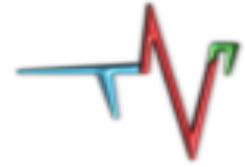




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ
ΣΤΡΕΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ
ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΚΑΙ ΟΙ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

**POST TRAUMATIC STRESS DISORDER
DUE TO PSYCHO TRAUMA AND THE
PSYCHOSOCIAL EFFECTS**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΓΕΩΡΓΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΜΟΣΚΟΦΟΓΛΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ : ΜΠΡΕΝΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε από τις φοιτήτριες Γεωργαντοπούλου Φωτεινή Μαρία, Κυριακοπούλου Αγγελική και Μοσκόφογλου Αθανασία, του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών κατά το ακαδημαϊκό έτος 2021, υπό την επίβλεψη της κ. Μπρέντα Γεωργίας.

Με την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα άτομα που βοήθησαν μέσω της στήριξής τους, και την επιβλέπουσα μας, την κ. Μπρέντα Γεωργία, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, και την έμπρακτη κατανόηση και βοήθειά της σε όλα τα θέματα που μας δυσκόλεψαν.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία συνιστά τη τελική εργασία για την επιτυχή ολοκλήρωση της φοίτησης μας στη Πανεπιστημιακή Σχολή Αποκατάστασης της Υγείας του τμήματος Νοσηλευτικής Πάτρας.

Η Διαταραχή του Μετατραυματικού Στρες κατατάσσεται στις σοβαρότερες και περισσότερο εξαντλητικές διαταραχές ανάμεσα στις ψυχιατρικές ασθένειες. Ανήκει στην κατηγορία των αγχώδων διαταραχών και περιγράφεται ως μία ακραία αντίδραση σε τραυματικά συμβάντα, τα οποία μπορεί να είναι μεμονωμένα ή επαναλαμβανόμενα. Αυτό που διαφοροποιεί τη συγκεκριμένη διαταραχή από τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές είναι η ένταση και η σοβαρότητα του τραυματικού γεγονότος, όπως για παράδειγμα μαρτυρία θανάτου, προσωπική σοβαρή σωματική βλάβη, βιασμός ή/και σεξουαλική κακοποίηση, ομηρία καθώς και απειλή για τη σωματική ή/και διανοητική σταθερότητα και κατάσταση. Ιδιαίτερη κατηγορία αποτελούν τα τραύματα της παιδικής ηλικίας, τα οποία έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό ανάπτυξης της διαταραχής μετά από το τραύμα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες (PTSD) είναι μία ψυχολογική αντίδραση σε ένα πολύ στρεσογόνο και απειλητικό για τη σωματική ακεραιότητα γεγονός, που συχνά οδηγεί σε άγχος, υπερδιέγερση, κατάθλιψη και άλλα θέματα ψυχικής υγείας για μια εκτεταμένη χρονική περίοδο. Οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν ένα τραυματικό γεγονός σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως σκοπό την ανάλυση και παράθεση πληροφοριών στο θέμα της Διαταραχής του Μετατραυματικού στρες μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Πιο συγκεκριμένα, αναλύεται η διαταραχή του μετατραυματικού στρες οφειλόμενη σε ψυχοτραυματισμό και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.

Σκοπός: Ο βασικότερος στόχος της πτυχιακής αυτής εργασίας, είναι η εκτενής ανάλυση της ιδιαίτερης αυτής διαταραχής και οι δυνατότητες και οι τρόποι κοινωνικής επανένταξης των ατόμων αυτών.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία περιελάμβανε συλλογή πληροφοριών σχετικά με το θέμα από άρθρα και βιβλία της τελευταίας δεκαετίας στη βάση δεδομένων Pubmed και στο Σύνδεσμο Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-Link).

Εν κατακλείδι, η Διαταραχή του Μετατραυματικού Στρες είναι συχνότερο φαινόμενο από όσο πιστεύει η κοινή γνώμη και αποτελεί ένα από τα δυσκολότερα είδη διαταραχής. Τα άτομα που φέρουν αυτή και υποφέρουν καθημερινά, χρήζουν αρωγής τόσο από το οικείο οικογενειακό περιβάλλον, όσο από το κοινωνικό περίγυρο. Επομένως, είναι άκρως σημαντικό να γίνει γνωστή η διαταραχή και να κατανοηθεί πλήρως και από τους ειδήμονες για την αντιμετώπιση της, αλλά και από τα άτομα του κοινωνικού περιβάλλοντος γύρω μας, καθώς η στάση τους απέναντι στο φαινόμενο έχει σχεδόν καταλυτικό χαρακτήρα.

Λέξεις Κλειδιά: Μετατραυματικό Στρες, Διαταραχή, Ψυχοτραυματισμός, Άγχος, Κριτήρια Διάγνωσης (DSM-5), Ψυχοθεραπεία.

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a psychological reaction to a very stressful and physical integrity-reflecting event, which often leads to anxiety, overstimulation, depression and other mental health issues over an extended period of time. Most people experience a traumatic event at some point in their lives. The aim of this dissertation is to analyze and present the topic of Post-Traumatic Stress Disorder through a literature review. More specifically, the post-traumatic stress disorder due to psycho-trauma and the psychosocial effects are analyzed.

Purpose: The main goal of this dissertation is the comprehensive analysis of this particular disorder and the possibilities and ways of social reintegration of these individuals.

Method and materials: The methodology included a collection of information on the subject from articles and books of the last decade in the Pubmed database and the Hellenic Academic Libraries Association (HEAL-Link).

In conclusion, Post-Traumatic Stress Disorder is a more common phenomenon than the public believes and is one of the most difficult types of disorder. People who carry it and suffer daily, need help both from the familiar family environment and from the social environment. Therefore, it is extremely important to know the disorder and to be fully understood by experts in dealing with it, but also by people in the social environment around us, as their attitude towards the phenomenon is almost catalytic.

Keywords: Post Traumatic Stress, Disorder, Psychiatric Injury, Stress, Diagnostic Criteria (DSM-5), Psychotherapy.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (PTSD)	10
1.1 Ορισμοί.....	10
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	11
1.3 Συμπτώματα διαταραχής PTSD	13
1.3.1 Ενήλικες	13
1.3.2 Παιδική Ηλικία.....	15
1.4 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-V.....	17
1.5 Προδιαθεσικοί Παράγοντες.....	20
1.6 Επιδημιολογία	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ	22
2.1 Γεγονότα μαζικής εμβέλειας	22
2.2 Τρομοκρατικές ενέργειες	23
2.3 Πρόσφυγες.....	24
2.4 Πένθος - Απώλεια	28
2.5 Παιδικά βιώματα	29
2.5.1 Σωματική βία.....	31
2.5.2 Σχολικός εκφοβισμός	33
2.5.3 Σεξουαλική βία.....	34
2.5.4 Παραμέληση του παιδιού (negligence)	35
2.5.5 Πένθος –απώλεια γονέα	36
2.5.6 Παιδικές Ασθένειες	36
2.5.7 Ειδικές μορφές παιδικής κακοποίησης.....	37
2.5.8 Μη Τυχαία Δηλητηρίαση	38
2.5.9 Παιδική Εργασία	38

2.5.10 Θύματα απαγωγής	39
2.6 Σεξουαλική σωματική βία- κακοποίηση	40
2.7 Βετεράνοι πολέμου.....	43
2.8 Τροχαία ατυχήματα	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ	49
3.1. Ψυχολογική θεραπεία.....	49
3.1.1 Marylène Cloitre (Αφηγηματική θεραπεία STAIR).....	49
3.1.2 Anke Ehlers (Γνωστική θεραπεία για PTSD).....	50
3.1.3 Thomas Elbert, Maggie Schauer και Frank Neunert (Θεραπεία αφηγηματικής έκθεσης).....	51
3.1.4 Edna B. Foa (Θεραπεία παρατεταμένης έκθεσης).....	52
3.1.5 Francine Shapiro (θεραπεία EMDR).....	52
3.1.6 Εικονική θεραπεία.....	53
3.1.7 Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία.....	53
3.1.8 Γνωσιακή ψυχοθεραπεία	54
3.1.9 Συμβουλευτική θεραπεία (έλεγχος άγχους)	54
3.1.10 Μη ειδικές ή συνδυασμένες θεραπείες.....	54
3.2 Φαρμακευτική θεραπεία.....	55
3.2.1 Φάρμακα Πρώτης Επιλογής.....	55
3.2.2 Φάρμακα Δεύτερης Επιλογής.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ...	57
4.1 Η κατάσταση της Μετατραυματικής ανάπτυξης.....	57
4.2 Αλλαγή αίσθησης στις σχέσεις με τους άλλους	58
4.3 Αλλαγή Φιλοσοφίας Ζωής	59
4.4 Στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	60
5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχική υγεία.....	60
5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο φαινόμενο της Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες61	
5.3 Η δυναμική πλευρά της σχέσης του νοσηλευτή με τον ασθενή.....	62

5.4 Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή	63
5.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση του ασθενούς.....	69
5.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη κοινοτική φροντίδα.....	70
5.7 Προαγωγή της ποιότητας φροντίδας των ασθενών ψυχικής υγείας.....	71

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	73
6.1. Α΄ Κλινικό περιστατικό.....	73
6.2. Β΄ Κλινικό περιστατικό.....	79
6.3. Γ΄ Κλινικό περιστατικό	83
6.4. Δ΄ Κλινικό περιστατικό.....	86
6.5. Ε΄ Κλινικό περιστατικό	90
6.6. ΣΤ΄ Κλινικό περιστατικό.....	92

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	95
--------------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	97
--------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	108
--------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	108
-------------------------	------------

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ	108
--	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	111
-------------------------	------------

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΧΟΥ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	111
---------------------------------------	------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αντικείμενο της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η Διαταραχή του Μετατραυματικού Στρες. Πιο συγκεκριμένα, αναλύεται η Διαταραχή του Μετατραυματικού Στρες οφειλόμενη σε ψυχοτραυματισμό και οι ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις.

