και σύμφωνα με τα γενικότερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους εντάσσονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου (Dell'Osso, Carmassi, Massimetti, Stratta, Riccardi, Capanna, Akiskal, Akiskal, & Rossi, 2013). Τα παιδιά και οι έφηβοι που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε ένα υποστηρικτικό οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο θα ήταν σε θέση να τους παράσχει την απαραίτητη συναισθηματική ασφάλεια, προκειμένου να υιοθετήσουν αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (Galea, Nandi, & Vlahov, 2005. Garison, Welnrich, Hardin, Welnrich, & Wang, 1993). Ένας ακόμη μεγάλης σημασίας προβλεπτικός παράγοντας

της PTSD είναι η επίδραση των ποικίλων κοινωνικών και πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων της κοινωνίας στην οποία ανήκει το κάθε παιδί καθώς και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του.

Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικοί αυτοί παράγοντες αναφέρονται σε μορφές αντίδρασης έναντι της τραυματικής εμπειρίας, τις υιοθετούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων και την ύπαρξη υγιών σχέσεων του παιδιού με την οικογένειά του και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο και καλείται να στηρίξει συναισθηματικά το «τραυματισμένο» παιδί (Kar, Mohapatra, Nayak, Pattanaik, Swain, & Kar, 2007). Στην περίπτωση μάλιστα που έχει σημειωθεί απώλεια κάποιου μέλους της οικογένειας ή του ευρύτερου περιβάλλοντος του παιδιού, οι διαστάσεις που λαμβάνει η διαταραχή είναι μεγαλύτερες και κατά συνέπεια μεγαλύτερη εμφανίζεται και η σοβαρότητά της. Αυτό συμβαίνει λόγω της αυξημένης δυσκολίας και προσπάθειας που χρειάζεται να καταβάλλει το άτομο προκειμένου να επιτευχθεί μία κατά το δυνατόν ομαλότερη προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα. Η προβλεπόμενη παρεμβατική πρακτική σε περιπτώσεις απώλειας οφείλει να ακολουθήσει μια πιο επισταμένη και εστιασμένη στο πλαίσιο της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής υποστήριξης διαδικασία.

Για τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της εφαρμοζόμενης παρέμβασης προτείνεται η συμπερίληψη και ενεργή εμπλοκή και αλληλεπίδραση όλων των μελών της οικογένειας που βιώνει την απώλεια (Neuner, Schauer, Catani, Ruf, & Elbert, 2006). Αυτό ισχύει και μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός στο σχολικό πλαίσιο, λόγου χάριν ύστερα από κάποια ένοπλη επίθεση ή φυσική καταστροφή, η οποία οδήγησε στο θάνατο κάποιων συμμαθητών και φίλων των παιδιών. Σε τραυματικές εμπειρίες αυτού του βαθμού, ως απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή μιας αποτελεσματικής πρακτικής για τη μείωση ή/και εξάλειψη των συμπτωμάτων της PTSD κρίνεται η συμμετοχή του συνόλου του πληθυσμού του σχολείου, ήτοι, των μαθητών, του διδακτικού και βοηθητικού προσωπικού και των οικογενειών των παιδιών που βίωσαν το τραυματικό γεγονός (Chan, Wang, Ho, Qu, Wang, Ran, Mao, Qi-Bin Lu, Qiang Zhang, & Zhang, 2012).

Επιπροσθέτως, ειδική μέριμνα θα πρέπει να παρέχεται στα παιδιά που έχουν βιώσει καταστάσεις πολέμου, όπως στις περιπτώσεις των περιοχών της Μέσης Ανατολής και του Θιβέτ. Η συγκεκριμένη κατηγορία παιδιών που βρίσκεται στη δίνη πολεμικών συρράξεων και πολιτικών

