

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

«Τραύμα: Πώς ορίζεται κατά την παιδική ηλικία και πώς εξελίσσεται στη μετέπειτα ζωή του ατόμου»

"Trauma: How it is defined in childhood and how it develops in later life"

Αθανασία Γιουρουκέλη

AM: 0620M021

Αθήνα 2021-2022

Τριμελής Επιτροπή

Καζή Σμαράγδα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, μέλος ερευνητικού προσωπικού

Κλεώπας Ιάκωβος, Διδακτικό Προσωπικό, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών (Επιβλέπων)

Τουλουμάκου Άννα, Πανεπιστημιακή Υπότροφος ΕΣΠΑ, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Copyright © Αθανασία Γιουρουκέλη, 2022

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας πτυχιακής εργασίας εξ' ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της πτυχιακής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνεται προς το συγγραφέα.

Η έγκριση της Διπλωματικής εργασίας από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έκθεση σε τραυματικές και αντίξοες συνθήκες κατά την παιδική ηλικία, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση αρνητικών επιπτώσεων στην σωματική και ψυχική υγεία και την ανάπτυξη του ατόμου. Στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης του παιδικού ψυχικού τραύματος με ορισμένες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που εμφανίζονται κατά την ενήλικη ζωή. Σε ένα πρώτο επίπεδο γίνεται εκτενής επεξήγηση των ορισμών που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, όπως η έννοια του τραύματος και της ψυχοπαθολογίας, με σκοπό την ευχερέστερη και βαθύτερη κατανόηση του θέματος από τον αναγνώστη. Στη συνέχεια, αναλύονται τα είδη του τραύματος, οι έννοιες δηλαδή της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, της παραμέλησης και του σχολικού εκφοβισμού, εστιάζοντας στη σημαντικότητά τους κατά την παιδική ηλικία. Η αναφορά ψυχαναλυτικών θεωριών για το τραύμα, από θεωρητικούς όπως S. Freud, S. Ferenczi, R. Roussillon και J. Laplanche, έχει ως στόχο τη σύνδεση της ψυχανάλυσης με τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα και καταδεικνύει την αλληλένδετη σχέση μεταξύ θεωρίας και πράξης. Ακολουθεί η παρουσίαση των καθοριστικών παραγόντων, όπως η οικογένεια και το σχολικό περιβάλλον, που μεσολαβούν για να θεωρηθεί μια εμπειρία τραυματική και τέλος αναλύονται οι διαφορετικές μορφές ψυχοπαθολογίας που, όπως έχει φανεί από τη βιβλιογραφία, επηρεάζονται από τις τραυματικές εμπειρίες. Η μελέτη εστιάζει στις εκδηλώσεις διαταραχών διάθεσης, στις ψυχοσωματικές, αλλά και σε άλλες γενικότερες συμπεριφορές που παρατηρούνται στη νεαρή ηλικία, όπως η παραβατική συμπεριφορά και οι αυτοτραυματισμοί. Τα ευρήματα που προέκυψαν καταδεικνύουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών μορφών τραύματος και εκδήλωσης παραβατικών συμπεριφορών, διαταραχών διάθεσης και ψυχοσωματικών εκδηλώσεων, επιβεβαιώνοντας τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην αρχή. Σκοπός της μελέτης είναι η εμπάθυνση και η κατανόηση των εννοιών του τραύματος και της σημαντικότητάς του τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη. Προσδοκάται, ότι τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν από την ανασκόπηση θα αποτελέσουν χρήσιμη εισαγωγή σε βασικές έννοιες του τραύματος αλλά και θα εξηγήσουν τη σύνδεσή του με διαφορετικές μορφές ψυχοπαθολογίας.

*Λέξεις κλειδιά: παιδικό τραύμα, σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, παραμέληση, ψυχοπαθολογία, παραβατική συμπεριφορά, διαταραχές διάθεσης, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις*

## ABSTRACT

«Trauma: How it is defined in childhood and how it develops in later life»

Exposure to traumatic and adverse conditions during childhood can lead to negative effects on a person's physical and mental health and development. The aim of this literature study is to investigate the relationship between childhood trauma and certain psychopathological manifestations that occur in adulthood. At a first level, an extensive explanation of the definitions used in this study, such as the concept of trauma and psychopathology, is provided in order to facilitate and deepen the reader's understanding. Then, the forms of trauma, namely the concepts of physical and sexual abuse, neglect and bullying, are analysed, focusing on their catalytic role during childhood. The reference to psychoanalytic theories of trauma, by theorists such as S. Freud, S. Ferenczi, R. Roussillon and J. Laplanche, aims to link psychoanalysis with the most recent research data and reveals the interconnectedness between theory and practice. It goes on to present the determinants that mediate an experience to be considered traumatic and finally analyses the different forms of psychopathology that, as the literature has revealed, are affected by traumatic experiences. The study focuses on the manifestation of mood disorders, psychosomatic manifestations, but also on other more general behaviours observed in young age, such as delinquent behaviour and self-harm. The resulting findings demonstrate the existence of an association between forms of trauma and the manifestation of delinquent behaviours, mood disorders and psychosomatic manifestations, confirming the research questions posed at the beginning. The aim of the study is to deepen and understand the concepts of trauma and its severity in both childhood and adulthood. It is hoped that the results gathered from the review will provide a useful introduction to basic definitions of trauma and explain its association with different types of psychopathology.

*Key words: childhood trauma, sexual and physical abuse, neglect, psychopathology, abusive behaviour, mood disorders, psychosomatic symptoms*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.1. Ψυχοπαθολογία .....	6
1.2. Τραύμα .....	6
1.3. Μορφές τραύματος.....	8
1.3.1. Σωματική κακοποίηση.....	8
1.3.2. Σεξουαλική κακοποίηση.....	8
1.3.3. Παιδική παραμέληση.....	9
1.3.4. Σχολικός εκφοβισμός. ....	10
1.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση .....	10
1.5. Ανάγκη παρούσας εργασίας.....	11
1.6. Ερευνητικά ερωτήματα .....	11
2. ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΡΟΣ .....	11
2.1. Ψυχαναλυτικές θεωρίες για το τραύμα .....	11
2.1.1. S. Freud.....	11
2.1.2. S. Ferenczi. ....	13
2.1.3. R. Roussillon. ....	15
2.1.4. J. Laplanche .....	15
2.2 Γενικές έννοιες στην ψυχαναλυτική προσέγγιση του τραύματος.....	16
2.3. Τραύμα: Καθοριστικοί & επιβαρυντικοί παράγοντες.....	18
2.3.1. Φύλο .....	18
2.3.2. Οικογενειακό περιβάλλον.....	20
2.3.3. Σχολικό περιβάλλον .....	21
2.4. Τραύμα και ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις.....	23
2.4.1. Κατάθλιψη .....	23
2.4.2. Διπολική διαταραχή.....	25
2.4.3. Αυτοτραυματισμοί.....	27
2.4.4. Ψυχοσωματικά συμπτώματα .....	30
2.5. Τραύμα, παραβατικές συμπεριφορές και σχολική επίδοση .....	33
2.5.1. Βία .....	33
2.5.2. Αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες .....	34
2.5.3. Σχολική επίδοση .....	37
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	39
3.1. Συμπεράσματα .....	39

3.2. Σύνδεση ψυχαναλυτικής θεωρίας με ερευνητικά δεδομένα .. <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
3.3. Περιορισμοί και μελλοντικές προεκτάσεις .....	43
3.4. Επίλογος .....	43
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	44

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τις μορφές τραύματος κατά την παιδική ηλικία και τον αντίκτυπο που έχουν αυτές στη μετέπειτα ζωή του ατόμου. Ξεκινώντας, κρίνεται απαραίτητο να οριστούν οι έννοιες της ψυχοπαθολογίας και του τραύματος, να καταγραφεί η ανάγκη εκπόνησης της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης και να αναφερθούν τα ερευνητικά ερωτήματα.

### 1.1. Ψυχοπαθολογία

Ορίζεται ως η επιστημονική μελέτη των ψυχικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των θεωρητικών βάσεων, της αιτιολογίας, της εξέλιξης, της συμπτωματολογίας, της διάγνωσης και της θεραπείας τους. Αυτός ο ευρύς κλάδος αντλεί στοιχεία από την έρευνα πολλών τομέων, όπως η ψυχολογία, η βιοχημεία, η φαρμακολογία, η ψυχιατρική, η νευρολογία και η ενδοκρινολογία. Ο όρος με αυτή την έννοια χρησιμοποιείται μερικές φορές συνώνυμα με την παθολογική ψυχολογία. Αξίζει να αναφερθεί ότι η έννοια της ψυχοπαθολογίας συναντάται ήδη από το παρελθόν στο βιβλίο του Karl Jaspers «Allgemeine Psychopathologie» (1913) και είναι ένα από τα σημαντικότερα βιβλία στην ιστορία της ψυχιατρικής. Βασική έννοια στην ψυχοπαθολογία του Jaspers είναι η λεγόμενη κατανόηση (Verstehen), η οποία θεωρείται βασικός πυλώνας του ψυχοπαθολογικού συλλογισμού, ακόμη και σήμερα (Rosini, Di Fabio & Aragona, 2013).

### 1.2. Τραύμα

Η λέξη «τραύμα» ετυμολογικά αποτελεί παράγωγο του αρχαίου ρήματος «τιτρώσκω» που σημαίνει «πληγώνω». Σύμφωνα με τους Laplanche και Pontalis (1967), οι έννοιες του τραύματος και του τραυματισμού συναντώνται, πέρα από το χώρο της ψυχοπαθολογίας, και στο χώρο της σωματικής ιατρικής. Σύμφωνα με την ιατρική ορολογία, η έννοια του «τραύματος» χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την πληγή των ανθρώπων που έχουν επιβιώσει διάφορα είδη ατυχήματος (Di- Capua,

2015). Σταδιακά, η έννοια αναγνωρίστηκε σαν ένα σημαντικό και περίπλοκο πρόβλημα και μελετήθηκε από ψυχαναλυτές, ψυχολόγους, ψυχιάτρους και νευροβιολόγους.

Έχοντας δανειστεί από την ιατρική τις έννοιες του τραυματισμού και του τραύματος, η ψυχανάλυση οδήγησε από το σωματικό στο ψυχικό επίπεδο και συνεισέφερε στη δημιουργία τριών διαστάσεων: τη βίαη κρούση, τη ρήξη και τις συνέπειες στη συνολική οργάνωση. Ως ψυχικό τραύμα ορίζεται ένα συμβάν, το οποίο βιώνεται από το άτομο ως απειλητικό, σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, συνοδεύεται από αισθήματα φόβου ή και τρόμου και απέναντι στο οποίο το άτομο αισθάνεται αβοήθητο. Το ψυχικό τραύμα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους αιτιολογικούς παράγοντες ψυχοπαθολογίας, ενώ η τραυματική οπτική συνεισφέρει σε έναν σημαντικό βαθμό στον εντοπισμό και στην κατανόηση ψυχικών παθήσεων και κατ' επέκταση στη θεραπευτική τους προσέγγιση (Laplanche & Pontalis, 1967).

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία του τραυματισμού δίνεται περισσότερη σημασία στη σύζευξη των εξωτερικών και εσωτερικών στοιχείων, των αντικειμενικών και υποκειμενικών παραμέτρων, του βιώματος. Η ψυχαναλυτική ψυχοπαθολογία εστιάζει στην υπόσταση του ατόμου ως μεμονωμένη ύπαρξη, λαμβάνοντας υπόψη και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του. Ένα τραυματικό γεγονός ή μια γενικότερη επώδυνη συγκυρία με παρεμφερές περιεχόμενο δεν βιώνονται με τον ίδιο τρόπο στο κάθε άτομο ή με όμοια ψυχική επενέργεια. Από αυτή την άποψη, μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν υφίσταται ψυχικός τραυματισμός στο άτομο παρά μόνο για ένα δεδομένο υποκείμενο και σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή της ιστορίας του (Roussillon, 2002). Επομένως, συνθήκες που καθιστούν μια εμπειρία τραυματική και μπορεί να εμποδίσουν ή να δυσχεράνουν σημαντικά τη νοηματοδότηση και την αφομοίωσή της από το Εγώ, αποτελούν η ένταση του ίδιου του συμβάντος ή η ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το υποκείμενο τη στιγμή που τη βιώνει αλλά και άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία και ο βαθμός ωριμότητας του ψυχισμού, δίνοντας βάση στις αναπαραστατικές δυνατότητες και τους αμυντικούς πόρους του ίδιου του ατόμου.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναπτυχθεί το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, από τους George Engels και John Romano (1977). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με αυτό αναλύονται όχι μόνο οι γενετικοί, βιολογικοί και γνωστικοί παράγοντες που μπορεί να ευθύνονται για μια ψυχική διαταραχή αλλά και η επίπτωση του τραύματος, αλλά ταυτόχρονα δίνεται βάση και στις ψυχολογικές, οικογενειακές και κοινωνικές

μεταβλητές. Το είδος του τραύματος, η ηλικία και η αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται το άτομο όταν το βίωσε, η στήριξη από την οικογένεια και την κοινωνία, αλλά και η προσωπικότητα και ιδιοσυγκρασία του ίδιου του ατόμου, επηρεάζουν την μετατραυματική του προσαρμογή.

### **1.3. Μορφές τραύματος**

Το τραύμα δεν είναι κάτι παρελθοντικό, μένει ενεργό στη ζωή του ατόμου και επηρεάζει άμεσα την καθημερινότητα του. Μπορεί να πάρει ποικίλες μορφές και στη συνέχεια να εκδηλωθεί με αρκετούς διαφορετικούς τρόπους.

**1.3.1. Σωματική κακοποίηση.** Τα παιδιά που κακοποιούνται σωματικά από τους γονείς τους κινδυνεύουν με πολυάριθμες βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες. Εκτός από την πιθανότητα σωματικού τραυματισμού και θανάτου (Βρετανία, 2006), τα παιδιά που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση, σε σχέση με παιδιά που δεν έχουν κακοποιηθεί, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν μια σειρά ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, όπως γνωστικά ελλείμματα, χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, άγχος, θυμό, ψυχολογική δυσφορία, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, εκ νέου θυματοποίηση και εκδήλωση ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένης της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Borger, Cox, & Asmundson, 2005· DiLillo, Perry, & Fortier, 2006· Dube κ.α., 2001· Farrington, 2005· Feerick, Haugaard, & Hien, 2002· Hetzel & McCanne, 2005· Jaffee κ.α., 2005· Pittman & Buckley, 2006· Springer, κ.α., 2007).

Η σωματική κακοποίηση παιδιών έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για διάφορους τύπους διαπροσωπικής βίας. Σε αυτούς τους τύπους συμπεριλαμβάνονται η επιθετικότητα μεταξύ συνομηλίκων (Benda & Corwyn, 2002· Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001· Yexley, Borowsky, & Ireland, 2002), και συντρόφων, (Merrill, Hervig, & Milner, 1996· Wolfe κ.α., 2001), σοβαρά αδικήματα ανηλίκων (Crooks κ.α., 2007; Stewart, κ.α., 2008), βίαια εγκλήματα (Smith, Ireland, & Thornberry, 2005). Ακόμη, μελέτες έχουν δείξει ότι οι έφηβοι που έχουν κακοποιηθεί σωματικά στην παιδική ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής, φτωχότερες κοινωνικές δεξιότητες, μειωμένη γλωσσική ικανότητα και χαμηλή συνολική σχολική επίδοση, σε σύγκριση με τους έφηβους που δεν έχουν κακοποιηθεί (Flisher, Kramer, Hoven, & Greenwald, 1997).



**1.3.2. Σεξουαλική κακοποίηση.** Αναφορικά με το τραύμα της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, παρατηρείται εκτεταμένη τεκμηριωμένη βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, η απώλεια της παιδικής ηλικίας και η εμπιστοσύνη στις διαπροσωπικές σχέσεις, η απώλεια συναισθηματικής και ψυχολογικής ευεξίας και η πιθανή απώλεια σημαντικών ανθρώπων στη ζωή κάποιου, όταν ο δράστης είναι μέλος της οικογένειας είναι μεταξύ των πολυάριθμων επιπτώσεων για παιδιά που θυματοποιούνται σεξουαλικά (Arata, 1998· Berliner & Conte, 1995· Finkelhor, 1990· Finkelhor & Browne, 1985· Herman, 1992, 1997· van der Kolk, 1996). Οι αφηγήσεις παιδιών που κακοποιούνται σεξουαλικά περιγράφουν την οξεία αίσθηση ότι αισθάνονται διαφορετικά ή «κατεστραμμένα».

Αναλυτικότερα, η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι οι έφηβοι που έχουν υπάρξει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης αναφέρουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και ψυχολογικής δυσφορίας, περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, επιθετικότητα, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και προβλήματα κατάχρησης ουσιών, σε σύγκριση με εφήβους που δεν έχουν βιώσει κάτι αντίστοιχο (Brown, Cohen, Johnson, & Smailes, 1999· Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996· Garnefski & Arends, 1998· Garnefski & Diekstra, 1997· Harrison, Hoffman, & Edwall, 1989· Luster & Small, 1997).