Κατά τη διάρκεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που ήταν απαραίτητη για τη δημιουργία της παρούσας εργασίας, υπήρξε η δυνατότητα να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις μας για αυτό το σημαντικό είδος διαταραχής, καθώς και πως επηρεάζει όλες τις κατηγορίες ατόμων σε σχέση με όλες τις συνθήκες που είναι δυνατό να επικρατούν.

Αρχικά, στη πτυχιακή μας εργασία, αναλύεται ο τεκμηριωμένος επιστημονικά όρος της Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες, γνωστός και ως PTSD. Στη συνέχεια, παρατίθενται τα αίτια εμφάνισής της, τα συμπτώματα, η κλινική εικόνα, η διάγνωση και τα κριτήρια αυτής, και τέλος, η επιδημιολογία.

Παρακάτω, περιγράφονται εκτενώς τα αίτια εμφάνισης της διαταραχής σε όλες τις κατηγορίες ατόμων ή ομάδων. Ακόμα, παρατίθενται οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις τόσο ως προς το ίδιο το άτομο, αλλά και σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον, καταγράφονται τα είδη θεραπείας, τα οποία χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες, τη ψυχολογική και τη φαρμακευτική θεραπεία.

Επιπλέον, απεικονίζεται η κοινωνική επανένταξη των ατόμων με Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD), η οποία υποστηρίζεται σημαντικά με το ρόλο του νοσηλευτή, καθώς και με την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον.

Κλείνοντας, στη πτυχιακή μας εργασία εμπεριέχονται κλινικά περιστατικά που παρουσιάζουν ποικίλες μορφές της διαταραχής με διάφορα συμπτώματα και κλινικές εικόνες. Στο τέλος, δίνονται ως παραδείγματα προσωπικές ιστορίες ατόμων που διαγνώστηκαν με τη διαταραχή, καθώς και μία λίστα ελέγχου συμπτωμάτων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (PTSD)

1.1 Ορισμοί

Μετατραυματικό στρες

Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες αποτελεί μια ακραία αντίδραση σε ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα. Χαρακτηρίζεται από αυξημένο άγχος, αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με την τραυματική εμπειρία και ένα γενικό “μούδιασμα” των συναισθηματικών αντιδράσεων. Όπως και άλλες διαταραχές στο DSM, η PTSD ορίζεται από ένα σύνολο συμπτωμάτων αλλά, σε αντίθεση με άλλες διαταραχές, το απαραίτητο κριτήριο για τη διάγνωσή της είναι η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός. Το άτομο πρέπει να έχει βιώσει ή να έχει υπάρξει μάρτυρας ενός γεγονότος που σχετίζεται με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλων ανθρώπων. Το τραυματικό γεγονός πρέπει να του είχε προκαλέσει έντονο φόβο, φρίκη ή την αίσθηση αβοηθησίας (Kring et al., 2010).

Άγχος

Ως άγχος, ορίζουμε μια κατάσταση που σχετίζεται με έντονα συναισθήματα φόβου, τα οποία συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα όπως αίσθημα παλμών, εφίδρωση, δυσκολία στην αναπνοή καθώς και γνωσιακές δυσλειτουργίες όπως νευρικότητα, έλλειψη συγκέντρωσης και παραμόρφωση της αντίληψης. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα το οποίο διεγείρεται, προκαλεί τα παραπάνω συμπτώματα ως αντίδραση σε μια άγνωστη, ασαφή απειλή. Σύμφωνα με το DSM-5 ορίζονται 11 διαγνωστικοί τύποι αγχωδών διαταραχών (Sadock et al., 2007).

Τραύμα

Ως τραύμα, μπορεί να οριστεί η ψυχοσωματική αντίδραση του οργανισμού σε κάποιο συμβάν, και όχι απαραίτητως το ίδιο το συμβάν από το οποίο προκλήθηκε. Τα διάφορα τραυματικά γεγονότα μπορούν να χαρακτηριστούν σπάνια, όχι επειδή συμβαίνουν σε μικρή συχνότητα, αλλά επειδή διαμορφώνουν και μετατρέπουν σε αρνητικό επίπεδο την ανθρώπινη προσαρμογή στην καθημερινότητα και τη ζωή. Το

τραύμα κάνει το άτομο να αισθάνεται ανίκανο να προχωρήσει στη ζωή του και δρα ως αρνητικός παράγοντας για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Το απομακρύνει από τον εαυτό του και από τους γύρω του ανθρώπους, και γενικότερα σε ευρύτερο επίπεδο, από το περιβάλλον. Αν το άτομο έρθει ξανά αντιμέτωπο με παρόμοια απειλή, «παγώνει» από το φόβο, οδηγούμενο από την ισχυρότατη ενέργεια του ενστίκτου της επιβίωσης, το οποίο πολλές φορές δεν έχει την κατάλληλη δίοδο να εκδηλωθεί και να εκτονωθεί.

Η εξέλιξη της ζωής ενός ανθρώπου μπορεί να αλλάξει δραματικά προς το χειρότερο μέσω μίας τραυματικής εμπειρίας, προκαλώντας ισχυρές φθορές στη ψυχική του ανάπτυξη και ευμάρεια. Ιδίως όταν ένα τραυματικό συμβάν συνοδεύεται από μετατραυματικό stress, υπάρχει η πιθανότητα να επηρεαστούν οι εγκεφαλικές λειτουργίες του ατόμου σε νευροχημικό επίπεδο, και να σημειωθούν διάφορες αλλαγές, με σημαντικές επιπτώσεις στην ικανότητά του να διαχειριστεί ικανοποιητικά το stress. Το τραυματικό συμβάν μπορεί να επιφέρει συνέπειες στη γενικότερη ικανότητα του ατόμου να διαχειριστεί και να ενσωματώσει νέες ιδέες ή συναισθήματα που μπορεί να σχετίζονται με τη συγκεκριμένη εμπειρία. Δηλαδή, με απλούστερα λόγια, το άτομο δημιουργεί ένα είδος τεχνητού τείχους ώστε να προστατέψει τον εαυτό του από την τρομακτική μνημόνευση του γεγονότος (Belivanaki, 2006; Fullerton, 2003).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Από τα χρόνια της αρχαιότητας, η ανθρωπότητα βιώνει συστηματικά τραυματικές εμπειρίες, όπως φυσικές καταστροφές, ασθένειες, πολέμους, απώλειες θανάτου και ακόμα περισσότερα.

Η εμφάνιση του κινήματος του Ευρωπαϊκού Διαφωτισμού στα τέλη του 17ου αιώνα, συνέλαβε στην ανάπτυξη της επιστήμης της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής. Οι προβληματισμοί για τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος ξεκίνησαν από πολύ παλιά, ωστόσο συστηματοποιήθηκαν και εδραιώθηκαν με την ανάδειξη των δύο αυτών επιστημονικών κλάδων.

Οι πρώτες απόπειρες μελέτης και κατάταξης του ψυχικού τραύματος ως διαταραχή έγιναν στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, από τον Jean Martin Charcot, τον Sigmund Freud και τον Pierre Janet. Οι τρεις επιστήμονες με πρωτοπόρο τον Charcot, θεώρησαν ότι τα συμπτώματα που εκδηλώνονται μετά από ένα έντονο τραυματικό γεγονός, οφείλονται στη διαταραχή της “υστερίας”. Πιο συγκεκριμένα, ο Freud υποστήριξε ότι

τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα που εμφανίζει το άτομο, είναι οι αναπαραστάσεις του ψυχικού τραύματος που έχουν διαγραφεί από την μνήμη (Herman et al., 1992).

Η αντίληψη ότι η υστερία προκύπτει από το τραύμα, αποδοκιμάστηκε το 1896 με την δημοσίευση του έργου “Αιτιολογία της Υστερίας” του Sigmund Freud. Έπειτα από αναθεωρήσεις και αλλαγές στο μοντέλο του τραύματος, ο Freud καταλήγει στο συμπέρασμα ότι “τα νευρωτικά συμπτώματα έχουν τις ρίζες τους σε φαντασιωτικές επιθυμίες του παιδιού παρά σε πραγματικά γεγονότα αποπλάνησης των γονιών ή άλλων, το οποίο οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το τραύμα δε συνέβη ποτέ” (Miller, 1984).

Μερικά χρόνια μετά, το ενδιαφέρον για τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος εμφανίζεται για ακόμη μια φορά με αφορμή τις φρικαλεότητες του Α' και Β' παγκοσμίου πολέμου. Η φρίκη και οι συνθήκες του πολέμου έχουν ως αποτέλεσμα οι στρατιώτες να αρχίζουν να καταρρέουν, να χάνουν την μνήμη τους και να μην αναγνωρίζουν τον ίδιο τους τον εαυτό. Χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι όροι για να περιγράψουν τα συμπτώματα των στρατιωτών, όπως “νεύρωση του πολέμου”, “σοκ των οβίδων” και “κόπωση της μάχης” (Αλεβίζος, 2008).

Το 1941 έγινε μια κλινική και θεωρητική μελέτη για το τραύμα του πολέμου από τον Αμερικανό ψυχίατρο Abram Kardiner, ο οποίος συνέβαλε όσο κανείς άλλος στην διαμόρφωση του ορισμού του μετατραυματικού στρες. Εισηγήγε τον όρο “φυσιονεύρωση”, τα συμπτώματα της οποίας ήταν αρκετά παρόμοια με της PTSD (Post-traumatic stress disorder) (Βεντουράτου, 2009).