ανωμαλιών αντιμετωπίζει μια σειρά έντονων ψυχοσυναισθηματικών διαταραχών. Εκκινώντας από την PTSD μπορούν να οδηγηθούν στην εσωτερίκευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα οποία συναντώνται και σε άλλες διαταραχές, οι οποίες επηρεάζουν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής αυτών των παιδιών. Η προς εφαρμογή παρέμβαση που θα επιλεγεί θα πρέπει να προσαρμόζεται στα ιδιαίτερα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφοράς (Thabet & Vostanis, 1999). Ένα εξαιρετικά υψηλό ποσοστό (54,7%) παιδιών σχολικής ηλικίας, τα οποία κατοικούν σε περιοχές που βρίσκονται εν μέσω πολεμικών αναταράξεων θα βιώσουν έντονα συμπτώματα PTSD και το 34,1% αυτών των παιδιών θα λάβουν διάγνωση PTSD. Στην πλειονότητά τους τα παιδιά αυτά είναι αγόρια, τα οποία εργάζονται και ίσως είναι μετανάστες και το οικογενειακό τους περιβάλλον χαρακτηρίζεται από έκδηλη παρουσία άγχους (Khamis, 2005).

Στην περίπτωση των παιδιών που αναγκάστηκαν να μεταναστεύσουν από το Θιβέτ στην Ινδία, λόγω της συνεχούς άσκησης μορφών πολιτικής βίας σε βάρος τους και στέρησης βασικών ελευθεριών τους από την κυβέρνηση της Κίνας, έχουν παρατηρηθεί σημαντικά ποσοστά PTSD καθώς και συνοδά καταθλιπτικά συμπτώματα. Παρά την πληθώρα τραυματικών εμπειριών, ο εν λόγω πληθυσμός διακρίνεται για την ύπαρξη προστατευτικών παραγόντων που υποβοηθούν στην άμβλυση των συμπτωμάτων της PTSD. Οι συγκεκριμένοι προστατευτικοί παράγοντες εντάσσονται στην πολιτισμική ταυτότητα και στην ιδιαίτερη κουλτούρα του πληθυσμού αυτού (Servan-Schreiber, Lin, & Birmaher, 1998).

Συμπερασματικά, ως προς τη διάσταση της πρόκλησης PTSD ως απόρροια κάποιας φυσικής ή μη καταστροφής συνάγεται το συμπέρασμα ότι καταστροφικά γεγονότα αυτής της κλίμακας είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη διαταραχών διάθεσης, κυρίως κατάθλιψης, αγχωδών διαταραχών με απλές φοβίες, εφιαλτών, άγχους αποχωρισμού, διαταραχών διαγωγής, ακόμη και αυτοκτονικού ιδεασμού. Το άτομο χαρακτηρίζεται ως εξόχως δυσλειτουργικό στην καθημερινότητά του με σημαντικά ψυχοσυναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα (La Greca, Lai, Joormann, Auslander, & Short, 2013. Thienkrua, Lopes Cardozo, Chakkraband, Guadamuz, Pengjuntr, Tantipiwatanaskul, Sakornsatian, Ekassawin, Panyayong, Varangrant, Tappero, Schreiber, & van Griesven, 2006). Ειδικότερα, μετά από καταστροφικούς σεισμούς, εντονότερα συμπτώματα PTSD παρατηρήθηκαν στα παιδιά μικρότερων ηλικιακών

ομάδων και κυρίως σε κορίτσια (Giannopoulou, Strouthos, Smith, Dikaikou, Galanopoulou, & Yule, 2006).

Όσον αφορά τη διαδικασία της παρέμβασης, η έγκαιρη εφαρμογή ενός γνωσιακού-συμπεριφορικού μοντέλου κρίνεται ως η πλέον αποτελεσματική μέθοδος στην προσπάθεια υπερκέρασης των αρνητικών παραμέτρων των τραυματικών εμπειριών (Pfefferbaum, Newman, Nelson, Liles, Tett, Varma, & Nitiema, 2014). Τέλος, το μέγεθος της έκθεσης στο ερέθισμα, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, το αίσθημα του ανήκειν σε μέσο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η απουσία ενός υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος και κατ' επέκταση η καθυστέρηση στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός παρεμβατικού προγράμματος για την αντιμετώπιση των προβληματικών συμπεριφορών και συμπτωμάτων εν τη γενέσει τους φαίνεται να συνιστούν τους σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της PTSD (Kar, Mohapatra, Nayak, Pattanaik, Swain, & Kar, 2007).