**1.3.3. Παιδική παραμέληση.** Άλλο ένα γεγονός που μπορεί να θεωρηθεί τραυματικό, είναι η παιδική παραμέληση. Έχει φανεί μέσα από μελέτες, ότι οι συνέπειες της παιδικής παραμέλησης είναι τόσο σοβαρές, όσο αυτές που σχετίζονται με τη σωματική και τη σεξουαλική κακοποίηση καθώς και της ενδοοικογενειακής βίας (Hart, Binggeli, & Brassard, 1998· Trickett & McBride-Chang, 1995). Η βαρύτητα της παιδικής παραμέλησης, ωστόσο, δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη, δεδομένου ότι η έλλειψη γονικής φροντίδας, σε βαθμό παραμέλησης, αποτελεί μια από τις βασικότερες απειλές για την υγιή ανάπτυξη και την ευημερία των παιδιών κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Rutter & Sroufe, 2000· Sameroff, 2000). Τα συναισθηματικά παραμελημένα παιδιά αντιμετωπίζουν πληθώρα προβλημάτων και βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ως προς τη διατάραξη της τυπικής τους ανάπτυξης (Schumacher κ.α., 2001). Η χρόνια φτώχεια, τα σοβαρά ελλείμματα φροντίδας, η γονική ψυχοπαθολογία, η κατάχρηση ουσιών, η έλλειψη στέγης, η διάλυση της οικογένειας και η κακή προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα συνδέονται όλα με την παραμέληση (Pelton, 1994). Καθένας από αυτούς τους παράγοντες κινδύνου σε συνδυασμό με την απουσία αντισταθμιστικών δυνάμεων και πόρων έχει αποδειχθεί ότι

λειτουργούν ανεξάρτητα και ενισχυτικά στην πιθανότερη ανάπτυξη κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας (Brooks κ.α., 1997· McCall & Groark, 2000).

**1.3.4. Σχολικός εκφοβισμός.** Τέλος, ένα ακόμα σύνηθες τραυματικό γεγονός για ένα παιδί θεωρείται και ο σχολικός εκφοβισμός. Σε διεθνές επίπεδο, όλες οι μορφές σχολικής βίας γίνονται πιο ορατές και ολοένα και πιο προβληματικές. Ο εκφοβισμός, σύμφωνα με τους μελετητές, επηρεάζει τη σωματική και ψυχολογική ασφάλεια των μαθητών στα πλαίσια του σχολείου, επηρεάζει μεγάλο αριθμό παιδιών και θέτει τις βάσεις για μακροπρόθεσμο κίνδυνο για ψυχολογικά, σωματικά και ψυχοσωματικά αποτελέσματα και συνδέεται με πληθώρα ψυχοκοινωνικών διαταραχών και ανεπιθύμητων ενεργειών (Felix & McMahon, 2006), καθώς και επηρεάζει την αναπτυξιακή πορεία των ατόμων (Pepler κ.α., 2008). Η εμπλοκή του εκφοβισμού οδηγεί σε χειρότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, σοβαρά προβλήματα υγείας και φτωχότερη συναισθηματική και κοινωνική προσαρμογή. Η πιθανότητα να διαγνωστεί με ψυχιατρική διαταραχή στην πρώιμη ενήλικη ζωή αυξάνεται εάν το παιδί έχει υποστεί ή έχει διαπράξει εκφοβισμό. Τα θύματα παρουσιάζουν συνήθως κατάθλιψη, ψυχοσωματικά συμπτώματα, κάνουν χρήση φαρμάκων και έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών.

#### **1.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση**

Η προσέγγιση της εργασίας βασίζεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών και των θεωριών σχετικά με το ψυχικό τραύμα. Κύριος στόχος αποτελεί η παρουσίαση των κρίσιμων σημείων της ήδη υπάρχουσας και πρόσφατης γνώσης πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα. Συνιστά δευτερεύουσα πηγή, επομένως δεν παρουσιάζει κάποια νέα αποτελέσματα ή κάποια πρωτότυπη έρευνα. Τέλος, προϋποθέτει κριτική θεώρηση επιστημονικών δημοσιευμάτων πάνω σε ένα συγκεκριμένο θέμα (Παυλόπουλος, 2021).

Στην παρούσα μελέτη, έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων Google Scholar, Rep Web και Science Direct ενώ χρησιμοποιήθηκαν ενδεικτικά οι λέξεις-κλειδιά: τραύμα, ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, ψυχικό τραύμα, διπολική διαταραχή και τραύμα, τραύμα και ψυχοσωματικά συμπτώματα, στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα. Από την επιλογή των ερευνών αποκλείστηκαν άρθρα με κύριο ερευνητικό πεδίο την ψύχωση, δεδομένου της περιορισμένης έκτασης της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Έμφαση δόθηκε σε μελέτες της τελευταίας εικοσαετίας,

καθώς η διαχρονική μελέτη του τραύματος αποδίδει ασφαλέστερα συμπεράσματα σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση.

### **1.5. Ανάγκη παρούσας εργασίας**

Η ανάγκη της βιβλιογραφικής ανασκόπησης έγκειται στο να συνενωθούν αρκετές εμπειρικές έρευνες σε ένα συνεκτικό κείμενο, να δοθεί ουσιαστική κατανόηση των ήδη γνωστών θεμάτων για το τραύμα καθώς και να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για το σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών. Ταυτόχρονα, να γίνει η σύνδεση της πρόσφατης βιβλιογραφίας με τις ήδη υπάρχουσες ψυχοθεραπευτικές θεωρίες για το τραύμα, δημιουργώντας μια χρονική και ερμηνευτική συνέχεια.

### **1.6. Ερευνητικά ερωτήματα**

Με βάση τα παραπάνω διαμορφώνονται τα εξής ερευνητικά ερωτήματα: (α) τι στοιχεία υπάρχουν διαθέσιμα για τη συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης (σωματικής, σεξουαλικής, παραμέλησης) κατά την παιδική ηλικία και κατάθλιψης; (β) τι στοιχεία υπάρχουν διαθέσιμα για τη συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης (σωματικής, σεξουαλικής, παραμέλησης) και διπολικής διαταραχής; (γ) τι στοιχεία υπάρχουν διαθέσιμα για τη συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης (σωματικής, σεξουαλικής, παραμέλησης) κατά την παιδική ηλικία και σωματοποίησης; (δ) τι στοιχεία υπάρχουν διαθέσιμα για τη συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης (σωματικής, σεξουαλικής, παραμέλησης) κατά την παιδική ηλικία και ετερο/αυτοκαταστροφικότητα (βία και συμπεριφορές αυτοτραυματισμού), (ε) τι στοιχεία υπάρχουν διαθέσιμα για τη συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης (σωματικής, σεξουαλικής, παραμέλησης) κατά την παιδική ηλικία και της σχολικής επίδοσης;

## **2. ΚΥΡΙΩΣ ΜΕΡΟΣ**

### **2.1. Ψυχαναλυτικές θεωρίες για το τραύμα**

**2.1.1. S. Freud.** Ο Freud σε μια σειρά κειμένων την περίοδο 1892-1897, ανέπτυξε την πρώτη θεωρία των νευρώσεων, και συγκεκριμένα τη θεωρία για την υστερία (Freud & Breuer, 1895). Το πρώτο ψυχαναλυτικό μοντέλο του τραύματος βασίζεται στην πρώτη θεωρία των νευρώσεων. Πιο αναλυτικά, ο Freud, κατά την περίοδο που μελετούσε την υστερία, αναζήτησε τη βαθύτερη αιτία της στο πρώιμο τραύμα. Πρόκειται για ένα εξωτερικό πραγματικό γεγονός, το οποίο λόγω του απρόσμενου χαρακτήρα του και της έντασής του και δεδομένου ότι το άτομο

καθίσταται ανίκανο να το κατανοήσει και να το χειριστεί, μένει αναφομοίωτο στον ψυχισμό (Κλεώπας, 2015).

Το τραύμα αποκτά μια κομβική θέση και αντιμετωπίζεται ως αιτία των περισσότερων νευρωτικών συμπτωμάτων. Αναλυτικότερα, ένα τραυματικό περιστατικό που έλαβε χώρα στο παρελθόν θα μπορούσε να προκαλέσει αρκετά από τα συμπτώματα σε έναν νευρωτικό ασθενή και σε αυτή την ανάμνηση το άτομο δεν θα είχε πρόσβαση. Βασιζόμενος στο ότι ο ψυχισμός έχει την τάση να αμύνεται σε οποιαδήποτε μορφή που του προκαλεί πόνο ή θεωρείται ενοχλητική και μη αποδεκτή, ο Freud (1894) πρότεινε την έννοια των «ψυχονευρώσεων άμυνας».

Αναλύοντας την παραπάνω έννοια, ο ψυχισμός διαθέτει ως μηχανισμό άμυνας ενάντια σε οποιοδήποτε τραυματικό γεγονός, την απώθηση, δηλαδή την εκδίωξη του από το πεδίο συνείδησης του ατόμου. Ωστόσο, η ανάμνηση της παρελθοντικής τραυματικής εμπειρίας απωθείται στο ασυνείδητο και τείνει να επανέρχεται παραγκωνίζοντας ακόμη και τα αμυντικά μέσα που έχουν δημιουργηθεί. Επανέρχεται, έχοντας παρακάμψει κάθε μορφή άμυνας καθώς πλέον εμφανίζεται με άλλη μορφή, προκαλώντας τελικά το νευρωτικό σύμπτωμα. Σύμφωνα με την πρώτη θεώρηση της αιτιολογίας των νευρώσεων, μια υστερική κρίση αποτελεί μέσο έκφρασης αυτής της απωθημένης και παρελθοντικής τραυματικής εμπειρίας (Freud, 1896).

Ως εξέλιξη της θεωρίας του Freud σταδιακά προέκυψε η θεωρία της αποπλάνησης, γνωστής με τον όρο «Neurotica», σύμφωνα με την οποία η εμπειρία που βρίσκεται πίσω από νευρωτικά συμπτώματα, προέρχεται από κάποιο παιδικό σεξουαλικό τραύμα (Freud, 1896). Το παιδί υφίσταται την αποπλάνηση παθητικά από τον ενήλικα, κατά κύριο λόγο από τον πατέρα ή από κάποιο υποκατάστατό του, ο οποίος έχει και τον ενεργητικό ρόλο. Η παραπάνω σεξουαλική σκηνή λαμβάνει χώρα πριν την ενηλικίωση του παιδιού και αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να μην είναι σε θέση να κατανοήσει το σεξουαλικό νόημα της χειρονομίας. Εκείνη την ώρα της σεξουαλικής αποπλάνησης το παιδί, μη έχοντας τους απαραίτητους γνωστικούς πόρους για να κατανοήσει τη χειρονομία, δε βιώνει καμία σεξουαλική διέγερση. Σε δεύτερο χρόνο, όμως, μετά την εφηβεία, ένα φαινομενικά άσχετο γεγονός χωρίς σεξουαλικό χαρακτήρα μπορεί να προκαλέσει συνειρμικά την πρώιμη τραυματική εμπειρία και αυτή αργότερα να μετατραπεί σε ψυχικό τραύμα. Ωστόσο, έχοντας αντιληφθεί ότι η συγκεκριμένη θεωρία είναι δύσκολα γενικεύσιμη, δίνει περισσότερη έμφαση στην

ψυχική πραγματικότητα, δηλαδή στις φαντασιώσεις και στα νοητικά κατασκευάσματα των ασθενών. Τέλος, η αναγνώριση της αξίας της φαντασιωτικής εμπειρίας ως δυνητικά τραυματικής, επιτρέπει την εμβάθυνση στη θεωρία του τραύματος σχετικά με τη σημασία της εσωτερικής πραγματικότητας.

Συνεχίζοντας την πρώτη θεωρία του για το ψυχικό τραύμα, ο Freud προσέγγισε το τραύμα υπό το πρίσμα των νευρώσεων πολέμου αλλά και των τραυματικών νευρώσεων. Αργότερα, στο έργο του «Πέρα από την αρχή της ευχαρίστησης», το τραύμα περιγράφεται ως μια επώδυνη τραυματική εμπειρία που όχι μόνο δεν απωθείται αλλά και επαναλαμβάνεται διαρκώς με καταναγκαστικό τρόπο (Freud, 1920). Με τον παραπάνω τρόπο, η τραυματική εμπειρία επανέρχεται συστηματικά μέχρι ο ψυχισμός να κυριεύσει αναδρομικά τη διέγερση που προκαλείται από τις τραυματικές εντυπώσεις, χωρίς να δίνεται βάση στο αν το άτομο υποφέρει εξαιτίας αυτής της επανάληψης. Τέλος, το Εγώ του ασθενούς έχοντας βιώσει ένα τραύμα με παθητικό τρόπο, καταφεύγει σε μια αμυντική διεργασία μεταστροφής, όπου η τραυματική εμπειρία αναπαράγεται ενεργά, με στόχο να ελεγχθεί και να περιοριστεί.

Στο τελευταίο έργο του «Ο Μωσής και ο μονοθεϊσμός» (1939), ο Freud αναλύοντας ξανά το ψυχικό τραύμα, δίνει έμφαση τόσο στα ναρκισσιστικά στοιχεία των πρώιμων τραυματικών εμπειριών, όσο και στο διαχωρισμό των συνεπειών του τραύματος σε θετικές και αρνητικές. **Αναλυτικότερα, στις θετικές συνέπειες το τραύμα μπορεί να τεθεί εκ νέου σε δράση, ενώ στις αρνητικές δεν μπορεί να επαναληφθεί κανένα στοιχείο του.** Από αυτό το καταληκτικό έργο του, θα λειτουργήσει σαν αφετηρία για πολλούς μετέπειτα θεωρητικούς του Freud και θα προχωρήσουν τη θεωρία του.

**2.1.2. S. Ferenczi.** Η θεωρία του Ferenczi (1955) δίνει ιδιαίτερη σημασία στη λειτουργία του αντικειμένου αλλά και τα κατάλοιπα που αφήνει η μητρική ψυχική λειτουργία στην ψυχική δομή του παιδιού. Ταυτόχρονα, δίνει βαρύτητα και στο ίδιο το τραυματικό βίωμα αλλά και στις συνθήκες εμφάνισής του.

Κατά τον Ferenczi, το τραύμα θεωρείται αποτέλεσμα απουσίας του αντικειμένου σε συνθήκες απελπισίας του ίδιου του υποκειμένου. Αυτό που μπορεί να καθορίσει έναν τραυματισμό είναι η ανταπόκριση ή μη του ενήλικα απέναντι στις ανάγκες του παιδιού αναφορικά με την τρυφερότητα και την υποστήριξη, καθώς και η διάψευση αυτής της ανάγκης από την πλευρά του αντικειμένου. Η σύγχυση που μπορεί

να βιωθεί τότε, είναι διπλή. Πιο συγκεκριμένα, είναι διπλή ως προς τις προσδοκίες του παιδιού και των προτάσεων του γονέα, όσο και στο βαθύ αίσθημα της ευθύνης που γεννάται στο παιδί, το οποίο με τη σειρά του θα κατηγορήσει τον εαυτό του για τη δυσχερή και άβολη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει (Κλεώπας, 2015).

Σχετικά με την έννοια της σωματοποίησης, ο Ferenczi (1955) υποστηρίζει ότι είναι αποτέλεσμα ενός πρώιμου τραύματος στη σχέση με το αντικείμενο της φροντίδας. Τα ναρκισσιστικά ελλείματα και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές εμφανίζονται ως αντίδραση στο τραύμα και ενισχύεται από κάθε εμπειρία ανεπάρκειας του ατόμου. Ο τρόπος που προσδιορίζει ο Ferenczi το τραύμα βοηθάει τη σύνδεσή του με την ψυχοσωματική, δηλαδή την εμφάνιση σωματικών νοσημάτων, ως αποτέλεσμα στην τραυματική έκθεση.

Αξίζει να σημειωθούν οι θεωρίες του σχετικά με το πρώιμο ψυχικό τραύμα και την κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Ενώ οι μορφές βίας αποτελούν διαφορετικές πτυχές, ο Ferenczi θεωρεί ότι είναι αδιαφοροποίητες όσον αφορά στην τραυματική τους λειτουργία και ισχύ. Στο άρθρο του «Σύγχυση των γλωσσών μεταξύ των ενηλίκων και των παιδιών» (1988), το παιδί μετά το τραύμα αισθάνεται μπερδεμένο. Νιώθει αθώο, ταυτόχρονα ένοχο για ό,τι μπορεί να έχει συμβεί ενώ η εμπιστοσύνη στο προσωπικό βίωμά του κλονίζεται και διακατέχεται από λιγότερη σιγουριά. Στην περίπτωση του θύτη, συμπεριφέρεται σαν το τραυματικό γεγονός να μην έλαβε ποτέ χώρα ενώ παρηγορεί τον εαυτό του με τη σκέψη ότι το παιδί είναι μικρό και δεν θα θυμάται τίποτα όταν μεγαλώσει. Ο ενήλικας χρησιμοποιεί μια γλώσσα που το παιδί δεν γνωρίζει και ερμηνεύει το αθώο παιχνίδι του παιδιού, τη βρεφική του γλώσσα, σύμφωνα με τη δική του οπτική που είναι ασύμβατη με εκείνη του παιδιού. Ο Ferenczi γενίκευσε την ιδέα του τραύματος σε συναισθηματική παραμέληση, σωματική και ψυχική κακομεταχείριση. Η εξέχουσα εκδήλωση αυτών των διαταραχών θα ήταν η σεξουαλική κακοποίηση.