Για αρκετό καιρό, δεν ξανά υπήρξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ψυχολογική κατάσταση των στρατιωτών, μέχρι την έναρξη του πολέμου στο Βιετνάμ το 1955. Κινητοποιήσεις βετεράνων κατά του πολέμου (Rap Groups) οδήγησαν στην έναρξη ψυχιατρικών ερευνών με σκοπό την ανακούφιση των στρατιωτών. Η επιθυμία και η επιμονή των ερευνητών να προσφέρουν ανακούφιση στους βετεράνους στρατιώτες και να γίνει αναγνώριση των συνεπειών του πολέμου βοήθησε στο να συμπεριληφθεί για πρώτη φορά στο επίσημο εγχειρίδιο του Α.Ρ.Α (American Psychiatric Association) το 1980 μια νέα κατηγορία που ονομάστηκε “Σύνδρομο Μετατραυματικού Στρες” και χαρακτηρίστηκε ως μια διαταραχή ακραίου στρες όπως η εμπειρία του πολέμου (Valent P., 1980).

1.3 Συμπτώματα διαταραχής PTSD

1.3.1 Ενήλικες

Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες κατά κανόνα εκδηλώνεται με τη συνεχή βίωση εφιαλτικών ονείρων που σχετίζονται με το συμβάν από το άτομο, με τη μη ηθελημένη επαναλαμβανόμενη μνημόνευση του περιστατικού, αλλά και με μία κατάσταση υπερδιέγερσης. Το αποτέλεσμα του μετατραυματικού στρες, συνήθως εμφανίζεται σε ανύποπτο χρόνο δυνητικά σε διάστημα εβδομάδων, μηνών, έως και ετών, μετά το τραυματογόνο συμβάν. Τα συμπτώματα επίσης, μπορεί να διαρκέσουν από ημέρες έως και έτη, και η κορύφωση τους, πιθανώς να λάβει μέρος σταδιακά. Εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα από το άτομο με τη βοήθεια επαγγελματία υγείας, είναι πιθανό να παραμείνουν για μεγάλο διάστημα, και να οδηγήσουν σε πολύ σοβαρά βλαβερά αποτελέσματα (Kinchin, 2005).

Τα συμπτώματα της διαταραχής του μετατραυματικού στρες γενικά κατηγοριοποιούνται σε τρεις τύπους: παρεμβατικές αναμνήσεις, τάση φυγής, και αλλαγές στις σωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, γνωστό ως υπερδιέγερση.

Οι τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων θα μπορούσαν να επανενεργοποιηθούν ακόμα και μετά από μεγάλες ασυμπτωματικές περιόδους. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν το άτομο βιώνει ένα επιπλέον τραύμα, οπότε και τα συμπτώματα βιώνονται εκ νέου. Ένα τραύμα, μπορεί να επαναβιωθεί λόγω μίας αφορμής ακόμη και εάν φαινομενικά δεν σχετίζεται άμεσα με την τραυματογόνο εμπειρία. Απλά και καθημερινά ερεθίσματα όπως μία οσμή, ένας ήχος, μία εικόνα, μία λέξη, είναι αρκετά για να επαναφέρουν το άτομο στην κατάσταση του συμβάντος και να προκαλέσουν σύγχυση.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Ivan Pavlov για τη κλασική ή εξαρτημένη μάθηση, τα ερεθίσματα τα οποία ήταν παρόντα τη στιγμή μίας τραυματικής εμπειρίας (ανεξάρτητο ερέθισμα), σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα (εξαρτημένο ερέθισμα). Ως φυσική αντίδραση, το άτομο μετά το συμβάν θα προσπαθήσει να αποφύγει τα αρνητικά αυτά ερεθίσματα, ώστε να μην υπάρξει κανένα συναίσθημα που να του θυμίζει το τραυματικό γεγονός. Η συμπεριφορά της αποφυγής, μπορεί να βοηθήσει το άτομο να απαλύνει τον πόνο του προσωρινά, μακροπρόθεσμα όμως θα έχει αρνητικές συνέπειες στο ίδιο, καθώς η αποφυγή θα αποτρέψει την εξάλειψη των εξαρτημένων αντιδράσεων φόβου και το πρόβλημα θα παραμείνει (Celter et al., 2007).

Οι αναμνήσεις που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια του τραυματικού γεγονότος είναι αρνητικές και δυσάρεστες, καθώς αντιπροσωπεύουν τα συναισθήματα άγχους, φόβου και υπερβολικού στρες. Το άτομο έχει τη τάση να αποφεύγει, όπως προαναφέρθηκε, οποιοδήποτε ερέθισμα που συνδέεται με τη τραυματική εμπειρία, ωστόσο οι αναμνήσεις τείνουν να είναι παρεμβατικές. Τα άτομα με μετατραυματική διαταραχή αναβιώνουν το τραύμα μέσω ζωντανών και ενοχλητικών εφιαλτών και αναδρομών. Κατά συνέπεια, το σύμπλεγμα της υπερδιέγερσης εκδηλώνεται με μειωμένη συγκέντρωση και μνήμη, δυσκολίες στον ύπνο, φυσιολογική δραστηριότητα, υπερβολική απόκριση και επαγρύπνηση.

Στη βιβλιογραφία, δεν υπάρχει καμία αντίληψη για το χρόνο έναρξης των διαφόρων ομάδων συμπτωμάτων, αλλά ορισμένες έρευνες έδειξαν ότι η αποφυγή των συμπλεγμάτων είναι ένας πρώιμος δείκτης τραύματος (McMillen et al., 2000).

Σε πολλές περιπτώσεις ατόμων που έχουν υποστεί τραυματικές εμπειρίες, κοινό χαρακτηριστικό αποτελεί η μετέπειτα εμφάνιση παραβατικών συμπεριφορών από την πλευρά τους, όπως η συστηματική χρήση βίας, ή/και ανάρμοστη σε σεξουαλικό επίπεδο συμπεριφορά. Ιδίως στην περίπτωση που το άτομο έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, είναι αρκετά πιθανό να εμφανίσει κάποιου είδους παραβατική συμπεριφορά, όπως διάπραξη εγκληματικών ενεργειών (Karlow et al., 2005).

Περαιτέρω προβλήματα και μη ομαλές συμπεριφορές είναι οι αυτοκαταστροφικές τάσεις, παρορμητικές τάσεις, ενοχικά συναισθήματα, παρουσία εχθρικότητας, απόσυρση σε κοινωνικό επίπεδο, διάφορες φοβίες (αγοραφοβία, ειδική, κοινωνική, κ.α.), κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών, δυσκολία ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου. Ακόμη, το άτομο μπορεί να αναπτύξει συνήθειες όπως η βία, οι συνεχείς διαμάχες ιδιαίτερα εάν είναι μέρος ανδρόγυνου (Καλμπάρη, 2008). Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με τη διαταραχή συχνά εμφανίζουν συν-εμφανιζόμενες καταστάσεις, όπως κατάθλιψη, χρήση ουσιών ή και συν-υπάρχουσες διαταραχές.

Αξιοσημείωτη είναι η ύπαρξη ενδείξεων που υποστηρίζει ότι τα άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής σε παιδική ηλικία, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν μεταγενέστερα ασθένειες σε σωματικό επίπεδο, οι οποίες έχουν σχετιστεί με την έννοια του τραύματος (καρκίνος, χρόνια κόπωση, μυαλγίες και νευραλγίες, επίμονες κεφαλαλγίες, καρδιοπάθεια, άσθμα, κ.α.) (Fullerton & Grieger, 2003).

Επίσης, οι πολεμικές συρράξεις, τα ακραία φυσικά φαινόμενα, οι επιθέσεις τρομοκρατικής φύσεως, τα ατυχήματα, η απώλεια, ο σοβαρός τραυματισμός αγαπημένων προσώπων, δυνητικά μπορούν να συσχετισθούν με τη μετατραυματική συμπτωματολογία (Παπαδοκοτσώλη, 2008).

Μία τραυματική εμπειρία η οποία ξεχωρίζει από τις υπόλοιπες, για τη σοβαρότητα της και για τις μετέπειτα δυσχερείς συνέπειες τις οποίες δυνητικά θα προκαλέσει, είναι η σεξουαλική κακοποίηση. Η κακοποίηση του είδους αυτού αποτελεί ένα τραύμα εξαιρετικά βαθύ και έντονο για τον ψυχισμό του ατόμου, το οποίο αισθάνεται ότι κατακερματίζεται πέραν από το σωματικό επίπεδο, και ως προσωπικότητα. Τα τραύματα αυτού του είδους είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα οδηγήσουν στη γένεση ψυχοπαθολογίας, και την εκδήλωση μετατραυματικών συμπτωμάτων. Είναι επίσης ικανά να προκαλέσουν την εγκατάσταση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Δυστυχώς, η σεξουαλική κακοποίηση είναι ικανή να αλλάξει εκ βάθους ένα άτομο και να καταδυναστεύσει όλο του το είναι (Ullman, 2007; Karlow et al., 2005).

1.3.2 Παιδική Ηλικία

Τα παιδιά κατά κανόνα θα βιώσουν τις μετατραυματικές εκδηλώσεις με διαφορετικό τρόπο από ότι ένας ενήλικας. Ο τρόπος αυτός εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες, όπως η ιδιοσυγκρασία του παιδιού, το ηλικιακό του στάδιο, αλλά και το αναπτυξιακό του επίπεδο.

Επί της πλειονότητας των περιπτώσεων, τα παιδιά μετά από μία τραυματική εμπειρία παρουσιάζουν μία συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται από ταραχή και πληθώρα αντιδράσεων συγκεχυμένων μεταξύ τους. Η συνεχής ανάκληση και η εμφάνιση των αναμνήσεων του τραύματος σε αιφνίδιους χρόνους, παρεμβάλουν στην καθημερινότητα του παιδιού και το καθιστούν ανήμπορο να διαχειριστεί διάφορες καθημερινές υποχρεώσεις και συνήθειες του, και αποτελούν μία συνεχή πηγή αναβίωσης του τραυματικού συμβάντος, η οποία είναι μία μόνιμη και βαρύτατη ταλαιπωρία για το παιδί (Belivanaki et al., 2006).