Σε μια προσπάθεια πληρέστερης κατανόησης της PTSD, σημαντική θεωρείται η διερεύνηση των αιτίων που συμβάλλουν στην εμφάνιση και διατήρηση της διαταραχής. Τα αίτια είναι δυνατόν να συμπεριληφθούν σε ένα αλληλεπιδραστικό μοντέλο περιβαλλοντικών και διαπροσωπικών παραγόντων, οι οποίοι αποδεικνύονται «υπεύθυνοι» για τους αλυσιδωτούς μηχανισμούς που οδηγούν στη διατήρηση των έντονων συμπτωμάτων (Foy, Madvig, Rynoos, & Camilleri, 1996). Παρατηρείται μια αλληλεπίδραση κοινωνικών και αναπτυξιακών παραγόντων, όπως το οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών, οι διαφυλικές διαφορές, η ηλικία, η οποία συσχετίζεται με τα αναπτυξιακά στάδια και τα επίπεδα ωριμότητας του παιδιού, τα στοιχεία της προσωπικότητας, οι γενετικοί παράγοντες, κάποια πρώιμη/προηγούμενη τραυματική εμπειρία, τα αρνητικά γονεϊκά πρότυπα, οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες της κοινωνίας στην οποία διαβιεί, καθώς και η ελλιπής μόρφωση και καλλιέργεια της οικογένειας.

Επίσης, αναφέρονται το μέγεθος του στρεσογόνου παράγοντα, η απουσία επαρκούς προετοιμασίας για γεγονότα αντίστοιχης ισχύος, η άμεση αντίδραση στο τραυματικό συμβάν, οι χρησιμοποιούμενες δηλαδή στρατηγικές αντιμετώπισής του και η διάσταση που αυτές έχουν λάβει. Ένας από τους σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες της εξέλιξης της εν λόγω διαταραχής αναφέρεται στην κοινωνική υποστήριξη και μέριμνα που θα δεχθούν τα παιδιά και οι οικογένειές τους αμέσως

μετά τη βίωση της τραυματικής εμπειρίας (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000. Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997).

Έχοντας ως γνώμονα την εις βάθος κατανόηση των αιτιών της PTSD, ορισμένες θεωρητικές προσεγγίσεις διατυπώθηκαν για να εξηγήσουν τους παράγοντες επικινδυνότητας και ευαλωτότητας συγκεκριμένων παιδιών και εφήβων όπως οι νευροβιολογικές, οι μελέτες εγκεφαλικών απεικονίσεων και οι γνωστικές-συμπεριφορικές θεωρίες. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία προσδίδει ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της εμπλοκής και διαχείρισης των σχετικών, με το τραυματικό γεγονός, πληροφοριών ως αναπόσπαστο τμήμα μιας επιτυχημένης παρέμβασης (Kaminer, Seedat, & Stern, 2005).

Στους παράγοντες επικινδυνότητας εντάσσονται και οι εκτιμήσεις που πραγματοποιούνται από τα ίδια τα παιδιά όσον αφορά την τραυματική εμπειρία που βίωσαν. Σημειώνεται ότι οι εκτιμήσεις αυτές συνιστούν πρόδρομα στοιχεία της ομαλής ή μη προσαρμογής των παιδιών και θεωρούνται μάλιστα κεντρικής σημασίας για την εκδήλωση μεταγενέστερων συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, οι αρνητικές εκτιμήσεις των παιδιών για τον εαυτό τους και τον κόσμο γενικότερα δύνανται να οδηγήσουν στην εμφάνιση υπερβολικών αντιλήψεων σχετιζόμενων με αρνητικές πτυχές της ζωής τους επηρεάζοντας με τη σειρά τους τα συμπτώματα της διαταραχής, η οποία αρχίζει να λαμβάνει χρόνιο χαρακτήρα (Bryant, Salmon, Sinclair, & Davidson, 2007).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί και ανωτέρω, η PTSD παρουσιάζει συννοσηρότητα με μια σειρά άλλων διαταραχών, εκ των οποίων οι συχνότερα αναπτυσσόμενες είναι οι ακόλουθες: διαταραχές της διάθεσης (κατάθλιψη), διαταραχές διαγωγής (εναντιωματική προκλητική διαταραχή), αγχώδεις διαταραχές (φοβίες, κρίσεις πανικού, άγχος αποχωρισμού), Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) καθώς και προβλήματα με καταχρήσεις στη διάρκεια κυρίως της εφηβείας (Clark, Smith, Neighbors, Skerlec, & Randall, 1994. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995. Perrin, Smith, & Yule, 2000).