Σε ένα άλλο άρθρο του «Δύο τύποι νευρώσεων του πολέμου» (1916), ο Ferenczi περιγράφει τη ψυχαναλυτική αντίληψη για τη γένεση των τραυματικών νευρώσεων, δίνοντας βάση τόσο στη θεωρία του Freud για την υστερία (1901), όσο και στη δική του αντίληψη σχετικά με το τραύμα και τη σωματοποίηση. Σύμφωνα με τις παραπάνω απόψεις, συμπτώματα ασθενών όπως τρέμουλο στο σώμα ή σε μεμονωμένα σημεία, υπερευαισθησία, διαταραχές στη βιάδιση, αμνησία του τραυματικού συμβάντος

καθώς και επιθετικές εκρήξεις, είναι πιθανό να οφείλονται σε κάποιο ψυχικό τραύμα και όχι σε βλάβη του νευρικού συστήματος (Eros, 2019). Ακόμη, δίνοντας περισσότερη προσοχή σε ασθενείς με αστασία και αβασία, πίστευε ότι η αντίδρασή τους σε τραυματικά γεγονότα παρέμενε κατεσταλμένη στο ασυνείδητο και όσο έμενε σε αυτή την κατάσταση επηρέαζε τη λειτουργικότητά τους και προκαλούσε άγχος σε κάθε ενδεχόμενη απειλή της επανάληψης της τραυματικής εμπειρίας.

**2.1.3. R. Roussillon.** Η προσέγγιση του Roussillon, αφορούσε την τραυματική παθολογία σε περιπτώσεις ασθενών με ελλείμματα του ναρκισσισμού αλλά και συγκρότησης ταυτότητας. Εξέτασε και πρότεινε τον όρο «πρωτογενής τραυματισμός» (Roussillon, 1999) που αφορά επώδυνες εμπειρίες στα πρώιμα στάδια της ψυχικής ζωής του ατόμου, όπου το τελευταίο είναι αβοήθητο και ανώριμο ως προς την επεξεργασία τους. Σε αυτή την περίπτωση, το βίωμα δεν μπορεί να αναπαρασταθεί καθώς δεν υπάρχουν ακόμη αναπαραστάσεις πράγματος. Επομένως, στη θέση των ψυχικών αναπαραστάσεων εγγράφονται οι βιωμένες αντιλήψεις και αισθήσεις (Roussillon, 1999, 2005). Ο πρωτογενής τραυματισμός, λοιπόν, αναφέρεται μέσα από το έργο του Roussillon ως «χαμένο τραύμα».

Λίγα χρόνια αργότερα, ο Roussillon προτείνει την έννοια της έκπληξης ως βασικό συναίσθημα (Roussillon, 2002). Η νοητική, ψυχική και σωματική κατάσταση της έκπληξης οδηγεί στην αύξηση του επιπέδου εγρήγορσης και διέγερσης καθώς και αποσυντονίζει τη λειτουργία της σωματοψυχικής οντότητας. Ταυτόχρονα, σηματοδοτεί ένα άνοιγμα στη σύνδεση μεταξύ ψυχικών και σωματικών συστημάτων, όπως επίσης και την αναστολή ή την απώλεια μια προυπάρχουσας διεργασίας. Στο χώρο του παραπάνω ανοίγματος εγγράφονται ίχνη από τα άμεσα ερεθίσματα και την κινητοποίηση ενορμήσεων ή ενστίκτων ως προς αυτά. Αυτά τα ίχνη έχουν άμεση σύνδεση με την επικρατούσα ψυχική, νοητική και σωματική κατάσταση του υποκειμένου. Σε περίπτωση που η κατάσταση διέγερσης υπερβεί τη δυνατότητα προσαρμογής, προκαλείται ένα τραυματικό βίωμα, το οποίο συσχετίζεται με έναν ευρύ σχηματισμό ψυχοσωματικών καταστάσεων και τελικά οδηγεί σε μεταβολή της πρότερης κατάστασης του ατόμου. Αντιθέτως, εάν η κατάσταση δεν είναι τραυματική, η έκπληξη θα λειτουργήσει ως μια τοπική μεταλλάξεων. Αυτό θα γίνει καθώς τα δεδομένα που προέρχονται από το ερέθισμα και την κατάσταση του υποκειμένου αυξάνουν τη δυναμική κάθε συστήματος και αλλάζουν τη μεταξύ τους σχέση.

**2.1.4. J. Laplanche.** Η θεωρία που παρουσιάζεται από τον Jean Laplanche, συνδέεται άμεσα με τη θεωρία της αποπλάνησης του Freud. Αναλυτικότερα, μέσα από τη θεωρία της γενικής αποπλάνησης (Théorie de la Séduction Généralisée) (Laplanche, 1987), γίνεται αισθητό ότι το ψυχικό τραύμα πρέπει αρχικά, να εσωτερικευτεί και στη συνέχεια να αναβιωθεί με αποτέλεσμα να γίνει πια εσωτερικό. Το τραύμα για να είναι ψυχικό, δεν συμβαίνει μόνο σε μια χρονική στιγμή. Πρώτα, υπάρχει η εμφύτευση από ένα εξωτερικό ερέθισμα και έπειτα η εμπειρία ή η ανάμνησή του όταν επανεπενδυθεί σε μια δεύτερη στιγμή, τότε θεωρείται τραυματική (Laplanche, 2001).

Η δομή της θεωρίας αποπλάνησης του τραύματος που απεικονίζει ο Laplanche θέτει μια πρώτη σεξουαλική επίθεση που προκαλεί περιορισμένη ανταπόκριση, καταπιέζεται ή διασπάται με κάποιο τρόπο και η ανάμνηση της επίθεσης παραμένει αδρανής, έως ότου ένα μεταγενέστερο περιστατικό που έχει απήχηση προκαλεί ανταπόκριση μεγαλύτερη από την αρχική αντίδραση. Πρέπει να σημειωθεί ότι η πεποίθηση του Freud σχετικά με το δεύτερο γεγονός δεν ήταν από μόνο του αρκετό για να δικαιολογήσει την έκρηξη συμπτωμάτων, οδηγώντας το άτομο να υποψιαστεί ότι κάτι πιο σοβαρό και πιο σεξουαλικό έπρεπε να είχε προηγηθεί, δημιουργώντας τη βάση για μεταγενέστερα συμπτώματα. Για τον Laplanche, το αρχικό τραύμα της αποπλάνησης με το οποίο ξεκινά όλη η ανθρώπινη ανάπτυξη, είναι η «εισβολή» της ασυνείδητης σεξουαλικότητας του ενήλικα στην ψυχή του βρέφους.

Μέσα στο βιβλίο του «Après-coup», υπάρχουν δύο συγκεκριμένα στοιχεία του που ο Laplanche θέλει να δώσει έμφαση. Πρώτον, το οδυνηρό υλικό δεν καταργείται με σταδιακές μετατοπίσεις, αλλά αντίθετα αναδύεται σε μια πλήρη μετατόπιση της ψυχικής ενέργειας στη δεύτερη σκηνή. Δεύτερον, η εστίαση στην εσωτερίκευση είναι η ιδέα ότι δεν είναι το ίδιο το γεγονός που προκαλεί τραυματισμό, αλλά μάλλον η μνήμη του γεγονότος, που μεταφέρει το τραύμα μπροστά στο χρόνο και εμφυτεύεται σαν ξένο αντικείμενο. Η μνήμη είναι τόσο τοξική καθώς έχει την πρόσθετη δύναμη να ενεργεί ως επίθεση στον ψυχισμό του ατόμου, δημιουργώντας ένα μεγαλύτερο έργο ψυχολογικής άμυνας.

## **2.2 Γενικές έννοιες στην ψυχαναλυτική προσέγγιση του τραύματος**

Αρκετές φορές τα θύματα ενός τραυματικού γεγονότος βιώνουν καταστάσεις και συναισθήματα ανασφάλειας, ακόμη και αβοηθησίας. Εξετάζοντας αυτά τα άτομα αλλά και τον μετατραυματικό τρόπο ψυχικής λειτουργίας τους, είναι έκδηλο ότι δεν



διαθέτουν την πρωτότερη δυνατότητα συναισθηματικής, νοητικής ή και κοινωνικής επεξεργασίας και αντιμετώπισης των απωλειών που υφίστανται, εκφράζοντας συχνά φόβους καταστροφής ή θανάτου. Η σκέψη αυτών των ατόμων κατακλύζεται από συνεχείς και επαναλαμβανόμενες υπενθυμίξεις της τραυματικής εμπειρίας που βίωσαν ενώ αξίζει να αναφερθεί ότι αυτό το σύμπτωμα τραυματικών διαταραχών δεν αποτελεί μόνο αποτέλεσμα τραύματος αλλά και μια συνειδητή ή μη προσπάθεια ελέγχου και προσαρμογής στη νέα συνθήκη. Οι επαναλήψεις μιας πιθανής θυματοποίησης του ασθενούς σε συνθήκες της καθημερινότητας, συχνά θα λάβουν τη μορφή ενός επαναληπτικού καταναγκασμού. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι επαναλήψεις και οι εμμονές δεν αφορούν ψυχαναγκαστική ή ψυχωτική συμπτωματολογία, αλλά εκφορτίσεις του διάχυτου άγχους και των διεγέρσεων. Δυσάρεστες εμπειρίες, επαναλαμβάνονται χωρίς να είναι εμφανές ποιο από τα συστήματα του υποκειμένου μπορεί να βρίσκει ικανοποίηση με αυτόν τον τρόπο. Πρόκειται για φαινόμενο που κινείται "πέρα από την αρχή της ηδονής" (Freud, 1920) και εμπλέκει την πολύσημη έννοια του ενστίκτου του θανάτου. Οι επαναληπτικές διαδικασίες παίρνουν τη μορφή αναστολών, παραίτησης από την επιθυμία, αυτοκαταστροφής και οδηγούν σε ψυχικούς και ενίοτε οργανικούς αυτοακρωτηριασμούς (Ποταμιάνου, 1999). Δεν αφορά μόνο περιπτώσεις βαριάς ψυχοπαθολογίας, όπως οι ψυχωτικοί, οριακοί και ψυχοσωματικοί ασθενείς, αλλά όπως έχει επισημανθεί από τον Freud, ο καταναγκασμός της επανάληψης, είναι μία παγκόσμια τάση της οργανικής ζωής και του ενορμητικού δυναμικού (Freud, 1920).

Στο επίπεδο της ενδοψυχικής λειτουργίας παρατηρείται μια σημαντική απώλεια της δυνατότητας νοηματοδότησης. Η έννοια της νοηματοδότησης είναι κεντρική στην παθολογία του τραύματος. Σημαίνει τη δυνατότητα του ατόμου να προσδώσει ένα υποκειμενικό νόημα αλλά και αξία στις σκέψεις και τις καταστάσεις που βιώνει καθώς και στις σκέψεις των άλλων. Η οποιαδήποτε συμπτωματολογία αποτελεί ισχυρή ένδειξη αδυναμίας επεξεργασίας από το άτομο σχετικά με το τραυματικό βίωμα και την απώλεια. Αναλυτικότερα, όσο ένα τραυματικό βίωμα λαμβάνει χώρα σε ένα πρώιμο στάδιο, επομένως σε μια εξελικτικά προ-ψυχική συνθήκη του ατόμου, τόσο μεγαλύτερες θα είναι και οι επιπτώσεις του.

Το τραύμα κατά την ενήλικη ζωή, σχετίζεται με συνθήκες κατά τις οποίες η σωματική αλλά και ψυχική κατάσταση του ατόμου τίθενται σε κίνδυνο. Οι πιο συνηθισμένες απειλές είναι στη σωματική και ψυχική οντότητα του υποκειμένου, είναι

οι εκφάνσεις βίας, δηλαδή σωματικής, ψυχικής και σεξουαλικής, τα ποικίλα ατυχήματα ή ακραίες καταστάσεις βασανισμού (Altounian, 2005) καθώς και διαγνώσεις σοβαρής ή χρόνιας πάθησης. Αξίζει να αναφερθεί, και ο τραυματικός χαρακτήρας της απώλειας του αντικειμένου, που ή παρουσιάζεται υπό τη μορφή του αποχωρισμού ή της εγκατάλειψης, κυρίως όταν είναι αιφνίδια και απρόβλεπτη.

Τέλος, όπως αναφέρεται και από τον Roussillon, η έννοια του «ναρκισσιστικού τραύματος» (Grunberger, 1971) έχει κομβικό ρόλο στη θεωρία του τραύματος. Αναλυτικότερα, η παραπάνω έννοια παραπέμπει σε μια βίαιη κατάρριψη του ασυνείδητου ιδεώδους της αίσθησης της παντοδυναμίας του ατόμου, δημιουργώντας έντονα αισθήματα αποτυχίας, ανεπάρκειας, ντροπής και ανημποριάς. Τραύματα στο ναρκισσισμό του ατόμου, λειτουργούν ως τροχοπέδη στην συγκρότηση της προσωπικότητάς του αλλά και αποτελούν αιτία για εκδήλωση μετέπειτα διαταραχών.

### **2.3. Τραύμα: Καθοριστικοί & επιβαρυντικοί παράγοντες**

Σε αυτό το σημείο αξίζει να γίνει αναφορά στους παράγοντες που μπορούν να μεσολαβήσουν έτσι ώστε μια εμπειρία να θεωρηθεί τραυματική. Παρακάτω αναλύονται οι έννοιες του φύλου, του οικογενειακού αλλά και του σχολικού περιβάλλοντος εστιάζοντας στη σημασία της επίδρασής τους κατά την παιδική ηλικία.

**2.3.1. Φύλο.** Η σημασία της ψυχολογικής νοσηρότητας μετά από μείζον τραύμα, συνεχίζει να κερδίζει την προσοχή στην έρευνα αναφορικά με την εξέλιξη μια τραυματικής εμπειρίας. Η έννοια του φύλου αποτελεί βασικό προγνωστικό παράγοντα μεσολάβησης για να θεωρηθεί μια εμπειρία τραυματική και αυτό γιατί ο τρόπος που εκλαμβάνεται ή εκδηλώνεται η έννοια του τραύματος είναι διαφορετικός ανάμεσα στα δύο φύλα .

Αναφορικά με στοιχεία όπως η ηλικία (Ρυπος κ.α., 2000), το φύλο και οι προηγούμενες ψυχολογικές εκδηλώσεις, όπως τραύματα και άλλα είδη ψυχοπαθολογίας (Breslau κ.α., 1997) έχουν βρεθεί ότι είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες και άλλων μορφών ψυχοπαθολογίας (Breslau κ.α., 1998· Kessler κ.α., 1995· Perkonigg & Wittchen, 1999). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες και οι άνδρες διαφέρουν ως προς τα είδη τραύματος. Φαίνεται ότι κάθε φύλο έχει το δικό του μοτίβο τραυματικών γεγονότων. Η πιθανότητα για τις γυναίκες να υποστούν σεξουαλική κακοποίηση στην πρώιμη παιδική ηλικία είναι πολύ μεγαλύτερη από ό,τι για τους άνδρες, με ποσοστά 27% έναντι 8% (Breslau

κ.α., 1997· Finkelhor, 1994). Αντίθετα, υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος για τους άνδρες να υποστούν σωματικές επιθέσεις και σοβαρά ατυχήματα (Breslau κ.α., 1998· Breslau, 2002· Kessler κ.α., 1995· Perkonigg & Wittchen, 1999). Για παράδειγμα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με ατυχήματα για άνδρες και γυναίκες ηλικίας 20–24 ετών είναι 86,2% έναντι 16,3% ανά 100.000 (Tursz, 1997). Εξετάζοντας τα τραυματικά συμβάντα ειδικά για το φύλο, αξίζει να αναφερθεί ότι η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί μια εξαιρετικά τραυματική εμπειρία που αγγίζει τον εσωτερικό πυρήνα της προσωπικότητας και υπόκειται σε σοβαρά αρνητικές κοινωνικές κυρώσεις. Έχει επίσης προταθεί ότι τα κορίτσια μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις αρνητικές επιπτώσεις της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ τα αγόρια μπορεί να είναι πιο ευάλωτα σε δυσμενείς επιπτώσεις από παιδική παραμέληση (Teicher κ.α., 2004). Οι Plichta και Falik (2001), ανέφεραν ότι περισσότερο από το ένα τρίτο των γυναικών έχουν βιώσει βία από κοντινό τους πρόσωπο τους προηγούμενους 12 μήνες.

Εμπειρικά ευρήματα στη γενική βιβλιογραφία υποδεικνύουν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων αναφορικά με το άγχος, στην πρωτογενή αξιολόγηση. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες αναφέρουν πιθανότητες απειλής και απώλειας περισσότερο από τους άνδρες (Cole & Sapp, 1988· Mak, Blewitt, & Heaven, 2004· Ptacek, Smith, & Zanas, 1992· van Nieuwenhuizen & de Ridder, 1994). Αυτοί οι τύποι αξιολογήσεων έχουν συνδεθεί με μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία στις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων υψηλότερων ποσοστών συναισθηματικών διαταραχών (van Nieuwenhuizen & de Ridder, 1994).