Σε γενικότερο επίπεδο, οι συμπεριφορές που εκδηλώνονται από παιδιά που πάσχουν από μετατραυματική διαταραχή μπορεί να κυμανθούν από εξαιρετικά μειωμένη αντιδραστικότητα και διάχυτα παθητική στάση, έως και σε υπερβολική υπερδιέγερση, αιφνίδιες κρίσεις θυμού, και ακραίες, μη διαχειρίσιμες αντιδράσεις. Μέσα από αυτό το ιδιαίτερα ευρύ συμπτωματολογικό φάσμα, ανακύπτουν προβλήματα

ικανά να διαμορφώσουν και να δυσκολέψουν την καθημερινότητα των παιδιών αυτών, με αποτέλεσμα την πιθανή διατάραξη της μελλοντικής τους ψυχοσύνθεσης αλλά και της νευρολογικής τους ανάπτυξης (Hensley et al., 2007).

Οι περιοχές που είναι πιθανές εστίες βλαβών εξ αιτίας της διαταραχής αυτής είναι ο αριστερός φλοιός του εγκεφάλου, το μεσολόβιο, ο ιππόκαμπος, και η αμυγδαλή. Τομείς οι οποίοι συνήθως πλήττονται είναι η αποθήκευση πληροφοριών, η μακροπρόθεσμη μνήμη, η οργάνωση, αλλά και ο σχηματισμός αναμνήσεων (Brandes, 2002).

Όσο η μετατραυματική διαταραχή εξελίσσεται στον ψυχικό κόσμο του παιδιού, το κατακλύζουν συναισθήματα όπως άγχος, αυτοκριτική, ανημπορία, τρόμος, οργή, κατάθλιψη, απόγνωση, έντονο άγχος, κ.α. Τα συναισθήματα αυτά, το καθιστούν σχετικά ανίκανο να διαχειριστεί την κατάσταση, και είναι πιθανό να οδηγήσουν στην εμφάνιση διάφορων διαταραχών προσωπικότητας. Ακόμη, παρουσιάζεται υπερδιέγερση και άνω του φυσιολογικού αντανακλαστική αντίδραση, σε ερεθίσματα όπως δυνατοί αιφνίδιοι θόρυβοι, σειρήνες, απρόσμενη επαφή από άλλα άτομα, κ.α. Επίσης δεν είναι σπάνια η συνοδή ευερεθιστότητα και έντονη επαγρύπνηση (Eksi et al., 2008).

Το φαινόμενο της υπερεπαγρύπνησης μπορεί να εκδηλωθεί και σαν ψυχαναγκασμός (συνεχής έλεγχος αν είναι κλειστά όλα τα φώτα, οι συσκευές, οι πόρτες, π.χ.) ή ως αφύσικη ανησυχία για την υγεία των υπολοίπων μελών της οικογένειας ή των όποιων φροντιστών. Συνήθη επίσης φαινόμενα αποτελούν και τα ξεσπάσματα θυμού που πολλές φορές μπορεί να πυροδοτηθούν λόγω της προϋπάρχουσας ευερεθιστότητας. Οι συμπεριφορές αυτές συνήθως οδηγούν σε συρράξεις και καβγάδες με τους γονείς, τα αδέρφια, τους συμμαθητές, τους δασκάλους, και μπορούν να διαταράξουν έτσι τις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού. Ακόμη, η ανεπαρκής ικανότητα να συγκεντρωθούν στα μαθήματα και η ελλειμματική προσοχή, είναι συνήθεις σε παιδιά που έχουν υποστεί μία τραυματική εμπειρία, και προκαλούν απογοητευτικές σχολικές επιδόσεις, καθώς και άλλα προβλήματα (Smith et al., 2010).

Λόγω του ότι όταν υπενθυμίζεται στα παιδιά το τραυματικό συμβάν, κατά κανόνα τους προκαλείται αναστάτωση, προσπαθούν διαρκώς την αποφυγή της οποιαδήποτε αναφοράς του γεγονότος ή κάποιου ερεθίσματος ή κατάστασης ικανής να τους το θυμίσει (όπως π.χ. συγκεκριμένοι χώροι, ήχοι, πρόσωπα, κ.α.). Πολλές φορές εμφανίζουν κενά μνήμης σε ότι αφορά την εμπειρία τους ή σε διάφορες πτυχές της. Ένα ακόμη συχνό φαινόμενο στις περιπτώσεις αυτές είναι η διαταραχή του ομαλού

ύπνου. Ο ύπνος καθίσταται ανήσυχος διότι πολλές φορές, αν όχι καθημερινά, βρίθκει από εφιάλτες σχετικούς με το συμβάν, προκαλώντας τη συνεχή και επιβλαβή αναβίωση του γεγονότος στο παιδί. Άλλες αρνητικές επιπτώσεις είναι η δυνητική εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (ανορεξία/βουλιμία), διάφορες ψυχοσωματικές εκδηλώσεις όπως ημικρανίες ή ζαλάδες, κολικοί, ναυτίες, έντονη εφίδρωση, κ.α. (Levin & Nielsen, 2007).

Όταν επαναλαμβάνονται τα ερεθίσματα τα οποία προκαλούν στα παιδιά επαναβίωση της τραυματικής εμπειρίας, τους δημιουργείται σημαντική πίεση, και συνήθως οδηγούνται στη ψυχοσυναισθηματική απόσυρση. Αποσυνδέονται από τα συναισθήματά τους και δίνουν την εντύπωση αποκομμένου ατόμου από το γύρω περιβάλλον του, και υιοθετούν μία ψυχρή προσέγγιση απέναντι στις καταστάσεις και τους ανθρώπους που ονομάζεται συναισθηματικός διαχωρισμός (dissociation). Με αυτήν την τακτική επιχειρούν να κατορθώσουν να διαχειριστούν τον ψυχικό τους πόνο, δημιουργώντας ένα γενικό μούδιασμα (Karplov et al., 2005).

Ειδικά όταν πρόκειται για παιδιά, τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής πιθανώς να εμφανιστούν ως απόρροια του τραυματικού βιώματος και συνδέονται με συνθήκες όπως κακοποίηση (σε σωματικό, ψυχικό, ή σεξουαλικό επίπεδο), η μαρτυρία ακραίων σκηνών (ενδοοικογενειακή βία, κοινωνική βία όπως επιθέσεις, ληστείες κτλ, ή και η εμπλοκή στις καταστάσεις αυτές, μία σοβαρή ασθένεια που μπορεί να απειλήσει τη ζωή, μακρόχρονες νοσηλείες, δυσχερή περιβάλλοντα διαβίωσης, άσχημη οικονομική κατάσταση (ανέχεια), κ.α. (Karplov et al., 2005).

1.4 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-V

Τα παρακάτω κριτήρια αφορούν ενήλικες, εφήβους και παιδιά άνω των 6 ετών.

Έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική κακοποίηση με έναν ή παραπάνω από τους παρακάτω τρόπους:

- Να βιώνει το άτομο κατευθείαν το τραυματικό γεγονός.
- Να είναι παρόν όταν το τραυματικό αυτό γεγονός συμβεί σε τρίτους.
- Να μαθαίνει ότι το τραυματικό γεγονός συνέβη σε κοντινό οικογενειακό μέλος ή σε έναν κοντινό φίλο. Σε περιπτώσεις πραγματικού ή επαπειλούμενου θανάτου ενός συγγενικού μέλους ή ενός φίλου τα γεγονότα θα πρέπει να ήταν τυχαία ή βίαια.
- Να βιώνει επαναλαμβανόμενη ή υπερβολική έκθεση σε απωθητικές λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος. (πχ οι υπεύθυνοι συλλογής ανθρωπίνων σωμάτων ή οι

υπεύθυνοι της αστυνομίας που εκτέθηκαν επανειλημμένα σε λεπτομέρειες παιδικής κακοποίησης).

Παρουσία ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός και τα οποία ξεκινούν αφότου συνέβη.

- Επαναλαμβανόμενες μη θελημένες και ανεξέλεγκτες μνήμες του γεγονότος.
- Επαναλαμβανόμενα αγχωτικά όνειρα των οποίων το περιεχόμενο ή η επίδραση του ονείρου είναι συνδεδεμένα με το τραυματικό γεγονός.
- Αποσυνδεδετικά φαινόμενα αναβιώσεων (flash backs), στα οποία το άτομο νιώθει να επαναλαμβάνεται το τραυματικό γεγονός.
- Έντονη ή διαρκής ψυχολογική φθορά σε έκθεση εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων που συμβολίζουν ή παρομοιάζουν κάποιο σημείο του γεγονότος.
- Σωματικές αντιδράσεις σε εξωτερικά ή εσωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή παρομοιάζουν το τραύμα.

Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, ξεκινώντας μετά από αυτό, και εκφράζεται με ένα από τα παρακάτω:

- Αποφυγή ή προσπάθεια αποφυγής μνημών, σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραύμα.
- Αποφυγή ή προσπάθεια αποφυγής εξωτερικών υπενθυμίσεων (πχ άτομα, μέρη, δραστηριότητες κ.α.) που αναδύουν αγχωτικές μνήμες, σκέψεις, συναισθήματα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.

Αρνητικές αλλοιώσεις στις διαγνωστικές διεργασίες και στην διάθεση του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν και επιδεινώνονται μετά από αυτό, και μπορεί να αναγνωριστεί από ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω κριτήρια.

- Ανικανότητα να θυμηθεί το άτομο μια σημαντική στιγμή του τραυματικού γεγονότος λόγω διασχιστικής αμνησίας και όχι λόγω άλλων παραγόντων, όπως τραυματισμός στο κεφάλι αλκοόλ ή ναρκωτικά.
- Επίμονες και υπερβολικές αρνητικές σκέψεις, πιστεύω και πεποιθήσεις, για τον εαυτό του και τους γύρω του. Για παράδειγμα μερικές από τις σκέψεις που μπορεί να κάνει είναι ότι είναι κακός, ότι κανείς πια δεν είναι έμπιστος, ότι ο κόσμος πια είναι πολύ επικίνδυνος και ότι δεν θα είναι ασφαλής πουθενά πια.