Στα ανωτέρω προβλήματα συχνά προστίθενται και ψυχοσωματικές δυσλειτουργίες, παραδείγματος χάριν μολύνσεις, χρόνια κόπωση, οι οποίες δύνανται να εμφανισθούν και κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής (Hornor, 2013). Σημαντικό στοιχείο, το οποίο δυσχεραίνει την έγκαιρη διάγνωση της PTSD, συνιστά η ετερογένεια των συμπτωμάτων, οδηγώντας συχνά τους επαγγελματίες υγείας σε εσφαλμένες διαγνώσεις

(Nugent, Koenen, & Bradley, 2012). Ένας επιπλέον παράγοντας, θέτει σε ομάδες αυξημένου κινδύνου παιδιά και εφήβους, των οποίων ένα τουλάχιστον μέλος της οικογένειάς τους, συνήθως η μητέρα, έχει διαγνωσθεί με PTSD. Το στοιχείο αυτό προσδίδει στην εν λόγω διαταραχή χαρακτηριστικά γενετικής μεταφοράς ή επιρροής του παιδιού από το άμεσο περιβάλλον αναφοράς του, μέσω μαθημένων συμπεριφορών (Hornor, 2013. Roberts, Galea, Austin, Cerda, Wright, Rich-Edwards, & Koenen, 2012).

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό στοιχείο της PTSD που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής είναι οι διαφορές ως προς το φύλο. Συγκεκριμένα, οι παρατηρήσιμες διαφυλικές διαφορές καταδεικνύουν τις αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης PTSD στον πληθυσμό των κοριτσιών σε σχέση με εκείνων των αγοριών. Στον αντίποδα του ευρήματος αυτού έρχεται να προστεθεί η αναφορά ότι είναι πιθανότερο τα αγόρια να βιώσουν κάποια τραυματική εμπειρία, όπως ατυχήματα, επιθέσεις μη σεξουαλικού χαρακτήρα, εμπειρία τραυματισμού ή καταστροφή, σε αντιδιαστολή με τα κορίτσια στα οποία σημειώνονται υψηλά ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης (Tolin & Foa, 2006).

Η επιλογή της κατάλληλης σε κάθε περίπτωση παρεμβατικής διαδικασίας συνιστά ένα δύσκολο έργο, καθώς πρέπει να προσαρμόζεται τόσο στις ανάγκες του παιδιού όσο και της οικογένειας. Ένας ολοκληρωμένος παρεμβατικός μηχανισμός οφείλει να προβλέπει την παροχή υπηρεσιών και υποστήριξης στο παιδί, στο οικογενειακό και στο σχολικό του περιβάλλον. Η επιλογή του παρεμβατικού μοντέλου εξαρτάται και από την αιτία που οδήγησε στην ανάπτυξη της διαταραχής (κακοποίηση, ατύχημα, φυσική καταστροφή), έτσι ώστε να κινητοποιηθούν οι απαιτούμενοι υποστηρικτικοί μηχανισμοί (Kaminer, Seedat, & Stern, 2005). Η παρέμβαση μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε δύο κύριους άξονες: στην ψυχοθεραπεία και τη θεραπεία μέσω φαρμακευτικής αγωγής (Van Etten & Taylor, 1998).