Κάτι ακόμη που είναι χρήσιμο ως προς την κατανόηση του τραύματος ανάμεσα στα δύο φύλα είναι οι διαφορετικοί εγκεφαλικοί μηχανισμοί. Έχουν αναφερθεί διαφορές μεταξύ των φύλων στην επεξεργασία ισχυρών συναισθηματικών αναμνήσεων (Cahill, Uncapher, Kilpatrick, Alkire, & Turner, 2004· Canli, Desmond, Zhao, & Gabriel, 2002· van Stegeren κ.α., 2005) και των τραυματικών αναμνήσεων (Spitzer κ.α., 2003). Οι διαφορές που σχετίζονται με το φύλο στις δομές του εγκεφάλου και στις γνωστικές διεργασίες μπορεί επομένως να εμπλέκονται στους μηχανισμούς που διέπουν τη διαφορετική ευαισθησία των γυναικών και των ανδρών στο τραύμα και στην ψυχοπαθολογία. Η έρευνα για αυτές τις διαφορές θα μπορούσε να ενισχύσει την κατανόηση για τις διαταραχές που παρουσιάζουν ευαισθησία που σχετίζεται με το φύλο, όπως η κατάθλιψη και η διαταραχή μετατραυματικού στρες, ανοίγοντας έτσι το δρόμο σε θεραπείες ειδικά διαμορφωμένες για τα διαφορετικά φύλα.

**2.3.2. Οικογενειακό περιβάλλον.** Ο αυξημένος κίνδυνος παιδικής κακοποίησης παρουσία ενδοοικογενειακής βίας είναι καλά τεκμηριωμένος, αλλά πολλά στοιχεία παραμένουν άγνωστα σχετικά με τους παράγοντες που τροποποιούν αυτή τη σχέση. Εξίσου ενδιαφέρουσα είναι η καταλυτική επίδραση της οικογένειας στην τραυματική εμπειρία.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έχουν καταγραφεί συγκεκριμένοι τύποι χαρακτηριστικών οι οποίοι λειτουργούν ως προβλεπτικοί παράγοντες για την παιδική κακοποίηση. Αναλυτικότερα, η νεαρή μητρική ηλικία, ιδιαίτερα κάτω των 16 ετών έχει συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά κακοποίησης (Brown κ.α., 1998· Browne & Saqi, 1988· Connolly & Straus, 1992· Lee & Goerge, 1999). Η δομή της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένης της απουσίας ή της παρουσίας του συντρόφου της μητέρας ή του πατέρα, και ο αριθμός των μελών της οικογένειας (Coohey & Braun, 1997) σχετίζονται επίσης με τον κίνδυνο για κακομεταχείριση. Οι αυξημένες σωματικές και ψυχολογικές απαιτήσεις και οι οικονομικές πιέσεις που σχετίζονται με την ύπαρξη περισσότερων από δύο παιδιών στο σπίτι ενδέχεται να επιδεινώσουν την οικογενειακή βία και να αυξήσουν τον κίνδυνο για αναφορά κακοποίησης. Εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση που αποτελεί επίσης ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για παιδική κακοποίηση (Browne & Saqi, 1988). Οι φροντιστές με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο μπορεί να είναι λιγότερο ικανοί να αξιοποιήσουν τους πόρους για την αντιμετώπιση προβλημάτων, την αποφυγή καταχρηστικών σχέσεων και την ανάπτυξη γονικών δεξιοτήτων και ως εκ τούτου είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν κακοποιητικές συμπεριφορές.

Άλλα χαρακτηριστικά των φροντιστών που σχετίζονται τόσο με την παιδική κακοποίηση περιλαμβάνουν το άγχος (Hall & Farel, 1988), η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη (Nielson κ.α., 1992· O'Keefe, 1995· Starr, 1988), η μητρική κατάθλιψη (Kotch κ.α., 1997), η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Cohn & Daro, 1987· Dore κ.α., 1995), και η κακή ποιότητα των σχέσεων γονέα-παιδιού, ιδιαίτερα η σχέση πατέρα-παιδιού (O'Keefe, 1995). Ένα ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία της μητρικής φιγούρας έχει βρεθεί ότι αυξάνει μετέπειτα την πιθανότητα των μητέρων να κακοποιούν σωματικά τα παιδιά τους (Hallet κ.α., 1998).

Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις των παιδιών στο τραύμα είναι πιο έντονες όταν εκείνα έρχονται σε άμεση

επαφή με τη βία, έχουν εξοικείωση με το θύμα ή/και τον δράστη. Ακόμα, η ιδιοσυγκρασία του παιδιού, το αναπτυξιακό στάδιο, τη σοβαρότητα, η χρονιότητα της βίας και η διαθέσιμη υποστήριξη που έχει σκοπό να μετριάσει τις επιπτώσεις της βίας στο παιδί είναι εξίσου καθοριστικές (Osofsky, 1997· Pynoos, Steinberg, Ornitz, & Goenjian, 1997). Δεδομένων των αναπτυξιακών τους αναγκών, τα μικρά παιδιά μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις βλαβερές συνέπειες της ενδοοικογενειακής βίας, επειδή δεν έχουν αναπτύξει την ικανότητα να κατανοούν και να αντιμετωπίζουν το τραύμα με τον ίδιο τρόπο όπως μεγαλύτερα παιδιά (Osofsky, 1999). Έρευνες επισημαίνουν ότι επισημαίνουν, ότι η ενδοοικογενειακή βία έχει τη δυνατότητα να είναι ιδιαίτερα επιζήμια για τα μικρά παιδιά όταν εκτίθενται σε επιθέσεις μεταξύ ανθρώπων που αγαπούν (Groves, 1999; Groves & Zuckerman, 1997).

Η προστασία των παιδιών και η διευκόλυνση της ανάπτυξής τους είναι η πιο βασική λειτουργία της οικογένειας. Ανεξάρτητα από τη σύνθεση, οι οικογένειες είναι μοναδικά δομημένες για να παρέχουν την προσοχή, τη φροντίδα και την ασφάλεια που χρειάζονται τα παιδιά για να μεγαλώσουν και να αναπτυχθούν. Επιπλέον, όταν οι γονείς εκτίθενται σε βία ή είναι και οι ίδιοι θύματα βίας, είναι πιθανό να δυσκολεύονται να είναι συναισθηματικά διαθέσιμοι, ευαίσθητοι και να ανταποκρίνονται στα παιδιά τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι σημαντικό για τους παραδοσιακούς κοινωνικούς προστάτες των παιδιών, συμπεριλαμβανομένων των σχολείων, των κοινοτικών κέντρων, των εκκλησιών και άλλων, να βοηθήσουν στη διασφάλιση ασφαλών περιβαλλόντων για τα παιδιά.

**2.3.3. Σχολικό περιβάλλον.** Το σχολικό περιβάλλον παίζει καταλυτικό ρόλο στις τραυματικές εμπειρίες των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο σχολικός εκφοβισμός σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Bond κ.α., 2001· Hoel, 1999), κακή ψυχική υγεία (Zarf κ.α., 1996) και Διαταρχή Μετατραυματικού Στρες (Field, 1996· Leymann, 1990).

Ο εκφοβισμός μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, συμπεριλαμβανομένου του σωματικού, όπως χτυπήματα και σπρωξίματα, του λεκτικού, όπως προσβολές και εκφοβισμός, του έμμεσου, όπως κοινωνική χειραγώγηση και συστηματικό αποκλεισμό και του εικονικού, όπως διαδικτυακό εκφοβισμό (Greif, Furlong & Morrison, 2003). Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η χρονιότητα της θυματοποίησης και επίσης η σοβαρότητα είναι σημαντικοί μεσολαβητές μακροπρόθεσμου αντίκτυπου στην υγεία

και την ακαδημαϊκή εκπαίδευση (Wolke κ.α., 2014· Schwartz κ.α., 2015· Zwierzynska κ.α., 2013). Αξίζει να αναφερθεί ότι τα στοιχεία δείχνουν, ωστόσο, ότι τα αποτελέσματα του εκφοβισμού είναι εξίσου σοβαρά με, ή ακόμη πιο σοβαρά από την κακοποίηση στην παιδική ηλικία (Lereya κ.α., 2015).

Η ευαλωτότητα στον εκφοβισμό μπορεί να προκύψει από παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται στενά με μεταγενέστερη ανάπτυξη κάποιας ψυχιατρικής νόσου, ενώ η παρουσία αυτής συνδέεται επίσης με αυξημένη συχνότητα θυματοποίησης εκφοβισμού στη νεολαία (Mayes κ.α., 2015). Ωστόσο, σημαντικό να μην αγνοηθεί είναι ο επιβλαβής αντίκτυπος που μπορεί να έχει το άγχος του εκφοβισμού στα άτομα που όμως έχουν ήδη προδιάθεση για παρουσίαση ψυχιατρικής νόσου στο μέλλον.

Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση των Gini και Pozzoli (Gini κ.α., 2009) σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ εκφοβισμού και ψυχοσωματικών προβλημάτων διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που εκφοβίζονται έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για ψυχοσωματικά προβλήματα από τους συνομηλίκους που δεν υφίστανται εκφοβισμό. Αναλυτικότερα, τα συχνά αναφερόμενα σωματικά προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τον εκφοβισμό περιλαμβάνουν κακή υποκειμενική κατάσταση υγείας, κακή όρεξη, διαταραχές ύπνου, πονοκεφάλους, κοιλιακό άλγος, προβλήματα αναπνοής και κόπωση (Sigurdson κ.α., 2014· Boynton-Jarrett κ.α., 2008· Menrath κ.α., 2015). Αυτή η συσχέτιση μεταξύ εκφοβισμού, θυματοποίησης και σωματικών συμπτωμάτων παρατηρείται ήδη σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Pola κ.α., 2016) και έχει οδηγήσει ορισμένους ερευνητές στο πεδίο να προτείνουν ότι οποιοδήποτε επαναλαμβανόμενο και ανεξήγητο σωματικό σύμπτωμα μπορεί να είναι προειδοποιητικό σημάδι εκφοβισμού (Gini, Pozzoli, Lenzi κ.α., 2014).

Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι αρνητικές συνέπειες που σχετίζονται με τη θυματοποίηση του εκφοβισμού είναι ποικίλες, σύνθετες και έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα των ατόμων μακροπρόθεσμα, παρόμοια με άλλες τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Καταληκτικά, η έγκαιρη παρέμβαση είναι απαραίτητη για την ενίσχυση τόσο της φυσιολογικής όσο και της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στην υγεία (Walker, Kim, Price κ.α., 2014).

## 2.4. Τραύμα και ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις

Τα τελευταία χρόνια έχει φανεί ισχυρή σύνδεση ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία της ενήλικης ζωής και στο ιστορικό κακοποίησης ή παραμέλησης κατά την παιδική ηλικία. Στη συνέχεια θα αναφερθούν κάποιες από τις βασικές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που έχει αποδειχθεί ερευνητικά κάποια συσχέτιση με τραυματικό γεγονός στην παιδική ηλικία.

**2.4.1. Κατάθλιψη.** Ορίζεται ως μια αρνητική συναισθηματική κατάσταση, που κυμαίνεται από τη δυσαρέσκεια έως ένα ακραίο αίσθημα θλίψης, απαισιοδοξίας και απογοήτευσης, το οποίο παρεμβαίνει στην καθημερινή ζωή. Διάφορες σωματικές, γνωστικές και κοινωνικές αλλαγές τείνουν επίσης να συνυπάρχουν, όπως μεταβαλλόμενες διατροφικές συνήθειες ή συνήθειες ύπνου, έλλειψη ενέργειας ή κινήτρων, δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων και απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες (APA, 2013).

Εκτεταμένη έρευνα έχει αποδείξει ότι το άγχος της παιδικής ηλικίας αλλά και του ενήλικα που προκαλείται από την έκθεση σε τραυματικά γεγονότα μπορεί να οδηγήσει σε μια ποικιλία αρνητικών αποτελεσμάτων για την υγεία, όπως Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, κατάχρηση ουσιών, απόπειρες αυτοκτονίας και καταθλιπτικές διαταραχές (Brewin, 2003· Brodsky κ.α., 1997· Caspi κ.α., 2003· Kingree κ.α., 1999· Kendall-Tackett κ.α., 1993· Kendler εκ.α., 2000· Koenen κ.α., 2007· Heffernan κ.α., 2000). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι άρρηκτα συνυφασμένα με αυτές τις διαταραχές και συμπεριφορές (Elhai κ.α., 2011).

Ένα ευρύ φάσμα γεγονότων μπορεί να βιωθεί ως τραυματικό και, μεταξύ αυτών, είναι χρήσιμο να γίνει διάκριση μεταξύ αυτών που είναι σχετικά απρόσωπα, όπως οι φυσικές καταστροφές και τα ατυχήματα, και εκείνων που είναι διαπροσωπικά, όπως οι επιθέσεις, οι ομαδικές κακοποιήσεις και η κακοποίηση στην παιδική ηλικία (Allen, 2001). Το διαπροσωπικό στρες είναι ένας καλά τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου για κατάθλιψη (Brown, 2010· Brown & Harris, 1978· Hammen, 2005).

Η πιο εκτεταμένη έρευνα που σχετίζεται με το διαπροσωπικό τραύμα με την κατάθλιψη της ενηλικίωσης έχει επικεντρωθεί στο τραύμα αναφορικά με τις σχέσεις προσκόλλησης στην παιδική ηλικία και πιο συγκεκριμένα με τη μορφή κακοποίησης και παραμέλησης (Anda κ.α., 2006· Bifulco & Thomas, 2013· Brown & Harris, 1993· De Marco, 2000). Τέτοιο πρώιμο τραύμα θέτει το έδαφος για βλάβες στα

νευρορρυθμιστικά συστήματα που σχετίζονται με το στρες, με βαθιές και διαρκείς συνέπειες στη συμπεριφορά (De Bellis & Thomas, 2003· Gutman & Nemeroff, 2002· Heim & Nemeroff, 2001· Repetti κ.α., 2002· Teicher, 2000), συμπεριλαμβανομένης της ανοχής στο στρες, της δημιουργίας στρες σε μεταγενέστερες σχέσεις (Hammen, 2005), καθώς και του αυξημένου κινδύνου εκ νέου έκθεσης σε διαπροσωπικό τραύμα στην ενήλικη ζωή (Cloitre κ.α., 1997· Widom, 1999).

Άτομα με κλινική κατάθλιψη γενικά αναφέρουν πιο σοβαρές δυσκολίες στην παιδική ηλικία από εκείνα που δεν πάσχουν από κατάθλιψη (Egger κ.α., 1997· Gladstone κ.α., 1999· Chapman κ.α., 2004· Zavaschi κ.α., 2006). Αυτές οι δυσκολίες μπορεί να περιλαμβάνουν σεξουαλική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, παραμέληση, χωρισμό από έναν γονέα ή ψυχική ασθένεια σε έναν γονέα. Το παιδικό τραύμα μπορεί να έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων, με μακροπρόθεσμες συνέπειες που συχνά επιμένουν και στην ενήλικη ζωή (Heim κ.α., 2001· Penza κ.α., 2003). Ορισμένες μελέτες έχουν επίσης αναφέρει ότι μια προβληματική παιδική ηλικία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης σε νεαρή ηλικία (Fergusson κ.α., 1996· Brown κ.α., 2001· Lenze κ.α., 2008· Dunn κ.α., 2013). Αξίζει να αναφερθεί, ότι πολλά στοιχεία υποδεικνύουν ότι η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα ανάπτυξης ενός ευρέος φάσματος συμπτωμάτων όπως κατάθλιψη, άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενοχή, φόβος, σεξουαλικές δυσκολίες, αυτοκτονία και συμπεριφορά αυτοτραυματισμού. Οι μελέτες επιπολασμού επιβεβαιώνουν ότι μπορεί να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και της ανάπτυξης κατάθλιψης ενηλίκων (Gladstone κ.α., 1999· Brown κ.α., 1999· Bifulco κ.α., 1991· Ernst κ.α., 1996). Επιπλέον, ένα ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο χρόνιας κατάθλιψης στους ενήλικες (Wiersma κ.α., 2009), καθώς και την αυτοκτονική συμπεριφορά και τα επίπεδα παρορμητικότητας (Brodsky κ.α., 2001).

Επιπλέον, η έρευνα καταδεικνύει ότι η ψυχολογική-συναισθηματική κακοποίηση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για καταθλιπτικές διαταραχές στη διάρκεια της ζωής (Chapman κ.α., 2004· Bifulco κ.α., 2002· Anda κ.α., 2002· Hovens, Giltay, Wiersma, Spinhoven, Penninx, Zitman, 2012). Το ψυχολογικό τραύμα μπορεί να έχει ισχυρό αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία καθώς ενδέχεται να επηρεάσει την κοινωνική, συναισθηματική, νευρολογική, σωματική και αισθητηριακή ανάπτυξη



του παιδιού και πιο σοβαρά σε παιδιά που βιώνουν χρόνια επεισόδια συναισθηματικής κακοποίησης (Garbarino, 1994). Αυτή η μορφή κακοποίησης είναι πιο δύσκολο να εντοπιστεί επειδή, διαφορετικά από τη σωματική κακοποίηση, τα σημάδια αποτυπώνονται εσωτερικά στον ψυχισμό του ατόμου και δεν είναι εύκολα αντιληπτά εξωτερικά (Glaser, 2002).

Αναφορικά με τους ενήλικες που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη, ανέφεραν περισσότερη παιδική παραμέληση από υγιή άτομα και η παραμέληση παιδιών έχει αναφερθεί ότι αυξάνει την πιθανότητα πρόωμης έναρξης κατάθλιψης (Bifulco, Brown, Moran, 1998) αλλά και περισσότερων καταθλιπτικών επεισοδίων (Bernet, 1999). Σύμφωνα με τέτοια στοιχεία, το περιβάλλον μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην αιτιολογία της κατάθλιψης, καθώς και σε άλλες ψυχικές διαταραχές. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι τραυματικές εμπειρίες κατά τα αναπτυξιακά στάδια μπορεί να αλλάξουν τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου, με μόνιμες συνέπειες στην ενήλικη ζωή. Μια εστιασμένη έρευνα για το ρόλο του παιδικού τραύματος και της κατάθλιψης μπορεί επομένως να βοηθήσει στην εμβάθυνση της τρέχουσας γνώσης όσον αφορά την επίδρασή της στην ψυχολογική και συναισθηματική ανάπτυξη, υπογραμμίζοντας τους βιολογικούς μηχανισμούς, τους συγκεκριμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη και την αλληλεπίδρασή τους με άλλους βιολογικούς και μεμονωμένους παράγοντες κινδύνου.