- Επίμονα, διαστρεβλωμένα γνωστικά σχήματα που αφορούν την αιτία ή της συνέπειες του τραυματικού γεγονότος και οδηγεί το άτομο στο να κατηγορεί τον εαυτό του ή και τρίτους.
- Συνεχόμενη αρνητική συναισθηματική διάθεση, όπως για παράδειγμα φόβος, τρόμος, θυμός, ταραχή, ενοχή ή ντροπή.
- Απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που προηγουμένως το άτομο θεωρούσε ελκυστικές.
- Συναισθήματα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους.
- Επίμονη ανικανότητα να βιώσει το άτομο θετικά συναισθήματα όπως χαρά, ευτυχία, ικανοποίηση ή αισθήματα αγάπης.

Αλλοιώσεις στην ανάδυση και στην επαναβίωση που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και ξεκινούν ή επιδεινώνονται μετά από αυτό, και μπορεί να αναγνωριστεί από ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω κριτήρια.

- Ευερέθιστη συμπεριφορά και ξεσπάσματα θυμού με μικρό ή ανύπαρκτο ερέθισμα που τυπικά εκφράζονται ως λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς άτομα ή αντικείμενα.
- Ριψοκίνδυνη ή καταστροφική συμπεριφορά
- Υπερεπαγρύπνηση
- Υπερβολική αντιδραστικότητα
- Προβλήματα συγκέντρωσης
- Διατάραξη του ύπνου, όπως δυσκολία να κοιμηθεί το άτομο ή να μείνει κοιμισμένο ή έχει ύπνο που δεν ξεκουράζει (διαφορά απλής αϋπνίας από τη αϋπνία του PTSD).
- Διάρκεια της ενόχλησης (κριτήρια B, C, D, E) για παραπάνω από ένα μήνα.
- Η δυσφορία προκαλεί κλινικά σημαντικό άγχος και δυσχέρεια στις κοινωνικές, επαγγελματικές ή σε άλλους σημαντικούς τομείς στην ζωή του ατόμου.

Η δυσφορία δεν μπορεί να αποδοθεί σε κάποια οργανική επίδραση εξαιτίας μιας ουσίας, όπως φαρμακευτική αγωγή, αλκοόλ ή κάποια άλλη κλινική κατάσταση (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, 2013).

1.5 Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Έχει παρατηρηθεί η ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων αναφορικά με τη διαταραχή του μετατραυματικού στρες και θεωρούνται υπεύθυνοι για την ανάπτυξή της.

Τα άτομα νεότερης ηλικίας, και ιδιαίτερα τα παιδιά, βιώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια του τραύματος σε μεγαλύτερη κλίμακα από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Αυτό οφείλεται στην ευαίσθητη και εύάλωτη ηλικία στην οποία βρίσκονται με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν τη διαταραχή ευκολότερα και εντονότερα, όντας ανίκανοι να διαχειριστούν τη πραγματικότητα.

Ιδιαίτερα τα άτομα που υπήρξαν θύματα σωματικής ή/και σεξουαλικής κακοποίησης, αλλά και βετεράνοι πολέμου, κατακλύζονται από φοβίες και ανασφάλειες και δυσάρεστες αναμνήσεις λόγω της έντονης βιαιότητας, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν με γοργό ρυθμό όλους τους παράγοντες που επιβεβαιώνουν τη διαταραχή.

Έχει παρατηρηθεί ότι το φύλλο έχει σημασία στην ανάπτυξη της διαταραχής, καθώς φαίνεται ότι οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα από ότι οι άντρες που εκτίθενται στο ίδιο τραύμα. Ακόμα, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και τα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα προκαλούν άγχος ή/και κατάθλιψη οι οποίες διαταραχές καθιστούν το άτομο πιο ευαίσθητο. Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει κληρονομική συμβολή στην ανάπτυξη της διαταραχής του μετατραυματικού στρες (Auchéméry Y., 2012).

Σύμφωνα με τον Αλεβίζο (2008), οι παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της διαταραχής είναι:

- Ένα ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών ή προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες κατά τη παιδική ηλικία, ιδιαίτερα η σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση.
- Ο νευρωτισμός, ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας, ο οποίος καθιστά το άτομο ιδιαίτερα ευαίσθητο στο περιβαλλοντικό στρες.
- Οι προηγούμενες εκθέσεις σε ψυχοτραυματικά γεγονότα.

1.6 Επιδημιολογία

Το μεγαλύτερο ποσοστό των επιδημιολογικών στοιχείων της διαταραχής προέρχεται από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α., με τις περισσότερες να

μελετούν τη κατάσταση διαταραχής σε στρατιώτες και βετεράνους. Σύμφωνα με τις έρευνες, το ποσοστό των ατόμων που αναλογεί στο 60,7% έχει εκτεθεί σε τραυματικό επεισόδιο έστω μία φορά στη ζωή του, ωστόσο μόνο το 8-10% του ποσοστού θα αναπτύξει μετα-τραυματική διαταραχή. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες εμφανίζουν τη διαταραχή σε διπλάσιο ποσοστό, ενώ και τα δύο φύλλα εκτίθενται στο ίδιο τραύμα. Αξιοσημείωτη, όμως, είναι η διαπίστωση ότι οι άνδρες βιώνουν μεγαλύτερο αριθμό ψυχο-τραυματικών γεγονότων στη διάρκεια της ζωής τους, ωστόσο οι γυναίκες έχουν πιο σοβαρές ψυχο-τραυματικές εμπειρίες.

Στα μεγαλύτερα ποσοστά περιλαμβάνονται ο βιασμός, η έκθεση σε μάχη, η παραμέληση παιδιού και η σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση. Συγκριτικά χαμηλά ποσοστά καταγράφηκαν σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών, ατυχήματα και μαρτυρίες φόνου (Telch et. al., 2012; Vitzthum et. al., 2009; Tuerk et. al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ

Όπως έχει προαναφερθεί, το PTSD δεν υφίσταται εάν το άτομο δεν έχει βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός. Μπορεί το τραύμα να είναι απαραίτητο για την εμφάνιση της διαταραχής, δεν είναι αναγκαίο όμως όποιος έχει βιώσει κάποιον τραυματικό παράγοντα να αναπτύξει στο μέλλον μετατραυματικό στρες. Σε αυτό, σημαντικό ρόλο έχει η σοβαρότητα και η ένταση του τραύματος. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που έχουν γίνει θύματα βιασμού, έζησαν τα δεινά του πολέμου, κακοποιήθηκαν κατά την παιδική τους ηλικία ή έζησαν κάποιο απειλητικό για την ζωή τους συμβάν είναι περισσότερο ευάλωτοι απέναντι στο PTSD .

2.1 Γεγονότα μαζικής εμβέλειας

Γεγονότα μαζικής εμβέλειας αποτελούν οι φυσικές καταστροφές, οι σεισμοί, οι πλημμύρες, οι ανεμοθύελλες, οι χιονοστιβάδες, οι κατολισθήσεις, η ξηρασία, οι καταιγίδες/παρατεταμένες έντονες βροχοπτώσεις, οι ηφαιστειακές εκρήξεις, οι πυρηνικές εκρήξεις, οι πόλεμοι, οι τρομοκρατικές ενέργειες, οι πυρκαγιές, ο λιμός, οι πανδημίες και οι ακραίες θερμοκρασιακές αλλαγές.

Όλα τα παραπάνω μπορεί να προκαλέσουν ιδιαίτερα τραυματικές επιπτώσεις στη ψυχοσύνθεση ενός ανθρώπου. Η εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού stress (Post Traumatic Stress Disorder) σε άτομα που βίωσαν ή υπήρξαν μάρτυρες σε τέτοια φαινόμενα είναι συνήθης, συνοδευόμενη από χρόνια άγχος και χρόνια κατάθλιψη (Kar, 2009).

Η βίωση μίας καταστροφικής πυρκαγιάς είναι ικανή να προκαλέσει πληθώρα αντιδράσεων. Οι χαρακτηριστικότερες εξ αυτών είναι η πρόκληση συναισθημάτων όπως απειλή για τη ζωή του ατόμου, αίσθηση ότι είναι ανίκανο για οποιαδήποτε ενέργεια, αίσθημα εγκλωβισμού, και γενικότερα ότι είναι αβοήθητο. Μία πυρκαγιά είναι συνήθης αιτία για την εμφάνιση PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), αλλά και άλλων ψυχικών διαταραχών, όπως χρόνια υπερδιέγερση, συμπεριφορές /τάσεις αποφυγής, πάγωμα εν ώρα κινδύνου, κ.α. (Βεντουράτου, 2004).

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες στις οποίες οι σεισμοί αποτελούν συνήθη φυσικά φαινόμενα. Ενδιαφέρον γεγονός είναι το ότι στην Ελλάδα συμβαίνει πάνω από το 40% των σεισμών της Ευρωπαϊκής Ηπείρου. Η Ε.Σ.Υ.Ε. (Εθνική Στατιστική

Υπηρεσία Ελλάδος), χορηγεί κάποια πολύ σημαντικά στατιστικά στοιχεία, όπως το ότι την εικοσαετία 1980-2000 έχασαν τη ζωή τους 168 άτομα λόγω σεισμών στον Ελλαδικό χώρο.

Ανεξίτηλη μνήμη αποτελεί για όλους τους Έλληνες που τον έζησαν ο μεγάλος σεισμός της Αθήνας, το 1999. Μετά από το σεισμό αυτόν, μεγάλο ποσοστό (85%) των ατόμων που ανέτρεξε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών για ψυχολογική στήριξη, παρουσίαζε διαταραχές όπως PTSD ή οξεία αντίδραση stress (Χριστοδούλου και συν., 2005).