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ανήκει στις συχνότερα εφαρμοζόμενες πρακτικές, καθώς πρόκειται για μια ψυχοκοινωνική μορφή παρέμβασης, η οποία περιλαμβάνει συζητήσεις σχετικά με το τραυματικό γεγονός, δραστηριότητες, παιχνίδι ρόλων, τεχνικές χαλάρωσης, γνωστική αναδόμηση, ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας, της αυτοαντίληψης και του αυτοελέγχου του παιδιού, κατανόηση

και ρύθμιση των συναισθημάτων του και σταδιακή έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards, & Turner, 2007. Pfefferbaum, Newman, Nelson, Liles, Tett, Varma, & Nitema, 2014. Westbrook, Kirk & Kennerley, 2012).

Το συγκεκριμένο μοντέλο παρέμβασης περιλαμβάνει ψυχοεκπαιδευτικές και ψυχοκοινωνικές τροποποιήσεις, προκειμένου να καλυφθεί επαρκώς το φάσμα αλληλεπίδρασης του παιδιού στο σύνολό του. Αναπόσπαστο τμήμα της παρεμβατικής διαδικασίας συνιστά η ενεργή εμπλοκή και συμμετοχή των οικογενειών των παιδιών. Ένα ακόμη σημαντικό τμήμα της παρέμβασης συνιστά η εφαρμογή του και στο σχολικό πλαίσιο, προκειμένου να υπάρχει ένα είδος συνέχειας για τα παιδιά από περιβάλλον σε περιβάλλον (Ehlers & Clark, 2000).

Πέραν της γνωσιακής-συμπεριφορικής μεθόδου έχουν προταθεί και άλλες μέθοδοι παρέμβασης συμπεριφορικού τύπου, όπως η κατακλυσμία έκθεση του παιδιού σε στρεσογόνες καταστάσεις υποβοηθώντας το παιδί να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της PTSD (Saigh, 1992). Μάλιστα, οι παρεμβατικές πρακτικές που στηρίζονται στη μακροχρόνια έκθεση του παιδιού σε ελεγχόμενες τραυματικές εμπειρίες έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές, καθώς συμβάλλουν στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας του παιδιού σε στρεσογόνες καταστάσεις και επιπροσθέτως υιοθετούνται αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης και αντιμετώπισης ανάλογων καταστάσεων (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τη βιολογική αιτιολογία της PTSD, ό ως αυτή εκτέθηκε ανωτέρω, έχει υποστηριχθεί η αποτελεσματικότητα της χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση των σοβαρών συμπτωμάτων της συγκεκριμένης διαταραχής και των συνοδών ψυχικών διαταραχών, όπως της κατάθλιψης (Berger, Mendlowicz, Marques-Portella, Kinrys, Fontenelle, Marmar, & Figueira, 2009. Hruska, Cullen, & Delahanty, 2014).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, ανεξάρτητα από το είδος της παρέμβασης που θα επιλεγεί, η εφαρμογή οποιουδήποτε μοντέλου θα πρέπει να είναι άμεση, καθώς η αποτελεσματικότητα του τελευταίου είναι ανάλογη της ταχύτητας εφαρμογής του (Bryant, 2003. Olason Rothbaum, Kearns, Price, Malcoun, Davis, Ressler, Lang, & Houry, 2012). Η παρέμβαση θα πρέπει να ακολουθήσει τα στάδια γνωστικής και συναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού για να έχει θετικά αποτελέσματα. Με άλλα λόγια, το

όποιο πρόγραμμα παρέμβασης επιλεγεί, θα πρέπει να είναι αντίστοιχο της ηλικίας και του γνωστικού και συναισθηματικού υποβάθρου του εκάστοτε παιδιού στο οποίο απευθύνεται (Salmon & Bryant, 2002).