**2.4.2. Διπολική διαταραχή.** Η διπολική διαταραχή είναι μια διαταραχή της διάθεσης που σχετίζεται με ασυνήθιστες αλλαγές στη διάθεση, τα επίπεδα δραστηριότητας, τη συγκέντρωση και την ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών εργασιών (DSM-5, 2013). Αυτές οι αλλαγές στη διάθεση περιλαμβάνουν (υπο)μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια, που εναλλάσσονται μεταξύ ευθυμικών περιόδων. Τα (υπο)μανιακά επεισόδια χαρακτηρίζονται από αυξημένη ευερεθιστότητα και στοχευμένη παρορμητικότητα, ενώ οι ευφορικές συμπεριφορές μπορεί να μοιάζουν με ψυχωσικά συμπτώματα (Dunayevich & Keck, 2000). Σε αντίθεση με τα μανιακά επεισόδια, τα καταθλιπτικά συμπτώματα περιλαμβάνουν όξυνση της αρνητικότητας και της θλίψης και περιόδους απελπισίας. Η ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής θεωρείται ότι προκύπτει σε μεγάλο βαθμό από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου, ιδιαίτερα της έκθεσης σε παιδικό τραύμα.

Αναλυτικότερα, γονείς με διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής, όπως διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν διπολική διαταραχή λόγω αυξημένου γενετικού ή οικογενειακού ιστορικού (Duffy κ.α., 2016). Ομοίως, η εμπειρία κακοποίησης και παραμέλησης σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση και τη σοβαρότητα των πρόδρομων συμπτωμάτων σε άτομα με χρόνια διπολική διαταραχή ή συναισθηματικά προβλήματα που σχετίζονται με το άγχος (Duffy κ.α., 2016). Ακόμη, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το παιδικό τραύμα είναι ένας σχετικός περιβαλλοντικός στρεσογόνος παράγοντας που σχετίζεται με τη διπολική διαταραχή (Bücker κ.α., 2014· Garno κ.α., 2005· Romero κ.α., 2009).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι σύμφωνα με έρευνα, ιστορικά σοβαρής παιδικής κακοποίησης εντοπίστηκαν σε περισσότερους από τους μισούς διπολικούς ασθενείς (Garno, Goldberg, Ramirez, & Ritzler, 2005· Maguire, McCusker, Meenagh, Mulholland, & Shannon, 2008). Τα τραυματικά συμβάντα της παιδικής ηλικίας μπορεί επίσης να ρυθμίζουν την κλινική έκφραση της διαταραχής, καθώς σχετίζονται με πρόωμη έναρξη της νόσου (Garno κ.α., 2005), γρήγορη ροή του αίματος (Garno κ.α., 2005· Leverich & Post, 2006), ψυχωτικά χαρακτηριστικά (Hammersley κ.α., 2003), αυτοκτονική συμπεριφορά (Brown, McBride, Bauer, & Williford, 2005· Garno κ.α., 2005· Leverich & Post, 2006), συννοσηρότητες με κατάχρηση ουσιών (Brown κ.α., 2005· Garno κ.α., 2005· Leverich & Post, 2006) και με διαταραχή πανικού (Brown κ.α., 2005). Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν επομένως ότι το παιδικό τραύμα μπορεί να είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη διπολική διαταραχή και μπορεί επίσης να επηρεάσει την κλινική έκφραση και έκβασή της (Etain κ.α., 2008).

Αν και η σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία φαίνεται να είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας δυσμενών κλινικών χαρακτηριστικών στη διπολική διαταραχή, ωστόσο, πολύ λίγες μελέτες έχουν δείξει ενδιαφέρον στη συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση (Daruy-Filho κ.α., 2011). Αξίζει να τονιστεί ότι οι τύποι τραύματος, ιδιαίτερα η συναισθηματική κακοποίηση είναι αυξημένοι σε ασθενείς με διπολική διαταραχή. Πράγματι, έχει αναφερθεί υψηλότερος επιπολασμός συναισθηματικής κακοποίησης σε ασθενείς με διπολική διαταραχή σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό, ακόμη και μετά τον έλεγχο για άλλους τύπους κακοποίησης (Etain κ.α., 2010· Fisher κ.α., 2011· Martins κ.α., 2014).

Μεταξύ των διαφορετικών τύπων τραύματος (συναισθηματικές, σωματικές και σεξουαλικές κακοποιήσεις), η συναισθηματική κακοποίηση έδειξε να έχει μια ουσιαστική επίδραση στη διπολική διαταραχή (Alvarez κ.α., 2011· Etain κ.α., 2010). Επιπλέον, σε μια Εργασία Αναγνώρισης Συναισθημάτων, οι ασθενείς με διπολική διαταραχή και συναισθηματική παραμέληση στην παιδική ηλικία, έχουν μειωμένη απόδοση στην αναγνώριση του θυμού, σε σύγκριση με άτομα χωρίς τραύμα (Russo κ.α., 2015). Είναι ενδιαφέρον ότι το παιδικό τραύμα σχετίζεται με αυξημένη ενεργοποίηση της αμυγδαλής (van Harmelen κ.α., 2013), μια περιοχή του εγκεφάλου σημαντική για τη ρύθμιση του φόβου και των συναισθημάτων (Aas κ.α., 2012· Gallagher & Chiba 1996), ενισχύοντας έτσι πιθανούς δεσμούς μεταξύ του παιδικού τραύματος, των αλλαγών σε συναισθηματικές και δομικές ανωμαλίες απεικόνισης του εγκεφάλου.

Εξίσου σημαντικό είναι ότι εκτός από το ότι σχετίζεται με μια πιο σοβαρή κλινική παρουσίαση της διαταραχής, το παιδικό τραύμα επηρεάζει επίσης τη γνωστική απόδοση του ατόμου με διπολική διαταραχή (Dauvermann & Donohoe, 2019· Vargas κ.α., 2019). Συγκεκριμένα, η παιδική σωματική παραμέληση βελτιώνει τη λήψη ηθικών αποφάσεων στην ενήλικη ζωή (Larsen κ.α., 2019), ενώ η συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση σχετίζεται με ελλείμματα στη λεκτική και οπτική μνήμη ανάκλησης, τη λεκτική ευχέρεια και τη γνωστική ευελιξία (Bücker κ.α., 2013· Savitz κ.α., 2008).

Εν κατακλείδι, όλα τα παραπάνω υποδηλώνουν ότι το παιδικό τραύμα μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για διπολική διαταραχή κάτι που χρήζει από τους ειδικούς να γνωρίζουν τέτοιους παράγοντες κινδύνου και να αξιολογούν τακτικά το ιστορικό παιδικού τραύματος μεταξύ διπολικών ασθενών. Αυτό δυνητικά μπορεί να οδηγήσει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις εστιασμένες στο τραύμα σε ασθενείς με τέτοιο ιστορικό παρελθόν.

**2.4.3. Αυτοτραυματισμοί.** Η κλινική σημασία του μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού, που ορίζεται ως άμεση και σκόπιμη καταστροφή του σωματικού ιστού του ατόμου απουσία αυτοκτονικής πρόθεσης, έχει αναγνωριστεί όλο και περισσότερο την τελευταία δεκαετία (Nock, 2010).

Με βάση τις εκτιμήσεις που αναφέρθηκαν το 2014, ο επιπολασμός αυτής της συμπεριφοράς δια βίου κυμαίνεται από 5,5% στους ενήλικες έως 17,2% στους εφήβους

(Whitlock κ.α., 2006). Ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός είναι ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης απόπειρας αυτοκτονίας από ό, τι ένα προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Asarnow κ.α., 2011· Ribeiro κ.α., 2006· Wilkinson κ.α., 2011). Τα κοινά παραδείγματα περιλαμβάνουν κόψιμο, γδάρσιμο και χτύπημα (Briere & Gil, 1998· Klonsky, 2011· Muehlenkamp & Gutierrez, 2007· Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006), και περισσότεροι από τους μισούς που προβαίνουν σε αυτοτραυματική συμπεριφορά υποστηρίζουν πολλαπλές μεθόδους (Klonsky, 2011· Whitlock κ.α., 2006). Ο Connors (1996, 1996) αναθεώρησε τη σχέση μεταξύ αυτοτραυματισμού, παιδικού τραύματος και των συνεπειών που προκύπτουν από αυτό και ανέπτυξε μια σειρά λειτουργιών του αυτοτραυματισμού μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός. Συγκεκριμένα, περιέγραψε τον αυτοτραυματισμό ως «θεμελιωδώς προσαρμοστικό και σωτήριο μηχανισμό αντιμετώπισης της ζωής» (Connors, 1996) μετά από δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας όπως κακοποίηση, παραμέληση, απώλεια και εγκατάλειψη.

Αναλυτικότερα, ο Connors (1996) πρότεινε τέσσερις βασικές λειτουργίες για τον αυτοτραυματισμό σε επιζώντες από παιδικό τραύμα. Η πρώτη λειτουργία του αυτοτραυματισμού εννοήθηκε ως αναπαράσταση του αρχικού τραύματος, όπως η ασυνείδητη εκτέλεση του γεγονότος στο σώμα τους, η προσπάθεια επικοινωνίας για το τραύμα ή η τακτοποίηση της πραγματικότητας. Η δεύτερη λειτουργία είναι η έκφραση συναισθημάτων και αναγκών, όπως οργή, απογοήτευση, ενοχές και ντροπή. Αυτά τα συναισθήματα συνδυάζονται με ένα στοιχείο αυτοτιμωρίας. Τρίτον, ο αυτοτραυματισμός χρησιμεύει ως μέσο για την οργάνωση του εαυτού, την ανάκτηση της ομοιόστασης και τη φυσιολογική και συναισθηματική ισορροπία και την παροχή αίσθησης ελέγχου. Η τέταρτη λειτουργία είναι η διαχείριση και η διατήρηση των διαχωριστικών διαδικασιών, έτσι ώστε να ρυθμίζει τον βαθμό της αίσθησης, καθώς και να παρέχει διαβεβαίωση σχετικά με το να είσαι ζωντανός (Connors, 1996). Κατά συνέπεια, η ανασκόπηση του Connors παρέχει τα θεμέλια για την προβολή των συμπτωμάτων του τραύματος ως μηχανισμού που κρύβει τον αυτοτραυματισμό.

Τα άτομα που βιώνουν αυτοτραυματικές σκέψεις και εκείνα που εμπλέκονται σε αντίστοιχες συμπεριφορές αναφέρουν φτωχότερες κοινωνικές σχέσεις και μεγαλύτερη ψυχοκοινωνική βλάβη, σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους (Martin κ.α., 2011). Σημαντικό καθίσταται ότι οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων (Johnstone κ.α., 2016· Garisch

κ.α., 2015). Τα ποσοστά συμπεριφοράς αυτοτραυματισμού σε άτομα με ιστορικό παιδικής κακοποίησης είναι υψηλότερα από ό, τι στον γενικό πληθυσμό (Santa Mina & Gallop, 1998), σύμφωνα με πολλά στοιχεία που δείχνουν ότι οι ψυχοπαθολογικές δυνατότητες και οι συνέπειες της παιδικής κακοποίησης είναι αρκετά ευρείες (Shonkoff & Garner, 2012).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι οι τραυματικές εμπειρίες σχετίζονται με τη συχνότητα αυτοτραυματισμού, έτσι ώστε ο συχνότερος αυτοτραυματισμός συνδέθηκε με περισσότερα επεισόδια σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης (Di Pietro κ.α., 2012). Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι οι τραυματικές εμπειρίες διαφέρουν από τα συμπτώματα τραύματος.

Με βάση τα στοιχεία από τις προαναφερθείσες μελέτες, φαίνεται ότι τα συμπτώματα τραύματος παίζουν πράγματι ρόλο στον αυτοτραυματισμό. Είναι όμως πιθανό ο αυτοτραυματισμός παίζει λειτουργικό ρόλο, ώστε να χρησιμεύει ως τρόπος αντιμετώπισης συμπτωμάτων που σχετίζονται με τραύματα (Briere & Gil, 1998· Nock & Prinstein, 2005· Zanarini, Ruser, Frankenburg, & Hennen, 2000). Συγκεκριμένα, οι Nock και Prinstein (2004) εννοούσαν ένα μοντέλο τεσσάρων παραγόντων που παρέχει μια λειτουργική προοπτική αυτοτραυματισμού, έτσι ώστε οι διάφορες λειτουργίες να διαφέρουν ως προς τις προηγούμενες και τις συνέπειες του αυτοτραυματισμού. Κάθε μία από αυτές τις τέσσερις λειτουργίες, δηλαδή η αυτόματη αρνητική ενίσχυση, η αυτόματη θετική ενίσχυση, η κοινωνική αρνητική ενίσχυση, η κοινωνική θετική ενίσχυση, σχετίζονται με τον αυτοτραυματισμό και τον ρόλο του στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του τραύματος. Από αυτή την άποψη, ο αυτοτραυματισμός μπορεί να ενισχυθεί τόσο μέσω θετικής όσο και αρνητικής ενίσχυσης και φαίνεται να ενισχύεται ολόένα και περισσότερο σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια αυτοτραυματισμού (Gordon κ.α., 2010).

Καταληκτικά, η αποσαφήνιση των δυνητικών παραγόντων που κρύβουν την αιτία αυτού του φαινομένου είναι σημαντική, διότι μπορεί να ενημερώσει την ανάπτυξη μελλοντικών στρατηγικών πρόληψης και παρέμβασης, μια επιτακτική ανάγκη, δεδομένης της φτώχης εμπειρικής αντιμετώπισης αυτής της συμπεριφοράς (Calati & Courtet, 2016· Ougrin κ.α., 2015).

Σε ένα πρώτο επίπεδο, η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, και σε μικρότερο βαθμό η σωματική κακοποίηση και η παραμέληση κατά την παιδική ηλικία,

εμφανίζονται σε πολλές θεωρητικές αντιλήψεις για τον αυτοτραυματισμό (Gratz, 2003· Yates, 2004· Teicher κ.α., 2013· Klonsky κ.α., 2008). Κάτω από το εμπειρικό και θεωρητικό ενδιαφέρον για αυτές τις μορφές κακοποίησης στην παιδική ηλικία είναι η υπόθεση ότι έχουν έναν πιο κεντρικό ρόλο, σε σχέση με άλλους τύπους κακομεταχείρισης, στην αιτία μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού.

**2.4.4. Ψυχοσωματικά συμπτώματα.** Η έννοια των σωματομορφικών διαταραχών αποτελεί πρόσφατη προσθήκη στην ψυχιατρική ταξινόμηση, η οποία εισήχθη στο DSM-5 με τον τίτλο σωματοποίηση το 1980. Οι σωματόμορφες διαταραχές υποδηλώνουν μια ιατρική κατάσταση η οποία δεν μπορεί να ληφθεί πλήρως υπόψη από γενικές ιατρικές ή άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως ο πανικός ή η κατάχρηση ουσιών. Η διάγνωση της διαταραχής σωματοποίησης βασίζεται σε ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο πολλαπλών σωματικών παραπόνων (APA, 2013).

Η σωματοποίηση έχει οριστεί ως μια τάση του ατόμου να βιώνει και να μεταδίδει σωματική δυσφορία και συμπτώματα που δεν προσδιορίζονται από παθολογικά ευρήματα, να τα αποδίδει σε σωματική ασθένεια και τέλος να αναζητά ιατρική βοήθεια για αυτά (Lipowski, 1988). Οι Katon και συν. (1984) έχουν περιγράψει τη σωματοποίηση ως ένα πολιτισμικά εγκεκριμένο ιδίωμα στενοχώριας που υποδηλώνει ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Katon κ.α., 1984).

Αναλυτικότερα, η βιβλιογραφία τεκμηριώνει αναλυτικά τη σχέση μεταξύ έκθεσης σε τραύμα και κακής σωματικής υγείας (Afarí κ.α., 2014· Scott κ.α., 2013), συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον πόνο, τις γαστρεντερικές διαταραχές και τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι ενήλικες που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, φτωχότερη συνολική υγεία και χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετικά με την υγεία σε σύγκριση με ενήλικες που δεν έχουν εκτεθεί σε τραύμα (Afifi κ.α., 2016· Gómez-Pérez & López-Martínez, 2013· Porcerelli κ.α., 2017· Springer, 2007). Σημειώνεται ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός και η σοβαρότητα των τραυματικών συμβάντων, τόσο πιο δυσμενή είναι τα αποτελέσματα για την υγεία (Felitti κ.α., 1998· Sledjeski κ.α., 2008).