2.2 Τρομοκρατικές ενέργειες

Ως τρομοκρατική, μπορεί να θεωρηθεί η οποιαδήποτε ενέργεια η οποία έχει στόχο μέσω της βίας να επηρεάσει μαζικά τον τρόπο που δρα και σκέφτεται μία κοινωνική ομάδα, να προκαλέσει φόβο και κοινωνική σύγχυση, εξαναγκάζοντας έτσι, συνήθως τον πολιτικό κόσμο, να αλλάξουν κάποια πράγματα ή καθεστώτα προς την κατεύθυνση που επιθυμεί η εκάστοτε τρομοκρατική ομάδα.

Μία τρομοκρατική ενέργεια δεν περιορίζεται τοπικά ή χρονικά, και συνήθως πραγματοποιείται αιφνιδίως και χωρίς καμία προειδοποίηση. Προκαλεί συνήθως σοβαρούς τραυματισμούς αλλά και θανάτους, και φυσικά, σοβαρά ψυχικά τραύματα. Η ένταση με την οποία εκτέθηκε ένα άτομο σε μία τρομοκρατική ενέργεια διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση, και συνήθως είναι καίριο κριτήριο της πρόγνωσης και της διάγνωσης αρκετών ψυχολογικών διαταραχών (Kleiman et al., 2003).

Τα Μ.Μ.Ε. (Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης) πολλές φορές αποτελούν καταλυτικό παράγοντα στο πως θα εκλάβουν και θα ερμηνεύσουν οι πολίτες μία τρομοκρατική επίθεση, αφού είναι υπεύθυνα για την ενημέρωση, και τα ίδια επιλέγουν τον τρόπο με τον οποίο θα αναμεταδώσουν μία είδηση (Verger, 2004).

Το ποσοστό των πολιτών το οποίο εμφανίζει PTSD έως και το πρώτο έτος αφού εκτεθεί σε κάποια τρομοκρατική ενέργεια, υπολογίζεται ανάμεσα στο 7,5% έως και το 50%. Ειδικότερα όταν πρόκειται για παιδιά, είναι πολύ μεγάλη η πιθανότητα να εμφανίσουν κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής, συναισθήματα κατάθλιψης, προσαρμοστικές διαταραχές, κ.α. Ακόμη, πολύ πιθανή είναι και η εμφάνιση διαταραχών ύπνου, προβλημάτων στη συγκέντρωση, μειωμένων επιδόσεων στο σχολείο, άγχους αποχωρισμού, συμπεριφορικών διαταραχών αλλά και σωματικών επιπλοκών (Hoven et al., 2005).

Δυστυχώς, στις μέρες μας υπάρχει ιδιαίτερη έξαρση των τρομοκρατικών επιθέσεων κατά του Δυτικού Κόσμου, με τις επιθέσεις να αυξάνονται σε βαθμό που δεν έχει παρατηρηθεί ποτέ ξανά στο παρελθόν. Οι επιθέσεις στις διάφορες ευρωπαϊκές πόλεις (Παρίσι, Βρυξέλλες, Μάντσεστερ, Λονδίνο, Βαρκελώνη, Βερολίνο) έχουν επηρεάσει συνολικά την ψυχοσύνθεση των Ευρωπαίων πολιτών και υποδεικνύουν εμφατικά ότι είναι απαραίτητο να παρθούν σωστές αποφάσεις από την πλευρά των αρμοδίων αρχών σε σχέση με την σωστή ενημέρωση, την ψυχική θωράκιση προς αποφυγήν εγκατάστασης της τρομοκρατίας στον ψυχισμό των ανθρώπων, αλλά και την αντιμετώπιση των ψυχολογικών κατάλοιπων τέτοιων επιθέσεων, ειδικά στον παιδικό πληθυσμό.

2.3 Πρόσφυγες

Η Ελλάδα, λόγω της γεωγραφικής της θέσης, είναι μια χώρα που έχει δεχθεί ένα μεγάλο κύμα προσφύγων. Τα στατιστικά στοιχεία της Ελληνικής Υπηρεσίας Ασύλου δείχνουν πως ροές προσφύγων άρχισαν από το 2013. Οι δρόμοι που εισέρχονται είναι είτε από τα παράλια της Τουρκίας προς τα Ελληνικά νησιά, είτε από τον Έβρο.

Ενδεικτικά μέχρι τον Νοέμβριο του 2018, 495 πρόσφυγες επέλεξαν να περάσουν από τα παράλια της Τουρκίας, στα νησιά της Ελλάδας. Ωστόσο, έχουν καταγραφεί από το 2014 μέχρι και το 2017, 1.699 άτομα τα οποία πνίγηκαν ή αγνοούνται στο Αιγαίο, κατατάσσοντας έτσι την επιλογή εισόδου από τη θάλασσα στην πιο επικίνδυνη. Ο αριθμός αυτός συνεχίζει να αυξάνεται.

Η Ελλάδα θεωρείται το πέρασμα στην Ευρώπη, καθώς έχει αποδειχθεί πως το μεγαλύτερο μέρος του προσφυγικού πληθυσμού δεν κάνει αίτημα ασύλου για το ελληνικό κράτος, αλλά αντίθετα, προσπαθεί να περάσει από την Ελλάδα και να προωθηθεί σε κάποιο άλλο ευρωπαϊκό κράτος. Οι χώρες της κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης θεωρείται από πολλούς ο ιδανικός προορισμός (Διεθνής Οργανισμός Μεταναστών, 2016).

Οι πρόσφυγες, λόγω της ιδιαίτερης κατάστασης στην οποία βρίσκονται, όπως αναλύθηκε και παραπάνω, αντιμετωπίζουν κάποιες ψυχολογικές ιδιαιτερότητες. Ο πόλεμος, η βίαιη εγκατάλειψη της εστίας τους, η τρομοκρατία, η απώλεια αγαπημένων ανθρώπων, η βίαιη στρατολόγηση, η κακοποίηση είναι μόνο μερικοί από τους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογικές διαταραχές στους πρόσφυγες

ανεξαρτήτου ηλικίας. Ωστόσο, τα παιδιά και οι νέοι θεωρούνται πιο ευάλωτες ομάδα, αν και καταφέρνουν να ανακάμψουν και να προσαρμοστούν γρηγορότερα σε μια νέα πατρίδα (Ventevogel et al., 2015).

Ενδεικτικά αναφέρεται το παράδειγμα ενός Σύριου πρόσφυγα που, σύμφωνα με τον πατέρα του, ο 9χρονος γιος του «απέκτησε κάποιου είδους παράλυση, εξαιτίας των τρομερών πραγμάτων που είδε» και για αυτό το λόγο η οικογένεια του αποφάσισε να έρθει στην Ελλάδα, όπου επιζητούν, μεταξύ των άλλων, και κατάλληλη φροντίδα για το γιο τους (UNHCR, 2018).

Επίσης, προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να γίνουν πιο έντονα, όταν βιώνονται όλα ή κάποια από τα παραπάνω (Ventevogel et al., 2015).

Αυτό που βιώνουν όμως δεν σχετίζεται αποκλειστικά με τα αρνητικά γεγονότα που βιώνουν στη ζωή τους. Η όλη διαδικασία της μετανάστευσης, του ξεριζωμού, το ταξίδι που καλούνται να πραγματοποιήσουν, είναι από μόνο του μια πολύ αγχωτική διαδικασία, που σε συνάρτηση με όλες τις άλλες εμπειρίες, εντείνει την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων. Η θλίψη που βιώνουν οι πρόσφυγες, δεν σχετίζεται μόνο με τον πόλεμο, τη βία και την εκμετάλλευση που έχουν υποστεί. Σχετίζεται και με την αποχώρηση από τον προσωπικό χώρο, τον κατακερματισμό της οικογένειας και των προσωπικών σχέσεων, την αλλοίωση της ταυτότητας και του πολιτισμού και με το καθεστώς στο οποίο βρίσκονται για μήνες ή χρόνια, μέχρι να οριστικοποιηθεί το αίτημα για άσυλο και να θεωρούνται νόμιμα πρόσφυγες (Hamilton et al., 2000).

Αρκετές έρευνες έχουν γίνει σχετικά με την ψυχική υγεία των προσφύγων. Ωστόσο, πιο σημαντικές θεωρούνται εκείνες οι έρευνες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των παιδιών και έφηβων προσφύγων, δεδομένης της ιδιαίτερα ευάλωτης ψυχολογικής κατάστασης στην οποία έχουν περιέλθει. Σύμφωνα με τους Sirin και Rogers (2015), οι μετατραυματικές διαταραχές υγείας (PTSD) είναι οι πιο διαδεδομένες ανάμεσα στα παιδιά πρόσφυγες και ακολουθείται από συμπτώματα κατάθλιψης. Σε αριθμούς, το 30,4 % των ανήλικων προσφύγων πάσχουν από μετατραυματικές διαταραχές υγείας, ακολουθεί το γενικευμένο άγχος και η σωματοποίηση των συναισθημάτων με ποσοστά 26,8% το καθένα και τέλος, τραυματική θλίψη και γενικά συμπεριφορικά προβλήματα (21,4% το καθένα) (Betancourt, 2012).

Άλλες ψυχικές διαταραχές που έχουν αναφερθεί από εμπειρικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες είναι τα προβλήματα ύπνου, οι δυσκολίες συγκέντρωσης, εφιάλτες, επιθετική συμπεριφορά, υπερ-διέγερση,

μειωμένο ενδιαφέρον και αίσθημα κατωτερότητας, παραβατική συμπεριφορά, αυτοκτονικές τάσεις, ψύχωση (Derluyn et al., 2008).