Η πορεία κατεύθυνσης της παρέμβασης σύμφωνα με τα αναπτυξιακά στάδια συμβάλλει στην κατανόηση της κατάστασης που βρίσκεται το παιδί, το πώς έχει βιώσει το τραυματικό γεγονός και τα αισθήματα και τις σκέψεις του σε σχέση με αυτό. Μια αποτελεσματική παρέμβαση οφείλει να είναι προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού, να απευθύνεται σε αυτό με τρόπο κατανοητό σε συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο, να είναι σε θέση το παιδί να αντιληφθεί τη σημασία εννοιών και να κατανοήσει τις ίδιες τις διεργασίες της σκέψης του. Επιπλέον, η συμμετοχή των σημαντικών άλλων, η κατανόηση του συναισθηματικού κόσμου του παιδιού από την οικογένειά του και η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, εντός του οποίου η παρέμβαση θα ανατροφοδοτείται, αποτελούν ενδεχομένως τους σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες μιας επιτυχούς διαδικασίας παρέμβασης (Rynooos, Steinberg, & Piacentini, 1999).

Βιβλιογραφικές παραπομπές

- Αγάθωνος, Ε. (1999). Θεσμικό πλαίσιο για την πρόληψη, έγκαιρη επισήμανση και αντιμετώπιση της κακοποίησης-παραμέλησης. *Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*, 46, 8-17.
- Adams, P. R., & Adams, G. R. (1984). Mount Saint Helens's ashfall: Evidence for a disaster stress reaction. *American Psychologist*, 39, 252-260.
- American Psychiatric Association (1996). *Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TM* (μτφ. επιμ. Κ. Γκοτζαμάνης). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Αντωνιάδης, Σ., Μάρκου, Δ., Κάμπολης, Ι, Διονυσοπούλου, Ε., & Λαγός, Π. (1996). *Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών*. Ανακοίνωση στο 34ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Ρόδος (Βιβλίο περιλήψεων, περ. 218).
- Αντωνίου, Α.-Σ. (2006). *Εργασιακό στρες*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Αντωνίου, Α.-Σ., & Πολυχρόνη, Φ. (2006). Καταστάσεις στρες σε παιδιά και εφήβους. Στο Λ. Μπεζέ & Μ. Λουμάκου (Επιμ.) *Τα Δικαιώματα του Παιδιού* (σελ. 99-114). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αρτινοπούλου, Β., & Φαρσεδάκη, Ι. (2003). *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών*. Αθήνα: ΚΕΘΙ.

- Bee, H. (1997). *The developing child*. New York: Longman & Addison-Wesley Educational Publishers Inc. (8th ed.).
- Berger, W., Mendlowicz, M. V., Marques-Portella, C., Kinrys, G., Fontenelle, L. F., Marmar, C. R., & Figueira, I. (2009). Pharmacologic alternatives to antidepressants in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33, 169–180.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Βλαχάκης, Α.-Ν., & Αντωνίου, Α.-Σ. (2006). Μετατραυματική διαταραχή στρες μετά από φυσικές καταστροφές, εργασιακά και αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Στο: Α.-Σ. Αντωνίου & C.L. Cooper (Επιμ.) *Αποτελεσματική Διαχείριση Εργασιακού Στρες (Stress Management)* (σελ. 337-366). Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 483–486.
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., Capelli, S., McCarthy, G., Innis, R. B., & Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of Hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse- A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41(1), 23-32.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789-795.
- Bryant, R. A., Salmon, K., Sinclair, E., & Davidson, P. (2007). A prospective study of appraisals in childhood posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2502 - 2507.
- Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., & McFarlane, A. C. (2012). The capacity of acute stress disorder to predict posttraumatic psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 168- 173.
- Chana, C. L., Wang, C. W., Ho, A. H.Y., Zhi-Yong Qu, Z. Y., Wang, X. Y., Ran, M. S., Mao, W. J., Luc, B. Q. B., Zhang, B. Q., & Zhang, X. L. (2012). Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among bereaved and non-bereaved survivors following the 2008 Sichuan earthquake. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 673-679.
- Clark, D. B., Smith, M. G., Neighbors, B. D., Skerlec, L. M., & Randall, J. (1994).

- Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14(2), 113-137.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. (2004). A multi-site, randomized controlled trial for children with abuse-related PTSD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- Deblinger, E., Steer, R., & 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.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Massimetti, G., Stratta, P., Riccardi, I., Capanna, C., Akiskal, K. K., Akiskal, H. S., & Rossi, A. (2013). Age, gender and epicenter proximity effects on post-traumatic stress symptoms in L'Aquila 2009 earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders*, 146, 174-180.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Figley, C. R. (1978). Psychosocial adjustment among Vietnam veterans. In C. R. Foy, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S., & Camilleri, A. I. (1996). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34(2), 133-145.
- Freud, S. (1894). *On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description anxiety neurosis* (The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 3). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1919). *Introduction to the psychology of the war neurosis* (Standard edn., vol. 18). London: Hogarth Press.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78-91.
- Garrison, C. Z., Welnrich, M. W., Hardin, S. B., Welnrich, S., & Wang, L. (1993). Post-traumatic Stress Disorder in adolescents after a hurricane. *AMJ Epidemiology*, 138, 522-530.
- Giannopoulou, I., Strouthos, M., Smith, P., Dikaiakou, A., Galanopoulou, V., & Yule, W. (2006). Post-traumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake. *European Psychiatry*, 21, 160-166.
- Gold, J. I., Kant, A. J., & Kim, S. H. (2008). The Impact of Unintentional Pediatric Trauma: A Review of Pain, Acute Stress, and Posttraumatic Stress. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(2), 81-91.
- Goto, T., & Wilson, J. P. (2003). A review of the history of traumatic stress studies in Japan: from traumatic neurosis to PTSD. *Trauma, Violence and Abuse*, 4(3), 195-209.

- Grinker, R. R., & Spiegel, J. P. (1943). *War neurosis in North Africa, the Tunisian Campaign, January to May 1943*. New York: Josiah Macy Foundation.
- Hornor, G. (2013). Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(3), 29-38.
- Hruska, B., Cullen, P. K., Delahanty, D. L. (2014). Pharmacological modulation of acute trauma memories to prevent PTSD: Considerations from a developmental perspective. *Neurobiology of Learning and Memory*.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (1998). *Οδηγός για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2003). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Kaminer, D., Seedat, S., & Stein, D. J. (2005). Post-traumatic Stress Disorder in children. *World Psychiatry*, 4(2), 121-125.
- Kar, N., Mohapatra, P. K., Nayak, K. C., Pattanaik, P., Swain, S. P., & Kar, H. C. (2007). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents one year after a super-cyclone in Orissa, India: exploring cross-cultural validity and vulnerability factors. *BioMed Central Psychiatry*, 7(8) (δημοσιεύτηκε στο διαδίκτυο Φεβ. 14, 2007).
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neurosis of war. Psychosomatic Medicine*. (Monograph II-III). New York: Paul B. Hoeber.
- Kemp, A. H., Felmingham, K., Dasa, P., Hughes, G., Peduto, A. S., Bryant, R. A., Williams, L. M. (2007). Influence of comorbid depression on fear in post-traumatic stress disorder: An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 155, 265-269.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Khamis, V. (2005). Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children. *Child Abuse & Neglect*, 29, 81-95.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of adolescents. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 71(4), 692-700.
- Kraepelin, E. (1886). *Psychiatrie* (vol. 5). Auflage. Leipzig: Barth.
- La Greca, A. M., Lai, B. S., Joormann, J., Auslander, B.B., & Short, M. A. (2013). Children's risk and resilience following a natural disaster: Genetic vulnerability, post-traumatic stress, and depression. *Journal of Affective Disorders*, 151, 860-867.