Αναφορικά με την έννοια του πόνου, είναι ίσως το πιο ευρέως μελετημένο αποτέλεσμα σωματικής υγείας στη βιβλιογραφία για τα τραύματα. Ερευνητές από διάφορες ιατρικές ειδικότητες έχουν διακρίνει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών τους με χρόνια πόνο αναφέρει επίσης ιστορικό παιδικής κακοποίησης (Kendall-

Tackett, 2001). Σε μια σειρά μετά-αναλύσεων, βρέθηκαν σχέσεις μεταξύ της εμπειρίας του χρόνιου πόνου στην ενήλικη ζωή και των αναδρομικών αναφορών για παιδική σωματική κακοποίηση, παιδική σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση (Davis, 2005). Αρκετές μελέτες έχουν βρει συσχετίσεις μεταξύ του πονοκεφάλου ειδικά και του παιδικού τραύματος (Juang & Yang, 2014). Σε μια μεγάλη μελέτη ασθενών με ημικρανία, οι Tietjen και συν. (2010) διαπίστωσαν ότι το παιδικό τραύμα, συμπεριλαμβανομένων της παιδικής σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, της συναισθηματικής κακοποίησης και της παραμέλησης, αναφέρθηκε από το 58% του πληθυσμού της μελέτης και το 40% ανέφερε ότι βίωσε τουλάχιστον δύο μορφές κακομεταχείρισης.

Ένα παράδειγμα σωματοποίησης είναι οι λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές, οι οποίες περιλαμβάνουν χρόνια ή υποτροπιάζοντα γαστρεντερικά συμπτώματα που δεν εξηγούνται από δομικές ή οργανικές ανωμαλίες. Αυτές οι διαταραχές είναι από τις πιο κοινές ιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης και γαστρεντερολογίας (Leserman & Drossman, 2007). Σε μια μελέτη ορόσημο, οι Drossman και συν. (1990) ερεύνησαν 206 γυναίκες ασθενείς μιας πανεπιστημιακής γαστρεντερολογικής κλινικής και παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς της κλινικής ανέφεραν σε υψηλή συχνότητα ιστορικό κακοποίησης καθώς και 44% των συμμετεχόντων ανέφεραν σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ή την ενήλικη ζωή. Ο κίνδυνος για κακοποίηση, δίνοντας έμφαση στη συχνότητα της σωματικής κακοποίησης, ήταν μεγαλύτερος για τους ασθενείς με λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές παρά για εκείνους με γαστρεντερικές διαταραχές βασισζόμενες σε οργανικά αίτια.

Από τις οργανικές ασθένειες, η νόσος του Crohn και νοσήματα του πεπτικού συνυπήρχαν συχνότερα με την κακοποίηση. Σε μια ακόμη μελέτη των Van Tilburg και συνεργατών (2010) μελετήθηκαν παιδιά που κινδύνευαν για κακοποίηση και παραμέληση από την παιδική ηλικία έως την πρώιμη εφηβεία, διαπιστώνοντας ότι δωδεκάχρονοι νέοι που ανέφεραν κακομεταχείριση ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν ανεξήγητα γαστρεντερικά συμπτώματα από τους νέους που δεν ανέφεραν κακομεταχείριση.

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι η πιο κοινή από τις λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές, με εκτιμήσεις επιπολασμού της τάξης του 2-22% στο

γενικό πληθυσμό (Rey & Talley, 2009). Μια μετά-ανάλυση 28 μελετών για το παραπάνω σύνδρομο αποκάλυψε ότι η αναφερόμενη έκθεση σε τραύμα αύξησε την πιθανότητα ανάπτυξης σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου κατά 2,22 φορές (Afarī κ.α., 2014).

Ειδικά η παιδική σεξουαλική κακοποίηση έχει συνδεθεί με το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, με πολυάριθμες μελέτες να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου μεταξύ ενηλίκων με ιστορικό ανεπιθύμητης σεξουαλικής επαφής (Bradford κ.α., 2012· Sansone & Sansone, 2015). Οι σχέσεις με άλλες μορφές κακοποίησης τεκμηριώνονται λιγότερο σταθερά στη βιβλιογραφία (Sansone & Sansone, 2015). Επαρκείς ενδείξεις σύνδεσης μεταξύ του Συνδρόμου Ευερέθιστου Εντέρου και της παιδικής κακοποίησης ώθησαν την Αμερικανική Γαστρεντερολογική Εταιρεία (2002) να δημοσιεύσει μια δήλωση θέσης ορίζοντας την παιδική κακοποίηση, μεταξύ άλλων ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ως παράγοντα που επηρεάζει αισθητά τα κλινικά αποτελέσματα.

Αναφορικά με τις καρδιαγγειακές παθήσεις, είναι οι καθιερωμένοι παράγοντες κινδύνου για το ανδρικό φύλο, και περιλαμβάνουν τη δυσλιπιδαιμία, την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και το κάπνισμα, καθώς και παράγοντες τρόπου ζωής όπως κακές διατροφικές συνήθειες, ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα και παχυσαρκία (Mozaffarian, Wilson, & Kannel, 2008). Η αναδυόμενη έρευνα, ωστόσο, υπογραμμίζει τη σημασία περισσότερων παραγόντων κινδύνου, όπως το οικογενειακό περιβάλλον. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη Ανεπιθύμητων Παιδικών Εμπειριών με βάση τον πληθυσμό συνέδεσαν την παιδική κακοποίηση, την παραμέληση και το δυσλειτουργικό τρόπο διαβίωσης στο σπίτι με την ισχαιμική καρδιακή νόσο (Dong κ.α., 2004). Γυναίκες με ιστορικό παιδικής κακοποίησης ανέφεραν εννεαπλάσια αύξηση στις καρδιαγγειακές διαταραχές σε σύγκριση με γυναίκες που δεν ανέφεραν τέτοιο ιστορικό, αλλά δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές για τους άνδρες.

Οι συνέπειες αυξάνονται με τη χρονιότητα της περιβαλλοντικής έκθεσης καθώς και με την ψυχιατρική δυσφορία. Η πλειονότητα των συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού επηρεάζεται αρνητικά από το τραύμα. Συγκεκριμένα, υπάρχει σημαντική διαταραχή στη γαστρεντερική λειτουργία, το καρδιαγγειακό σύστημα και την ανοσολογική λειτουργία. Όχι μόνο αυτά τα συστήματα επηρεάζονται αισθητά, αλλά οι



παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μελλοντικής ιατρικής νόσου είναι εκθετικά μεγαλύτεροι μετά από έκθεση σε τραύμα.

## **2.5. Τραύμα, παραβατικές συμπεριφορές και σχολική επίδοση**

**2.5.1. Βία.** Η ανθρώπινη επιθετικότητα και η βία είναι μείζονα προβλήματα δημόσιας υγείας. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες για την επιθετικότητα περιλαμβάνουν γενετικούς παράγοντες, περιβάλλον ανατροφής, βιολογικούς παράγοντες και ψυχιατρικές διαταραχές όπως ψύχωση, κατάθλιψη και διαταραχές προσωπικότητας (Citrome & Volavka, 2003). Τα προβλήματα με την επιθετικότητα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στον ιατροδικαστικό πληθυσμό.

Προηγούμενες μελέτες έχουν εξετάσει το παιδικό τραύμα σε εγκληματολογικούς πληθυσμούς. Για παράδειγμα, μεταξύ 301 ανδρών παραβατών, οι Weeks και Widom (1998) ανέφεραν ότι τα δύο τρίτα είχαν υποστεί σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, ενώ οι Dutton και Hart (1992) σημείωσαν ότι 415 από τους 601 παραβάτες ανέφεραν παιδικό τραύμα. Γενικότερα, η βία συμπεριφορά έχει συσχετιστεί με εκπαιδευτική αποτυχία, ανεργία, κατάχρηση ναρκωτικών (Bradshaw, Schaeffer, Petras, & Ialongo, 2010), αυτοκτονία (Igen et al., 2010) και εγκληματική συμπεριφορά για τους δράστες (Huesmann, Eron, Lefkowitz, & Walder, 1984).

Εστιάζοντας στην παιδική παραμέληση, αρκετοί ερευνητές υποστήριξαν ότι οι συνέπειές της φαίνεται να είναι τουλάχιστον εξίσου επιζήμιες με εκείνες που προκύπτουν από τη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση (Smith, Ireland, & Thornberry, 2005· Widom & Ames, 1994). Αυτές οι συνέπειες περιλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης συμπεριφορών, καθυστερημένη ή αλλοιωμένη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη, έλλειψη ανθεκτικότητας του Εγώ βραχυπρόθεσμα καθώς και μακροπρόθεσμα, κατάχρηση ουσιών, σεξουαλικά ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, μη τυπικά στυλ προσκόλλησης και βία συμπεριφορά (Gilbert κ.α., 2009· Stoltenborgh κ.α., 2013). Είναι εμφανές ότι πέρα από την παιδική παραμέληση, η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι όλες οι μορφές παιδικής κακοποίησης είναι εξίσου προγνωστικές για αυξημένο κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς και ψυχοπαθολογιών στην εφηβεία και στην μετέπειτα ενήλικη ζωή. Για παράδειγμα, οι Vachon, Krueger, Rogosch και Cicchetti (2015) χρησιμοποίησαν αυτοαναφορές παιδιών, αναφορές συνομηλίκων και επίσημα αρχεία για να αξιολογήσουν 2292 φυλετικά διαφορετικά

παιδιά ηλικίας 5 έως 13 ετών, από τα οποία περίπου τα μισά (52%) είχαν τεκμηριωμένο ιστορικό παιδικής κακοποίησης.

Οι Vachon και συν. (2015) διαπίστωσαν ότι όλες οι μη σεξουαλικές μορφές παιδικής κακοποίησης προέβλεπαν σημαντικά την επιβλαβή συμπεριφορά εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης. Επιπλέον, οι Rivera και Widom (1990) βρήκαν ότι τα θύματα παραμέλησης παιδιών ή σωματικής κακοποίησης έτειναν να διαπράττουν βίαια εγκλήματα ενηλίκων σε μικρότερη ηλικία σε σχέση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου. Οι Smith και συνεργάτες (2005) διερεύνησαν επίσης τον αντίκτυπο της παιδικής κακοποίησης μεταξύ 12 και 17 ετών σε μια σειρά τύπων αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα τέλη της εφηβείας και στις αρχές της ενηλικίωσης. Οι τύποι της αντικοινωνικής συμπεριφοράς περιλάμβαναν τη βίαιη προσβολή. Στοιχεία κακοποίησης συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας επίσημες αναφορές, ενώ δεδομένα σχετικά με βίαιη προσβολή συλλέχθηκαν από αυτοαναφορές. Διαπιστώθηκε τελικά ότι τόσο η παραμέληση όσο και η σωματική κακοποίηση, αλλά όχι η σεξουαλική κακοποίηση, προέβλεπαν σημαντικά τη βίαιη προσβολή στην εφηβεία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κακοποιηθεί. Η παραμέληση των εφήβων συσχετίστηκε επίσης σημαντικά με τον κίνδυνο σύλληψης και χρήσης ναρκωτικών στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Τέλος, τα παιδιά που κακοποιήθηκαν σωματικά θα μπορούσαν επίσης να έχουν συχνά προβλήματα στις μετέπειτα ερωτικές τους σχέσεις. Οι Taillieu και Brownridge (2015) ανέλυσαν τα αποτελέσματα μιας διαδικτυακής έρευνας. Τα ευρήματα φανέρωσαν ότι οι συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία συσχετίστηκε με τη βία από τους συντρόφους στην ενήλικη ζωή.

Είναι, λοιπόν, εύλογο να θεωρήσει κανείς ότι υπάρχει μια άμεση σχέση μεταξύ τραύματος και εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς και είναι σημαντικό να διερευνηθεί περαιτέρω η φύση αυτής της σχέσης καθώς και ο βαθμός στον οποίο η παιδική κακοποίηση μπορεί άμεσα ή έμμεσα να συμβάλλει στην ανάπτυξη βίαιης συμπεριφοράς ενηλίκων.

**2.5.2. Αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες.** Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η παιδική κακοποίηση και οι στρεσογόνοι παράγοντες της πρώιμης ζωής σχετίζονται με αυξημένη ευαλωτότητα στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης ναρκωτικών και αλκοόλ (Epoch, 2011· Carliner κ.α., 2016·

Mirhashem, Allen κ.α., 2017· Quinn κ.α., 2016). Υψηλά επίπεδα τραυματικών εμπειριών παιδικής ηλικίας έχουν παρατηρηθεί σε άτομα με διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες (Santo κ.α., 2020).

Η παιδική κακοποίηση, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης, μπορεί να οδηγήσει σε διάφορα δυσμενή αποτελέσματα για την υγεία του ατόμου (Molnar, Buka, Kessler, 2001· Parillo, Freeman, Collier κ.α., 2001). Έχει προταθεί ότι οι αρνητικές επιπτώσεις του πρώιμου τραύματος μπορούν να μειώσουν την ικανότητα αντιμετώπισης στη μετέπειτα ζωή, καθιστώντας τα άτομα που εκτίθενται σε κακοποίηση στην παιδική ηλικία πιο επιρρεπή σε διάφορες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής εργασίας και της χρήσης ναρκωτικών (Stoltz, Shannon κ.α., 2007· Ompad, Ikeda, Shah κ.α., 2005).

Η αιτία έναρξης χρήσης ναρκωτικών ουσιών βασίζεται σε πολλούς παράγοντες. Αρχικά, το οικογενειακό περιβάλλον είναι η σημαντικότερη πτυχή της παιδικής ηλικίας. Ένα δυσμενές οικογενειακό περιβάλλον έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη των παιδιών (Liu κ.α., 2018).

Η συμπεριφορά εξαρτησιογόνων ουσιών των γονέων σχετίζεται στενά με τις άσχημες παιδικές εμπειρίες των παιδιών καθώς και τα παιδιά που εκτίθενται στον γονικό αλκοολισμό είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από διάφορες μορφές κατάχρησης, παραμέλησης και οικογενειακής δυσλειτουργίας. Ακόμη, υπάρχει επίσης ένα διεθνές σώμα εργασίας που έχει εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ του παιδικού τραύματος και της πιθανής χρήσης ναρκωτικών (Etherington 2007· Hammersley κ.α., 2016· Quinn κ.α., 2016· Schäfer κ.α., 2017· Scheidell κ.α., 2018· Sun, Chen & Marsiglia, 2016). Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ενήλικες χρησιμοποιούν ναρκωτικά ή μπορεί και να διαπράξουν έγκλημα, για να ανακουφίσουν το αρνητικό συναίσθημα και το άγχος που σχετίζεται με το παιδικό τραύμα (Agnew 2006· Hammersley 2011· Ruiz & Strain, 2011). Τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται συχνά για την αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων που προκαλούνται από το τραύμα που βιώθηκε στην παιδική ηλικία (Drapela, 2006). Το γεγονός στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι ιδιαίτερα τραυματικό λόγω της έλλειψης ελέγχου που έχει το παιδί (Carson κ.α., 2009) και επηρεάζει αρνητικά τη συναισθηματική και συμπεριφορική του ανάπτυξη του, τις σχέσεις, την αίσθηση της αυτοεκτίμησης, την αυτορρύθμισή του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα συχνά να εφαρμόζουν αποφευκτικούς και διαχωριστικούς

τρόπους αντιμετώπισης (Briere, Hodges & Godbout 2010· Fisher κ.α., 2017· Fox κ.α., 2015· Runchkin, Eisemann & Hägglof, 1999).

Κατά την ενηλικίωση, πάνω από το 25% ανέφερε ότι ήταν θύμα ανεπιθύμητων σεξουαλικών δραστηριοτήτων και πάνω από το 27% ανέφερε ότι ήταν ενήλικο θύμα βίας (Shand κ.α., 2011). Όσον αφορά το αλκοόλ, οι Schwandt και συν. (2013) ανέφεραν ότι το 70% των ασθενών με εξάρτηση από το αλκοόλ έχουν βιώσει τουλάχιστον μία μορφή τραύματος στην παιδική τους ηλικία. Οι Anda και συν. (2006) ανέφεραν ότι η έκθεση σε παιδικό τραύμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης εξάρτησης από το αλκοόλ 7 φορές περισσότερο σε σχέση με άτομα που δεν έχουν εκτεθεί σε παιδικό τραύμα. Οι Carliner και συνεργάτες (2016) διαπίστωσαν ότι η εμπειρία δυνητικά τραυματικών γεγονότων πριν από την ηλικία των 11 ετών συσχετίστηκε με υψηλότερο κίνδυνο χρήσης μαριχουάνας, κοκαΐνης, συνταγογραφούμενων φαρμάκων και ενασχόλησης με χρήση πολλαπλών ναρκωτικών. Επιπλέον, η άμεση ή έμμεση έκθεση σε διαπροσωπικά βίαια γεγονότα, όπως μια σωματική επίθεση, κλοπή, σεξουαλική επίθεση ή απαγωγή, συνδέθηκε με τον υψηλότερο κίνδυνο χρήσης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής όλων των τύπων ναρκωτικών (Carliner κ.α., 2016).