Τα προβλήματα αυτά τείνουν να ακολουθούν τα παιδιά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα και από εξειδικευμένους ανθρώπους. Τέτοια προβλήματα έχουν επιπτώσεις τόσο στη σχολική ζωή των προσφύγων όσο και στη μετέπειτα ζωή τους, όπως να τους οδηγήσουν σε σχολική αποτυχία ή να είναι άνεργοι (Sirin & Rogers, 2015).

Η μη ένταξη τους στο σχολικό περιβάλλον, συμβάλει περαιτέρω στη δημιουργία και εντατικοποίηση των ήδη υπαρχόντων προβλημάτων ψυχικής υγείας. Το «τραύμα» είναι η συνηθέστερη λέξη τόσο στην ελληνική όσο και στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία (trauma) για να περιγράψει αυτό που βιώνουν οι πρόσφυγες.

Σύμφωνα με τον Montgomery (1998), το τραύμα είναι η αντίδραση σε γεγονότα τα οποία βρίσκονται εκτός των φυσιολογικών ορίων ζωής. Το τραύμα μπορεί να σταθεί εμπόδιο στη φυσιολογική εξέλιξη της θλίψης και να μπλοκάρει τη διαδικασία ανάρρωσης ενός ατόμου (Hamilton et al., 2000).

Για να γίνει πιο κατανοητή σαν έννοια, χωρίζεται στους προ-μεταναστευτικούς, δια-μεταναστευτικούς και μετα-μεταναστευτικούς παράγοντες, που είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με την έννοια του τραύματος όσον αφορά τους πρόσφυγες.

Προ-μεταναστευτικοί είναι οι παράγοντες που συνέβησαν πριν ξεκινήσει ο πρόσφυγας το ταξίδι του. Πιο συγκεκριμένα, είναι όλα τα περιστατικά που βίωσαν οι πρόσφυγες και τους οδήγησαν στην απόφαση να εγκαταλείψουν το σπίτι ή την πατρίδα τους. Στην περίπτωση των παιδιών θα ήταν λάθος να ενταχτούν όλα σε μία κατηγορία, καθώς μπορεί να προέρχονται από διαφορετικά περιβάλλοντα και συνθήκες. Ειδικά στην περίπτωση των ασυνόδευτων παιδιών, κάποια μπορεί να ξεκίνησαν μόνα το ταξίδι τους, αφήνοντας πίσω την οικογένεια τους ενώ άλλα μπορεί να έχασαν τα πρόσωπα που τα συνόδευαν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού. Το τραύμα του κάθε παιδιού σε αυτή την περίπτωση είναι διαφορετικό και δεν θα έπρεπε να θεωρείται δεδομένη η κατάσταση των ασυνόδευτων παιδιών που εισέρχονται σε μια χώρα. Τα κοινά στοιχεία των προ-μεταναστευτικών παραγόντων ωστόσο είναι η εγκατάλειψη της πατρίδας, η απώλεια φίλων και συγγενών και η απώλεια του αισθήματος ασφάλειας (Hamilton et al., 2000).

Οι δια-μεταναστευτικοί παράγοντες σχετίζονται με τις εμπειρίες που ζουν οι πρόσφυγες καθ' όλη τη διάρκεια του ταξιδιού τους. Το ταξίδι προς ένα καλύτερο μέλλον άλλωστε διαρκεί μήνες ή χρόνια. Κατά τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού οι

πρόσφυγες αναγκάζονται να μείνουν σε καταυλισμούς, σε κέντρα φιλοξενίας ή ακόμα και στο δρόμο. Ειδικότερα, τα ανήλικα άτομα μπορεί να βιώσουν στη διάρκεια αυτού του ταξιδιού εκμετάλλευση, εξαπάτηση, να αναγκαστούν να εργαστούν ή να χάσουν αγαπημένα πρόσωπα. Διάφοροι επιτήδριοι θα βρεθούν στο δρόμο τους και με την υπόσχεση ότι θα τους μεταφέρουν στο κράτος που επιθυμούν, θα τους αποσπάσουν υπέρογκα χρηματικά ποσά.

Ο βιασμός, ανεξαρτήτως φύλλου, έχει αναφερθεί επίσης από ασυνόδευτους ανήλικες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού ή/και μέσα στα κέντρα φιλοξενίας. Τέτοια ζητήματα διαταράσσουν ψυχολογικά τα παιδιά και ενισχύουν την αβεβαιότητα και την ανασφάλεια που νιώθουν. Η αίσθηση της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας διακρίνεται περισσότερο στους ασυνόδευτους ανήλικους που βιώνουν 33 τα ίδια προβλήματα με τους άλλους, αλλά χωρίς την υποστήριξη των οικείων ενήλικων προσώπων. Όταν οι συνήθειες ενός παιδιού διαταράσσονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα και το παιδί ζει μέσα στην ανασφάλεια και το φόβο, έχει αυξημένες πιθανότητες να βιώσει μετατραυματικές ψυχικές διαταραχές και να μην μπορεί να ανταπεξέλθει σωστά σε καταστάσεις για το υπόλοιπο της ζωής του. Η κατάσταση αυτή αναφέρεται ως «Αναπτυξιακός κίνδυνος».

Οι μετά-μεταναστευτικοί παράγοντες είναι όσοι σχετίζονται με την άφιξη των προσφύγων σε μια χώρα – υποδοχής. Αρχικά, κάποιος μπορεί να νιώσουν μεγάλη χαρά που κατάφεραν να επιβιώσουν στη διάρκεια του ταξιδιού και κατάφεραν να φτάσουν στην κατ' αυτούς «Γη της Επαγγελίας» (Ventevogel et al., 2015).

Στη συνέχεια, οι πρόσφυγες έρχονται αμέσως αντιμέτωποι με τα προβλήματα που θα πρέπει να αντιμετωπίσουν. Η ένταξη σε μια νέα χώρα -κοινωνία δεν είναι εύκολη υπόθεση, ειδικότερα όταν η κοινωνία είναι δυτικού τύπου και έχει πολύ μεγάλη διαφορά σε σχέση με την κουλτούρα των προσφύγων. Η ανασφάλεια για την κάλυψη των βασικών αναγκών, τη γλώσσα και το μέλλον γενικότερα αποτελούν ψυχοπιεστικούς παράγοντες που δυσκολεύουν την ένταξη των ατόμων και που πολλές φορές αντανακλώνται σωματικά πάνω τους (Ventevogel et al., 2015).

Τα ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να φέρουν οι πρόσφυγες μαζί τους είναι πολλά. Αλλά είναι και φυσιολογικά αν λάβει κανείς υπόψιν του τις συνθήκες που βίωσαν και που βιώνουν ακόμα αυτοί οι άνθρωποι. Είναι σημαντικό, όταν εισέρχονται σε ένα κράτος να τους παρέχεται η κατάλληλη βοήθεια, ώστε με το πέρασμα του χρόνου να ξεπεράσουν τις ψυχικές διαταραχές που έχουν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό. Αν δεν ξεπεραστούν, δύναται να τους ακολουθούν στο υπόλοιπο της ζωής τους,

παρεμποδίζοντάς τους από την εκπαίδευση, την εργασία και τη δημιουργία προσωπικών σχέσεων. Δεν πρέπει να θεωρείται ότι επειδή είναι παιδιά θα καταφέρουν να ξεπεράσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν χωρίς την κατάλληλη βοήθεια, η οποία δυστυχώς δεν τους παρέχεται πάντα. Καταληκτικά, είναι σημαντικό να τονιστεί πως η κατάσταση της προσφυγιάς από μόνη της δεν καθιστά τα άτομα πιο ευάλωτα σε ψυχολογικές παθήσεις, αλλά είναι πολύ πιο πιθανό η συγκεκριμένη ομάδα ατόμων να εκτεθεί σε παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογική τους υγεία (Ventevogel et al., 2015).

2.4 Πένθος - Απώλεια

Θεωρείται αρκετά σημαντικό να κατανοηθεί η δυσκολία που προκαλείται σε ένα άτομο που θα βιώσει μια τέτοια εμπειρία, και η διαφορετικότητα με την οποία θα εκλάβει τη γενικότερη έννοια του θανάτου και θα προβεί σε διαχείριση των συναισθημάτων που θα του προκληθούν. Μέχρι να καταφέρει να αποδεχθεί ένα τέτοιο συμβάν περνά από αρκετά διαφορετικά στάδια πένθους. Εάν αυτή η διαδικασία πραγματοποιηθεί με φυσιολογικό τρόπο, θα καταφέρει να συνεχίσει τη ζωή του με ομαλότητα και προχωρήσει. Εάν όμως έρθει αντιμέτωπο με συναισθηματικές καταστάσεις όπως η άρνηση, το μούδιασμα (emotionally numb), ο υπέρμετρος θυμός και η αβεβαιότητα για το μέλλον του, μπορεί να δημιουργηθεί δυσχέρεια στην ομαλή αποδοχή του γεγονότος και στη μετέπειτα φυσιολογική συναισθηματική εξέλιξη του ατόμου (Heike, 2003).

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου αποτελεί τρομερά επίπονο συμβάν για ένα άτομο, το οποίο συνήθως δεν έχει τη δυνατότητα να επεξεργαστεί και να κατανοήσει την κατάσταση. Διατηρεί την πεποίθηση ότι το άτομο που απεβίωσε θα επιστρέψει κάποια στιγμή ή ότι ζει ακόμη. Τα άτομα αυτά έχουν μεν την ικανότητα να κατανοήσουν το ότι ο θάνατος είναι κάτι το οριστικό, παρόλα αυτά μέχρι να τους συμβεί νιώθουν/θεωρούν ότι είναι κάτι το οποίο συμβαίνει μόνο στους άλλους. Το προσωπικό επίπεδο ωριμότητας, άλλα και πιθανές προγενέστερες εμπειρίες του με παρόμοιες καταστάσεις, παίζουν σημαντικό ρόλο στο αν θα είναι ικανό να κατανοήσει αλλά και να διαχειριστεί μία τέτοια κατάσταση όταν του συμβεί (Nielsen, 2005).