- Langeland, W., & Olff, M. (2008). Psychobiology of posttraumatic stress disorder in pediatric injury patients: A review of the literature *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 161-174.
- Lehman, P. (2000). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and child witnesses to mother-assault: A summary and review. *Children and Youth Services Review*, 22(3/4), 275-306.
- Livanou, M., Kasvikis, Y., Basoglu, M., Mytskidou, P., Sotiropoulou, V., Spanea, E., Mitsopoulou, T., & Voutsas, N. (2005). Earthquake-related psychological distress and associated factors 4 years after the Parnitha earthquake in Greece. *European Psychiatry*, 20, 137-144.
- Mason, J.W., Kosten, T. R., Southwick, S. M., & Giller, E. L. (1990). The use of psychoendocrine strategies in post-traumatic stress disorder. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1822-1846.
- McCloskey, L. A., & Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 108-115.
- McFarlane, A. C. (2013). Biology not culture explains dissociation in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 73, 296-297.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.
- Mills, L. D., & Mills, T. J. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder among emergency medicine residents. *Journal of Emergency Medicine*, 28(1), 1-4.
- Mills, K. L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2005). Posttraumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(3), 243-249.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480.
- Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., Ruf, M., & Elbert, T. (2006). Post-tsunami stress: A study of posttraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 339-347.
- Nugent, N. R., Koenen, K. C., & Bradley, B. (2012). Heterogeneity of posttraumatic stress symptoms in a highly traumatized low income, urban, African American sample. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1576-1583.
- Oppenheim, H. (1892). *Die traumatischen neurosen*. Berlin: August Hirschwald.
- Page, H. (1885). *Injuries of the spine and spiral cord without apparent mechanical lesion*. London: Churchill.

- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 277-289.
- Pickens, J., & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 29, 986-988.
- Pfefferbaum, B., Newman, E., Nelson, S. D., Liles, B. D., Tett, R. T., Varma, V., & Nitiéma, P. (2014). Research methodology used in studies of child disaster mental health interventions for posttraumatic stress. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 11-24.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- Roberts, A. L., Galea, S., Austin, S. B., Cerda, M., Wright, R. J., Rich-Edwards, J. W., & Koenen, K. C. (2012). Posttraumatic Stress Disorder Across Two Generations: Concordance and Mechanisms in a Population-Based Sample. *Society of Biological Psychiatry*, 72, 505-511.
- Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., Lang, D., & Houry, D. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot Civilian study with modified prolonged exposure. *Society of Biological Psychiatry*, 72, 957-963.
- Saigh, P. A. (1992). The Behavioral treatment of child and adolescent posttraumatic stress disorder. *Advances of Behavior Research and Therapy*, 14, 247-215.
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22, 163-188.
- Servan-Schreiber, D., Le Lin, B., & Birmaher, B. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and major depressive disorder in Tibetan refugee children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(8), 874-879.
- Σιδέρης, Ι. (2000). *Σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών και παιδοφιλία στο internet*. Αθήνα: Ίδρυμα για το Παιδί και την Οικογένεια.
- Silva, R. R., Alpert, M., Munoz, D. M., Singh, S., Matzner, F., & Dummit, S. (2000). Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1229-1235.

- Southward, E. E. (1919). *Shell shock and neuropsychiatric problems*. Boston: Leonard.
- Spatz Widom, C. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1223-1229.
- Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *British Medical Journal*, 317, 1619-1623.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial post-traumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
- Sundquist, K., Johannson, L. M., DeMarinis, V., Johannson, S. E., & Sundquist, J. (2005). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees. *European Psychiatry*, 20(2), 158-164.
- Thabet, A. A., & Vostanis, P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 385-391.
- Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2000). Post-traumatic stress reactions in children of war: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 291-298.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A qualitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- Tyler-Boden, M., Bernstein, A., Walser, R. D., Bui, L., Alvarez, J., & Bonn-Miller, M. O. (2012). Changes in facets of mindfulness and posttraumatic stress disorder treatment outcome. *Psychiatry Research*, 200, 609-613.
- US Bureau of Census (1994). *Statistical abstract of the United States* (14th ed.). Washington, D.C: US Government Publishing Office.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Trauma Information Pages*. Ανακτήθηκε στις 9/3/14 από το <http://www.trauma-pages.com/a/vanderk4.php>.
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Ver Ellen, P., & van Kammen, D. P. (1990). The biological findings in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(1), 1789-1821.
- Vranceanu, A. M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse & Neglect* 31, 71-84.

- Westbrook, D., Kirk, J., & Kennerley, H. (2012). *Εισαγωγή στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία* (Α. Καλαντζή-Αζίζι & Κωνσταντίνος Ευθυμίου Επιμ. Έκδ., Α. Λεοντιάδου Μτφ.). Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- 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.
- Χουντουμάδη, Α., & Πατεράκη, Λ. (2008). *Λεξικό Ψυχολογίας*. Εκδόσεις Τόπος.