Έχει δοθεί αυξανόμενη εστίαση στη χρήση ναρκωτικών ως μια μορφή αυτοθεραπείας ή αποφυγής αντιμετώπισης (Darke 2013· Garland, Pettus Davis, & Howard 2013· Hammersley & Dalgarno 2013· Hammersley κ.α., 2016· Khantzin & Albanese 2008· Quinn κ.α., 2016), το οποίο μπορεί επίσης να σχετίζεται με παιδικό τραύμα. Στην πραγματικότητα, η έρευνα δείχνει ότι το τραύμα που βιώθηκε στην παιδική ηλικία ξεκινά την ανάπτυξη δυσπροσαρμοστικών συναισθηματικών και συμπεριφορικών στρατηγικών αντιμετώπισης, **όπως η χρήση ουσιών και η προσβολή** (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2012). Ωστόσο, οι κοινοί παράγοντες που στηρίζουν τη σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και χρήσης ναρκωτικών είναι διαφορούμενοι. Και οι δύο σχετίζονται με υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας, όπως για παράδειγμα με τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, την κατάθλιψη και το άγχος, όπως επίσης και κοινών οικογενειακών και γενετικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των νευροβιολογικών και φυσιολογικών αλλαγών (De Graaf κ.α., 2002· Houtepen κ.α., 2016· Lembke, 2013· Breslau & Zimmerman, 2013).

Η έρευνα υποδηλώνει σθεναρά ότι η πρόωμη θυματοποίηση και το επακόλουθο τραύμα της συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών, ιδιαίτερα με την πρόωμη ηλικία

έναρξης και τη συχνότερη χρήση ναρκωτικών. μια σχέση που διαμεσολαβείται εν μέρει από κοινωνικούς δεσμούς και αρνητικά συναισθήματα (Carson κ.α., 2009). Η αντιμετώπιση μεσολαβεί επίσης στη σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και χρήσης ναρκωτικών από ενήλικες (Elzy κ.α., 2013· Min κ.α., 2007). Το παιδικό τραύμα δεν οδηγεί πάντα σε προβληματικά μοτίβα χρήσης ναρκωτικών, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν διαθέσιμες άλλες στρατηγικές αντιμετώπισης (Blechman, Lowell & Garrett 1999· Widom, Marmorstein & White 2006· Wong κ.α., 2013).

**2.5.3. Σχολική επίδοση.** Η εμπειρία σοβαρών τραυματικών γεγονότων κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται με κακή λειτουργία, γνωστικά ελλείμματα και ποικιλία ψυχιατρικών καταστάσεων στην ενήλικη ζωή (Putnam, 2003· Lee & Hoaken, 2007· Fergusson κ.α., 2008).

Η εκτελεστική λειτουργία, ένα ποικίλο σύνολο σύνθετων γνωστικών διαδικασιών, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργικής μνήμης, του ελέγχου και της γνωστικής ευελιξίας, είναι κεντρικής σημασίας για την κοινωνική, συναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη των παιδιών (DePrince, Weinzierl, & Combs, 2009· Moriguchi, Chevalier, & Zelazo, 2016). Συγκεκριμένα, τύποι τραυματικών εκθέσεων, όπως το οικογενειακό τραύμα μπορεί να επηρεάσουν διαφορετικά την ανάπτυξη των παιδιών. Σε πολλές μελέτες που συγκρίνουν τις επιδράσεις της ύπαρξης οικογενειακού τραύματος στην εκτελεστική λειτουργία, η έκθεση σε οικογενειακό τραύμα προέβλεψε φτωχότερες εκτελεστικές λειτουργίες τόσο σε παιδιά σχολικής ηλικίας (DePrince κ.α., 2009) όσο και σε νεότερα άτομα (Nolin & Ethier, 2007). Αυτά τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της αξιολόγησης των ελλειμμάτων στις εκτελεστικές λειτουργίες που σχετίζονται με μια σειρά εκθέσεων σε τραυματικές εμπειρίες. Προσθετικά, εξετάζουν κατά πόσον οι συσχετίσεις μεταξύ έκθεσης παιδικού τραύματος, συμπτωματολογίας και εκτελεστικών λειτουργιών μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο έκθεσης ενός παιδιού.

Μερικές μελέτες εστίασαν στη γνωστική λειτουργία σε κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά και έδειξαν βλάβη στην εκτελεστική λειτουργία και λεκτική ικανότητα, καθώς και κακή σχολική επίδοση (Chugani κ.α., 2001· Kinard, 2001· Veltman κ.α., 2001· Séguin κ.α., 2004· Turgeon κ.α., 2004· Pears κ.α., 2005). Επιπρόσθετα, τα χαμηλότερα σκορ σε διεργασίες που σχετίζονται με το δείκτη νοημοσύνης (IQ), έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά

συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και ιδιαίτερα με συμπτώματα επανεμφάνισής του (Sullivan κ.α., 2008· Hooper κ.α., 2009). Ταυτόχρονα λαμβάνεται υπόψη ότι τα υψηλότερα επίπεδα δείκτη νοημοσύνης σχετίζονται με χαμηλότερο κίνδυνο έκθεσης σε τραυματικά συμβάντα (Breslau κ.α., 2006) και μεγαλύτερη ανθεκτικότητα (Yehuda κ.α., 2007· Vanderbilt-Adriance κ.α., 2008). Διαταραχές που σχετίζονται με εκτελεστικές λειτουργίες του ατόμου έχουν γίνει σε δείγματα ενηλίκων που έχουν εκτεθεί σε κάποιο τραύμα (Gaillard, Isingrini, & Belzung, 2006· Navalta, Polcari, Webster & Teicher, 2006· Stein, Kennedy, & Twamley, 2002), ωστόσο, σχετικά λιγότερη έρευνα έχει εξετάσει τις εκτελεστικές λειτουργίες σε παιδιά που είχαν εκτεθεί σε οικογενειακό τραύμα, όπως σεξουαλική και σωματική κακοποίηση ή ήταν μάρτυρες σε ενδοοικογενειακή βία.

Σημαντική βιβλιογραφία έχει τεκμηριώσει τον σοβαρό αντίκτυπο της παραμέλησης, στις εκτελεστικές λειτουργίες των παιδιών καθ' όλη την πορεία της ανάπτυξής τους (Bos, 2009· Hostinar, Stellern, Schaefer, Carlson, & Gunnar, 2012· Pollak κ.α., 2010). Παρόλο που ο βαθμός στέρησης στα περιβάλλοντα φροντίδας ποικίλλει, τα ιδρύματα για παιδιά χωρίς γονείς ή κάποιον άλλον κηδεμόνα, χαρακτηρίζονται από υποσιτισμό, χαμηλή αναλογία φροντίδας-παιδιού καθώς και συχνή εναλλαγή φροντιστή, έκθεση σε λοίμωξη και ανεπαρκή γνωστική και αντιληπτική διέγερση (Nelson, 2007). Ακόμη, σχετικά με την κακοποίηση πολυάριθμες μελέτες στη μέση παιδική ηλικία και την εφηβεία ανέφεραν συσχετισμούς μεταξύ έκθεσης σε τραύμα και φτωχότερων εκτελεστικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένων των ελλειμμάτων στον ανασταλτικό έλεγχο (Barrera κ.α., 2013), γενικά ελλείμματα στη γνωστική ευελιξία (Fishbein κ.α., 2009), και ελλείμματα στην οπτική προσοχή (De Bellis κ.α., 2009).

Επειδή τα παιδιά που εκτίθενται σε οικογενειακά τραύματα είναι αδύναμα να ελέγξουν τη βία ή ακόμη και να εγκαταλείψουν τη σχέση που προκαλεί τη βία, η συνεχής αντιμετώπιση μιας απειλητικής συνθήκης μπορεί να οδηγήσει σε βλαβερές συνέπειες, όπως υψηλά επίπεδα άγχους, μειωμένη προσκόλληση στο άτομο φροντίδας, ακόμη και αυξημένη σύγκρουση με αυτά. Συνεπώς, η ικανότητα μείωσης της εστίασης σε απειλητικά στοιχεία μπορεί να οδηγήσει τα παιδιά να βρεθούν σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από αναπόφευκτη βλάβη (Freyd κ.α., 2007). Για παράδειγμα, τα παιδιά ενδέχεται να αποσπούν την προσοχή για να αποφύγουν τα σημάδια απειλής

(DePrince & Freyd, 1999) μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη των εκτελεστικών λειτουργιών γενικότερα.

Κλείνοντας, τα ελλείμματα σε βασικές εκτελεστικές λειτουργίες είναι πιθανό να διαταράξουν μια σειρά αναπτυξιακών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένων αυτών με τα οποία τα παιδιά εκτεθειμένα οικογενειακά τραύματα έδειξαν δυσκολίες, όπως για παράδειγμα η σχολική επίδοση (Eckenrode, Laird, & Doris, 1993· Kendall- Tackett & Eckenrode, 1996· Shonk & Cicchetti, 2001).

### 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

#### 3.1. Συμπεράσματα

Η εργασία πραγματεύεται την έννοια του τραύματος, πώς εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία, πώς μπορεί να εξελιχθεί και να επηρεάσει την μετέπειτα ζωή του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, το πρώιμο ψυχικό τραύμα είναι ικανό να προκαλέσει πληθώρα επιπτώσεων κατά την ενήλικη ζωή και ο αντίκτυπός στη λειτουργικότητά του ατόμου, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, είναι γεγονός που παρατηρείται σε έρευνες όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια.. Το παιδικό τραύμα, αποτελεί υψηλό παράγοντα κινδύνου για μετέπειτα ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις αλλά και ψυχολογική δυσλειτουργία. Τα παιδιά είναι περισσότερο ευάλωτα, όταν έρχονται αντιμέτωπα με στρεσογόνα ερεθίσματα, λόγω της περιορισμένης ανάπτυξης και αντίληψης των μηχανισμών άμυνας. Συνεπώς, μπορεί να οδηγηθούν σε εμφάνιση ψυχικών διαταραχών που ξεκινάνε από την παιδική ηλικία και συνοδεύουν το άτομο και στην ενήλικη ζωή.

Αναφορικά με τους ψυχαναλυτές εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι θεωρητικές βάσεις σχετικά με την έννοια του τραύματος έχουν τεθεί πολλά χρόνια πριν. Ο S. Freud στη θεωρία για την υστερία (Freud & Breuer, 1895), αναφέρει πως το πρώιμο ψυχικό τραύμα δεν αφομοιώνεται στον ψυχισμό του ατόμου και αποτελεί αιτία των περισσότερων νευρωτικών συμπτωμάτων, θεωρία που οδηγεί τους επόμενους θεωρητικούς να επεκτείνουν την ήδη υπάρχουσα γνώση σχετικά με το τραύμα. Ο S. Ferenczi ασχολήθηκε με τη θεωρία του Freud προσθέτοντας πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση και στη συνέχεια με την έννοια της σωματοποίησης (Ferenczi, 1916). Ο R. Roussillon μέσα από την έρευνα του έδωσε έμφαση στην έννοια του πρωτογενούς τραυματισμού ως «χαμένο τραύμα» (Roussillon, 1999, 2005),

δηλαδή αδυναμία αντίληψης της τραυματικής εμπειρίας. Τέλος, ο J. Laplanche εξέτασε το τραύμα ως μια εσωτερική εμπειρία της οποίας η ανάμνηση μπορεί να επαναεπενδυθεί σε δεύτερη στιγμή και τότε να θεωρηθεί τραυματική (Laplanche, 2001). Η αναφορά των παραπάνω θεωριών έχει ως στόχο να συνδέσει ψυχαναλυτικές έννοιες με ερευνητικά δεδομένα ως μια προσπάθεια συγκεκριασμού διαφορετικών αλλά εξίσου σημαντικών πηγών πληροφόρησης.

Συνδέοντας την ψυχαναλυτική θεωρία με τα ερευνητικά δεδομένα, δίνεται έμφαση στην έννοια της επανάληψης της τραυματικής εμπειρίας. Κατανοώντας την παραπάνω έννοια, όταν οι γονείς ασκούν σωματική και ψυχική βία στο παιδί τους, για παράδειγμα, το τραυματικό γεγονός μπορεί να επαναληφθεί και στη μετέπειτα ζωή του ατόμου, είτε με τη διαίονιση βίαιης συμπεριφοράς σε άλλους είτε ακόμη και με αυτοτραυματισμό. Η επανάληψη τραύματος μπορεί να εξηγηθεί ως προσπάθεια κατανόησης, εκφόρτισης αλλά και ως προσπάθεια ελέγχου της τραυματικής εμπειρίας από το άτομο που έχει δεχθεί ανάλογη συμπεριφορά. Σε αυτή την πορεία νοηματοδότησης δεν είναι απίθανο το άτομο να εκδηλώσει καταθλιπτικά συμπτώματα.

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω στο άρθρο του Ferenczi «Σύγχυση των γλωσσών μεταξύ των ενηλίκων και των παιδιών» (1988), το άτομο αισθάνεται μπερδεμένο. Όταν το άτομο εκτεθεί σε τόσο έντονα στρεσογόνα και αντιθετικά ερεθίσματα θα προσπαθήσει να τα επεξεργαστεί, για να καταλάβει για ποιο λόγο συνέβησαν και γιατί επιλέχθηκε το συγκεκριμένο πρόσωπο, με αποτέλεσμα πολλές φορές να ρίχνει την ευθύνη στον εαυτό του. Μετά από μία σεξουαλική ή/και σωματική κακοποίηση ή συναισθηματική παραμέληση, από ένα γονέα προς το παιδί, το παιδί θα νιώσει ότι αυτή η συμπεριφορά του αναλογεί, γιατί δεν ήταν αρκετά καλό για το γονέα, δεν ανταποκρίθηκε επαρκώς στις προσδοκίες του και δεν αξίζει την αγάπη του. Όλη αυτή η ενοχή και η ανάληψη ευθυνών για κάτι που το παιδί δεν ήταν σε θέση να διαχειριστεί, είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει στην έλλειψη νοήματος και ευχαρίστησης από τη ζωή, στην ανηδονία και στην έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα.

Αξίζει να αναφερθεί ότι, τα άτομα που έχουν ελλείματα στη συναισθηματική ρύθμιση, δεν είναι ικανά να διαχειριστούν μια εν δυνάμει τραυματική κατάσταση με τα γνωστικά μέσα που διαθέτουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να αποθηκεύουν, τόσο ψυχικά όσο και σωματικά, τις αναμνήσεις αυτής της κατάστασης ως τραυματικές. Σε



δεύτερο χρόνο, όταν κληθούν να αντιμετωπίσουν την έντονη δυσφορία των τραυματικών ενθυμήσεων, πολλοί από αυτούς θα οδηγηθούν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών αλλά και αλκοόλ, ως μορφή αυτοθεραπείας.

Κατά τον Ferenczi (1955), η έννοια της σωματοποίησης εμφανίζεται ως αποτέλεσμα πρώιμου τραύματος στη σχέση με το αντικείμενο φροντίδας. Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και τα ναρκισσιστικά ελλείματα παρουσιάζονται ως αποτέλεσμα τραύματος και ενισχύονται από κάθε εμπειρία ανεπάρκειας του ατόμου. Ο Ferenczi προσδιορίζει το τραύμα με τρόπο έτσι ώστε να καταφέρνει να το συνδέει με την ψυχοσωματική, δηλαδή την εμφάνιση ψυχοσωματικών νοσημάτων ως αποτέλεσμα έκθεσης σε τραύμα. Τέλος, η ανταπόκριση ή μη ενός γονέα στις ανάγκες του παιδιού του σχετικά με την τρυφερότητα και την υποστήριξη, μπορεί να καθορίσει μια τραυματική εμπειρία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η συναισθηματική παραμέληση και η αδιαφορία από την πλευρά του γονέα είναι πιθανό να οδηγήσει σε μείωση της σχολικής επίδοσης του παιδιού.

Μέσα από την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύονται σημαντικοί ως παράγοντες για την διαπίστωση και την πρόληψη του τραύματος, το φύλο του ατόμου, θέματα που σχετίζονται με το οικογενειακό και το σχολικό περιβάλλον. Η διαφορά αντίληψης και εκδήλωσης τραύματος μεταξύ των δύο φύλων (Breslau κ.α., 1997· Finkelhor, 1994· Kessler κ.α., 1995· Perkonigg & Wittchen, 1999), η δομή της οικογένειας (Coohey & Braun, 1997), η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη (Nielson κ.α., 1992· O'Keefe, 1995· Starr, 1988), το σχολικό περιβάλλον (Bond κ.α., 2001· Zapf κ.α., 1996· Hoel, 1999), αλλά και η γενικευμένη κακοποιητική συμπεριφορά (Bond κ.α., 2001· Hoel, 1999· Zapf κ.α., 1996), αποτελούν επιτακτικούς παράγοντες για εξέταση ενδεχόμενης εκδήλωσης φαινομένων τραύματος.

Τα ευρήματα των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα βιβλιογραφική μελέτη, αναδεικνύουν πληθώρα διαθέσιμων πληροφοριών σχετικά με την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας που οφείλονται σε τραυματική εμπειρία. Αρχικά, παρούσα η εργασία καταλήγει στο ότι η εκδήλωση καταθλιπτικών διαταραχών συνδέεται άμεσα με παρελθοντικές τραυματικές εμπειρίες (Fergusson κ.α., 1996· Egger κ.α., 1997· Gladstone κ.α., 1999· Brown κ.α., 2001· Chapman κ.α., 2004· Zavaschi κ.α., 2006· Lenze κ.α., 2008· Dunn κ.α., 2013), κάτι που επιβεβαιώνει το πρώτο ερευνητικό ερώτημα. Όσον αφορά στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα για τη

συσχέτιση μεταξύ παιδικού τραύματος και εκδήλωσης διπολικής διαταραχής, θεωρείται ότι προκύπτει σε μεγάλο βαθμό από περιβαντολογικούς παράγοντες κινδύνου, ιδιαίτερα της έκθεσης σε παιδικό τραύμα. Και αυτό το ερευνητικό ερώτημα επιβεβαιώνεται, ωστόσο, παρόλο που δεν έχει μελετηθεί εκτενώς, από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η παιδική παραμέληση είναι εξίσου ισχυρός προγνωστικός παράγοντας δυσμενών κλινικών χαρακτηριστικών με τη σωματική κακοποίηση (Etain κ.α., 2010· Fisher κ.α., 2011· Alvarez κ.α., 2011· Martins κ.α., 2014). Σχετικά με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε στην αρχή της εργασίας, διαφαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ έκθεσης σε τραύμα και κακής σωματικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον πόνο, τις γαστρεντερικές διαταραχές και τις καρδιαγγειακές παθήσεις, κάτι που τεκμηριώνεται και βιβλιογραφικά (Afarī κ.α., 2014· Scott κ.α., 2013).

Τέλος, αξίζει να γίνει αναφορά και στη συσχέτιση του παιδικού τραύματος με την αυτό/ ετεροκαταστροφικότητα του ατόμου. Αυτός ο διαχωρισμός της καταστροφικότητας εξηγεί το ότι οι παραβατικές συμπεριφορές είτε αφορούν το ίδιο το άτομο είτε εκδηλώνονται σε κάποιο τρίτο πρόσωπο. Φάνηκε, ότι το παιδικό τραύμα οδηγεί το άτομο σε αυτοτραυματισμούς (Briere & Gil, 1998· Klonsky, 2011· Muehlenkamp & Gutierrez, 2007· Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006) αλλά και χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Enoch, 2011· Carliner κ.α., 2016· Mirhashem, Allen κ.α., 2017· Quinn κ.α., 2016), γεγονός που επιβεβαιώνει το πρώτο μισό του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος. Σχετικά με την εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών και σε αυτή την περίπτωση το παιδικό τραύμα αποτελεί καθοριστική εξήγηση αυτών των πράξεων (Gilbert κ.α., 2009· Stoltenborgh κ.α., 2013), επικυρώνοντας και το δεύτερο μισό του ερευνητικού ερωτήματος, σχετικά με την ετεροκαταστροφικότητα. Τέλος, σχετικά με τη σχολική επίδοση, φάνηκε ότι το παιδικό τραύμα οδηγεί σε χαμηλή μαθησιακή επίδοση και πρόοδο (Veltman κ.α., 2001· Séguin κ.α., 2004· Turgeon κ.α., 2004· Pears κ.α., 2005), επιβεβαιώνοντας το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα.

Η παρούσα βιβλιογραφική έρευνα αποτελεί διαχρονική μελέτη ερευνών σε συνδυασμό με θεωρίες για το παιδικό τραύμα. Έχει ως στόχο, τη βαθύτερη κατανόηση των βασικών εννοιών για το τραύμα, τον εντοπισμό των προγνωστικών παραγόντων στην καθημερινότητα του ατόμου αλλά και την επεξήγηση των διαφορετικών μορφών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων.

### **3.3. Περιορισμοί και μελλοντικές προεκτάσεις**

Όπως σε κάθε μελέτη, έτσι και στη συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψαν κάποιοι περιορισμοί. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε σε συγκεκριμένες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως σε διαταραχές διάθεσης, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις και παραβατικές συμπεριφορές. Ακόμη, λόγω περιορισμού του μεγέθους, η εργασία δεν εστίασε σε παρεμβάσεις ή ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση του τραύματος.

Αναφορικά με τις μελλοντικές προεκτάσεις, ενδιαφέρον θα είχε να γίνει μια νέα ποσοτική έρευνα, που να εξετάζει, με τη χρήση ερωτηματολογίων κλινικό πληθυσμό με εκδηλωμένη μορφή ψυχοπαθολογίας και τις ενδεχόμενες τραυματικές εμπειρίες τους, για συλλογή νέων ευρημάτων. Επιπρόσθετα, μελλοντικά θα μπορούσε να διεξαχθεί μια ποιοτική έρευνα, η οποία θα εστιάζει στη σημασία των αναπτυξιακών σταδίων κατά τα οποία έλαβε χώρα η τραυματική εμπειρία από την παιδική ηλικία έως και την εφηβεία. Τα δεδομένα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης αντλήθηκαν από συγκεκριμένες βάσεις δεδομένων (Google Scholar, Pep Web, Science Direct). Επιπλέον ψηφιακές βάσεων δεδομένων, ενδεχομένως να ενίσχυαν την παρούσα έρευνα με περισσότερη και ενδιαφέρουσα βιβλιογραφία για το αντικείμενο μελέτης. Συμπερασματικά, η επιστημονική κοινότητα έχει φέρει ήδη στο φως σημαντικές ανακαλύψεις στο πεδίο του παιδικού τραύματος. Υπάρχουν, ωστόσο, αρκετές ακόμα πτυχές του που αξίζει να διερευνηθούν αναφορικά με τη σύνδεσή του με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις στην ενήλικη ζωή.

### **3.4. Επίλογος**

Συμπερασματικά, μέσα από την παρούσα μελέτη επιτυγχάνεται μια εισαγωγική προσπάθεια παράθεσης βασικών ορισμών για την έννοια του τραύματος, αξιοποιώντας έρευνες και ψυχαναλυτικές θεωρίες. Βασικός στόχος είναι η εμπάθυνση και η κατανόηση των εννοιών του τραύματος και της σημαντικότητάς του τόσο κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας όσο και κατά την ενήλικη ζωή. Η συσχέτιση τραύματος και μορφών ψυχοπαθολογίας, έχει ως στόχο την ευαισθητοποίηση τόσο της οικογένειας όσο και του σχολικού περιβάλλοντος, σε θέματα αρκετά επίκαιρα και σημαντικά για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Αξίζει, ακόμη να αναφερθεί ότι οι φαινομενικά λιγότερο σοβαρές μορφές παιδικού τραύματος, όπως η παιδική

παραμέληση, όχι μόνο είναι εξίσου σοβαρός προγνωστικός παράγοντας για εμφάνιση μετέπειτα ψυχοπαθολογίας, αλλά είναι αρκετά συνηθισμένη στη σημερινή εποχή. Τέλος, προσδοκείται η συγκεκριμένη ανασκόπηση να αποτελέσει εγχειρίδιο και να λειτουργήσει προληπτικά, τόσο σε γονείς όσο και σε εκπαιδευτικούς, με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση ανησυχητικών συμπεριφορών του παιδιού.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*, 4(1), 1-10.
- Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76(1), 2.
- Agnew-Blais, J., & Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 342-349.
- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse: A gender analysis. *Journal of loss and trauma*, 10(5), 453-470.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of
- Aron, L., & Harris, A. (2010). Sándor Ferenczi: discovery and rediscovery. *Psychoanalytic Perspectives*, 7(1), 5-42.
- Aupperle, R. L., Melrose, A. J., Stein, M. B., & Paulus, M. P. (2012). Executive function and PTSD: Disengaging from trauma. *Neuropharmacology*, 62(2), 686-694.
- Ayres, T. C. (2021). Childhood trauma, problematic drug use and coping. *Deviant Behavior*, 42(5), 578-599.
- Berkowitz, C. D. (2017). Physical abuse of children. *New England Journal of Medicine*, 376(17), 1659-1666.
- Bland, V. J., Lambie, I., & Best, C. (2018). Does childhood neglect contribute to violent behavior in adulthood? A review of possible links. *Clinical psychology review*, 60, 126-135.
- Breslau, N., & Anthony, J. C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *Journal of abnormal psychology*, 116(3), 607.

- Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1871-1877.
- Browning, D. L. (2018). Laplanche on Après-Coup: Translation, Time, and Trauma.
- Bücker, J., Kapczinski, F., Post, R., Ceresér, K. M., Szobot, C., Yatham, L. N., ... & Kauer-Sant'Anna, M. (2012). Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(6), 758-764.
- Burrell, B., Thompson, B., & Sexton, D. (1994). Predicting child abuse potential across family types. *Child Abuse & Neglect*, *18*(12), 1039-1049.
- Casoni, D., Gauthier, M., Brunet, L., & Bienvenu, J. P. (2009). The work of René Roussillon: An overview of his major concepts. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, *17*(1), 108-130.
- Cattaneo, A., Macchi, F., Plazzotta, G., Veronica, B., Bocchio-Chiavetto, L., Riva, M. A., & Pariante, C. M. (2015). Inflammation and neuronal plasticity: a link between childhood trauma and depression pathogenesis. *Frontiers in cellular neuroscience*, *9*, 40.
- Cohodes, E. M., Chen, S. H., Lieberman, A. F., & Bush, N. R. (2020). Examination of the associations between young children's trauma exposure, trauma-symptomatology, and executive function. *Child Abuse & Neglect*, *108*, 104635.
- Cox, C. E., Kotch, J. B., & Everson, M. D. (2003). A longitudinal study of modifying influences in the relationship between domestic violence and child maltreatment. *Journal of Family Violence*, *18*(1), 5-17.
- D'Andrea, W., Sharma, R., Zelechowski, A. D., & Spinazzola, J. (2011). Physical health problems after single trauma exposure: When stress takes root in the body. *Journal of the American psychiatric nurses association*, *17*(6), 378-392.
- Danon, G., & Luru, D. (2015). Interview with Jean Laplanche. *The Psychoanalytic Review*, *102*(5), 709-718.
- DePrince, A. P., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2008). Stroop performance, dissociation, and trauma exposure in a community sample of children. *Journal of Trauma & Dissociation*, *9*(2), 209-223.
- DePrince, A. P., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child abuse & neglect*, *33*(6), 353-361.

- Ensink, J., Overbeek, G., Maric, M., & Lindauer, R. J. (2017). Executive function as a mediator in the link between single or complex trauma and posttraumatic stress in children and adolescents. *Quality of Life Research, 26*(7), 1687-1696.
- Erős, F. (2019). Violence, Trauma, and Hypocrisy. In Erős F., Borgos A., & Gyimesi Eschenbeck, H., Kohlmann, C. W., & Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of individual differences, 28*(1), 18-26.
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., & Leboyer, M. (2008). Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar disorders, 10*(8), 867-876.
- Etain, B., Mathieu, F., Henry, C., Raust, A., Roy, I., Germain, A. & Bellivier, F. (2010). Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *Journal of traumatic stress, 23*(3), 376-383.
- Ferenczi, S. (1988). Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and of passion. *Contemporary psychoanalysis, 24*(2), 196-206.
- Ford, C. V. (1997). Somatic symptoms, somatization, and traumatic stress: An overview. *Nordic Journal of Psychiatry, 51*(1), 5-13.
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of affective disorders, 149*(1-3), 313-318.
- Frankel, J. B. (1998). Ferenczi's trauma theory. *American Journal of Psychoanalysis, 58*(1), 41-61.
- Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M., & Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry, 186*(2), 121-125.
- Gavranidou, M., & Rosner, R. (2003). The weaker sex? Gender and post-traumatic stress disorder. *Depression and anxiety, 17*(3), 130-139.
- Green, A. H. (1995). Comparing child victims and adult survivors: clues to the pathogenesis of child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 23*(4), 655-670.
- Guasto, G., & Bacciagaluppi, M. (2011). Welcome, trauma, and introjection: a tribute to Sándor Ferenczi. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 39*(2), 337-346.

- Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International review of psychiatry*, 25(1), 86-99.
- Gutiérrez Peláez, M. (2009). Trauma theory in Sándor Ferenczi's writings of 1931 and 1932. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(6), 1217-1233.
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and violent behavior*, 6(6), 547-578.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes☆. *Child abuse & neglect*, 26(6-7), 679-695.
- Hill, J. (2003). Childhood trauma and depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(1), 3-6.  
History of Psy-Sciences (pp. 81-94). Budapest, New York: Central European
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., & Sieber, W. J. (2002). Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 53(5), 882-888.
- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L., & Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of affective disorders*, 198, 189-197.
- Huang, C., Yuan, Q., Zhang, L., Wang, L., Cui, S., Zhang, K., & Zhou, X. (2021). Associations between childhood trauma and the age of first-time drug use in methamphetamine-dependent patients. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 377.
- J. (Eds.), *Psychology and Politics: Intersections of Science and Ideology in the*
- Janiri, D., Sani, G., Danese, E., Simonetti, A., Ambrosi, E., Angeletti, G., ... & Spalletta, G. (2015). Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *Journal of affective disorders*, 175, 92-97.
- Jenkins, L., McNeal, T., Drayer, J., & Wang, Q. (2021). Childhood trauma history and negative social experiences in college. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(1), 103-113.
- Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F., Arseneault, L., Fitzpatrick, C., & Cannon, M. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 378-382.

- Kent, A., & Waller, G. (1998). The impact of childhood emotional abuse: An extension of the child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect*, 22(5), 393-399.
- Kerr, T., Stoltz, J. A., Marshall, B. D., Lai, C., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2009). Childhood trauma and injection drug use among high-risk youth. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 300-302.
- Kiser, L. J., Heston, J., Millsap, P. A., & Pruitt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 776-783.
- Larsson, S., Aas, M., Klungsøyr, O., Agartz, I., Mork, E., Steen, N. E. & Lorentzen, S. (2013). Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-9.
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51-64.
- López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez-Pérez, L., Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2018). Physical health consequences of interpersonal trauma: A systematic review of the role of psychological variables. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(3), 305-322.
- Malarbi, S., Abu-Rayya, H. M., Muscara, F., & Stargatt, R. (2017). Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 72, 68-86.
- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European psychiatry*, 30(6), 665-680.
- Martin, P. (2012). 'Grief that has no vent in tears, makes other organs weep.'<sup>1</sup> Seeking refuge from trauma in the medical setting. *Journal of child psychotherapy*, 38(1), 3-21.
- Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(9), 742-751.
- McGuigan, W. M., & Pratt, C. C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 25(7), 869-883.
- McLeer, S. V., Callaghan, M., Henry, D., & Wallen, J. (1994). Psychiatric disorders in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 313-319.



- Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Meyerson, L. A., Long, P. J., Miranda Jr, R., & Marx, B. P. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26(4), 387-405.
- Meyerson, L. A., Long, P. J., Miranda Jr, R., & Marx, B. P. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26(4), 387-405.
- Milner, J. S., Thomsen, C. J., Crouch, J. L., Rabenhorst, M. M., Martens, P. M., Dyslin, C. W., ... & Merrill, L. L. (2010). Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk?. *Child abuse & neglect*, 34(5), 332-344.
- Moustafa, A. A., Parkes, D., Fitzgerald, L., Underhill, D., Garami, J., Levy-Gigi, E., ... & Misiak, B. (2021). The relationship between childhood trauma, early-life stress, and alcohol and drug use, abuse, and addiction: An integrative review. *Current Psychology*, 40(2), 579-584.
- Noll, J. G. (2008). Sexual abuse of children—Unique in its effects on development?. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 603-605.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological bulletin*, 133(2), 183.
- Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. *Clinical child and family psychology review*, 6(3), 161-170.
- Park, S., Hong, J. P., Bae, J. N., Cho, S. J., Lee, D. W., Lee, J. Y., ... & Cho, M. J. (2014). Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: Single vs. multiple types of psychological trauma. *Psychiatry Research*, 219(3), 443-449.

- Penning, S. L., Bhagwanjee, A., & Govender, K. (2010). Bullying boys: the traumatic effects of bullying in male adolescent learners. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 22(2), 131-143.
- Quidé, Y., Tozzi, L., Corcoran, M., Cannon, D. M., & Dauvermann, M. R. (2020). The impact of childhood trauma on developing bipolar disorder: current understanding and ensuring continued progress. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 3095.
- Sack, M., Boroske-Leiner, K., & Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 315-320.
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbutto, D., ... & Amore, M. (2017). The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 149.
- Shireen, F., Janapana, H., Rehmatullah, S., Temuri, H., & Azim, F. (2014). Trauma experience of youngsters and Teens: A key issue in suicidal behavior among victims of bullying?. *Pakistan journal of medical sciences*, 30(1), 206.
- Smith, N. B., Kouros, C. D., & Meuret, A. E. (2014). The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(1), 41-56.
- Sowder, K. L., Knight, L. A., & Fishalow, J. (2018). Trauma exposure and health: A review of outcomes and pathways. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(10), 1041-1059.
- Tehrani, N. (2004). Bullying: a source of chronic post traumatic stress?. *British journal of guidance & counselling*, 32(3), 357-366.
- Tehrani, N. (2004). Bullying: a source of chronic post traumatic stress?. *British journal of guidance & counselling*, 32(3), 357-366.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. University Press.
- Vanderbilt, D., & Augustyn, M. (2010). The effects of bullying. *Paediatrics and child health*, 20(7), 315-320.
- Watson, S., Gallagher, P., Dougall, D., Porter, R., Moncrieff, J., Ferrier, I. N., & Young, A. H. (2014). Childhood trauma in bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 564-570.

- Welch, G. L., & Bonner, B. L. (2013). Fatal child neglect: Characteristics, causation, and strategies for prevention. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 745-752.
- Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(6), 1167.
- Wu, N. S., Schairer, L. C., Dellor, E., & Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive behaviors*, 35(1), 68-71.
- Zarate-Garza, P. P., Biggs, B. K., Croarkin, P., Morath, B., Leffler, J., Cuellar-Barboza, A., & Tye, S. J. (2017). How well do we understand the long-term health implications of childhood bullying?. *Harvard review of psychiatry*, 25(2), 89-95.
- Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegario, V. C., Freitas, L. H., ... & Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry research*, 256, 353-358.
- Κλεώπας, Ι. (2015). Τραυματισμοί της ψυχής - τραυματισμοί του σώματος. Οιδίπους 14:84-116. Αθήνα, Εκδόσεις Ποταμός.