2.5 Παιδικά βιώματα

Τα παιδιά, ως μία ιδιαίτερη ομάδα, μπορούν να υποστούν πολλές ακραίες καταστάσεις, οι οποίες μπορούν να προκύψουν από διάφορα γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής τους και να τους προκαλέσουν κάποια διαταραχή. Πολλές είναι οι αιτίες – γεγονότα που δύνανται να προκαλέσουν κάτι τόσο έντονο που να τα τραυματίσει. Μια από αυτές τις αιτίες, ίσως και η πιο συνήθης εξ αυτών, είναι το βίωμα μίας τραυματικής κατάστασης ή εμπειρίας κατά τη διάρκεια αυτής της εύθραυστης περιόδου, των πρώιμων αλλά και μεταγενέστερων σταδίων, της παιδικής ηλικίας. Κρίνεται απαραίτητο να ξεκαθαριστεί και να οριστεί με ακρίβεια το τι θεωρείται «τραύμα», αλλά και οι τομείς οι οποίοι παρουσιάζουν εμφανή απόκλιση από αυτό που ορίζεται ως φυσιολογική ανάπτυξη ενός παιδιού.

Στην εξέταση του ορισμού του ψυχικού τραύματος στα παιδιά, απαραίτητο κρίνεται να τονιστεί η ευρύτερη διάσταση που μπορεί να πάρει ένα τραυματικό γεγονός, αφού μπορεί να αποτελεί συνάρτηση των προηγούμενων εμπειριών (τραυματικών και μη) και βιωμάτων του παιδιού και να έχει άμεση σχέση με αυτά. Δηλαδή, ένα γεγονός το οποίο μπορεί να αποτελέσει ένα έντονα τραυματικό βίωμα για ένα παιδί, μπορεί κάλλιστα να είναι αδιάφορο για ένα άλλο. Ερεθίσματα τα οποία μπορούν να χαρακτηριστούν ως δυνητικά τραυματογόνα, δεν είναι τραυματικά για όλους, παρά μόνο για συγκεκριμένους που έχουν βιώσει πράγματα τα οποία τους έχουν οδηγήσει στο να επηρεάζονται με πιο άμεσο τρόπο από τέτοια γεγονότα. Αντίθετα, υπάρχουν επίσης και συμβάντα τα οποία μπορούν να χαρακτηριστούν ως καθολικώς τραυματογόνα ερεθίσματα που κατέχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν ψυχικά τραύματα στην πλειονότητα των παιδιών που θα τα υποστούν. Σε αυτήν την κατηγορία μπορούν να καταχωρηθούν γεγονότα που είναι ακραία, και ικανά να εισχωρήσουν στον ψυχισμό του παιδιού και να έχουν καταστροφικές συνέπειες. Η εγκατάσταση ενός γεγονότος στον ψυχισμό του ατόμου, σε μόνιμο και μετατραυματικό επίπεδο, όπως παρομοίως και η ικανότητα του ατόμου να αποκαταστήσει και να αναρρώσει από ένα τραύμα, βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση από τις εσωτερικές συνθήκες που επικρατούν στον ενδότερο ψυχισμό του εκάστοτε παιδιού (Levin & Nielsen, 2007).

Ο παιδικός πληθυσμός, αποτελεί μία μονάδα η οποία είναι πολύ ευάλωτη και εξαρτώμενη από τους άλλους, ιδίως από τους ενήλικες. Τα παιδιά έχουν ξεχωριστή κοσμοθεωρία και φάσμα αισθημάτων, και πολύ ιδιαίτερες σκέψεις και

αντιλήψεις. Τα γεγονότα και οι καταστάσεις που μπορεί να βιώσουν στα διάφορα περιβάλλοντα, όπως το σχολείο, η οικογένεια, τα κοινωνικά πλαίσια, κ.α., έχουν την ικανότητα να καταγράφονται σε νευροβιολογικό αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν πολυεπίπεδα την ψυχολογία και την προσωπικότητα των παιδιών. Η επιρροή αυτή, διαμορφώνει τη συμπεριφορά τους, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, τις συνήθειες που μπορεί να έχουν, και γενικότερα τη ζωή τους σε όλο το φάσμα της. Ακόμη και γεγονότα τα οποία έχουν αποθηθεί από ένα παιδί σε κάποιο προηγούμενο στάδιο της ηλικίας του, και τα οποία δεν έχουν επεξεργαστεί και αποτελούν τραύμα, αν και είναι ασυνείδητα, συνεχίζουν να επιδρούν στη ζωή του ατόμου ακόμη και όταν είναι ενήλικας. Αναπόφευκτα, η συντριπτική πλειονότητα των παιδιών θα βιώσει κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης ένα γεγονός το οποίο θα εκληφθεί ως τραυματικό και θα έχει συνέπειες στο συναισθηματικό του κόσμο, αλλά και στην ομαλή ανάπτυξη (Βεντουράτου, 2009; Mulhivill, 2005; Βεντουράτου, 2004).

Συνήθως, όταν τα παιδιά εκτεθούν σε μία τραυματογόνο εμπειρία που τους δημιούργησε συναισθήματα δυσφορίας και στρες, έπειτα από μία σύντομη περίοδο παροδικής σύγχυσης και διαστρεβλωμένης αστάθειας, επανέρχονται χωρίς να εμφανίσουν απαραίτητως εναπομείναντα κατάλοιπα και προβλήματα που να σχετίζονται με το τραύμα.

Παρόλα αυτά, είναι δυνατό ισχυρά αγχογόνα συμβάντα, όπως η ενδοοικογενειακή βία, η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, η βίωση ακραίων καιρικών ή φυσικών φαινομένων (ανεμοστρόβιλοι, πλημμύρες, σεισμοί, κτλ.), η διαμονή σε μέρη τα οποία βρίσκονται σε εμπόλεμη κατάσταση, και διάφορα άλλα βιώματα τα οποία μπορεί να καταγραφούν ως τραυματικά στον ψυχισμό των παιδιών, είναι ικανά να έχουν σοβαρότατες και μακροπρόθεσμες συνέπειες, διαστρεβλώνοντας την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη και δυσχεραίνοντας την ψυχική τους υγεία, καθιστώντας τα σε θέση όπου να απειλείται σε σημαντικό βαθμό η ομαλή τους λειτουργικότητα και η γενικότερη ποιότητα της ζωής τους (Δέδε, 2008; Hensley & Varela, 2007; Feerick et al., 2002)

Επομένως, όταν ένα παιδί βιώσει σε μεγάλη ένταση καταστάσεις ή συμβάντα τα οποία χρίζουν να χαρακτηριστούν τραυματικά και ιδιαίτερα δύσκολα, των οποίων οι εκδηλώσεις συνεχίζονται σε βάθος χρόνου ή φαίνεται να έχουν θεμελιωθεί στον ψυχισμό του, πρέπει οπωσδήποτε να του χορηγηθεί ουσιαστική

βοήθεια και συνεχής υποστήριξη και φροντίδα από τον περίγυρό του και το περιβάλλον του, αλλά και από ειδικούς επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Οι τραυματογόνες εμπειρίες εμφανίζονται σε πληθώρα ειδών και μπορούν να επηρεάσουν ξεχωριστά και με διαφορετικό τρόπο τον κάθε άνθρωπο. Παρόλα αυτά, υπάρχουν αρκετά συμβάντα, που όταν συμβούν σε κάποιον άνθρωπο, είναι ικανά να τραυματίσουν στο ίδιο βάθος που θα τραυμάτιζαν και άλλους ανθρώπους. Δυστυχώς, τα παιδιά, μπορεί να είναι και αυτά συχνά αποδέκτες τέτοιων γεγονότων.

Συμβάντα τα οποία μπορούν να αποτελέσουν σημαντική τραυματική εμπειρία για ένα παιδί είναι πολλά, αλλά κάποια που ξεχωρίζουν είναι δυνητικά το διαζύγιο των γονέων του, μία ανίατη ασθένεια που θα ταλαιπωρήσει είτε το ίδιο το παιδί είτε ένα μέλος της οικογένειάς του, η βία σε όλες τις μορφές της, ο θάνατος κάποιου αγαπημένου του προσώπου, και ειδικότερα των γονέων, η παραμέληση, η σεξουαλική κακοποίηση, κ.α. Ένα παιδί, τραυματίζεται πολύ πιο εύκολα από ότι ένας ενήλικας, και όταν ενηλικιωθεί, καλείται να διαχειριστεί τα όποια απομεινάρια μπορεί να έχουν αφήσει στον ψυχισμό του οι όποιες τραυματικές εμπειρίες έχει υποστεί ως παιδί (Dixon et al., 2005).

Εμπειρίες οι οποίες σε φυσιολογικό πλαίσιο δε θα επηρέαζαν ένα ενήλικο άτομο, μπορούν να ασκήσουν σημαντική επιρροή σε ένα παιδί και να αποτελέσουν καθοριστικό παράγοντα για τον ψυχισμό του. Είναι διάφορες οι αιτίες οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν τραύμα σε ένα νεαρό άτομο (Αγάθωνας-Γεωργοπούλου και συν., 2009).

Η έναρξη της ζωής ενός παιδιού λαμβάνει μέρος μέσα στο πλαίσιο μίας κοινωνικής ομάδας, της οικογένειας. Στη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, όπως συνήθως και στις υπόλοιπες, ισχύουν κάποιες συγκεκριμένες συμπεριφορές, πολιτιστικά αλλά και σε επίπεδο ομιλίας. Έτσι, γίνεται κατανοητό, ότι η οποιαδήποτε αγχογόνος ή τραυματική εμπειρία/περίοδος παραμελείται ή προκαλείται κιόλας ίσως από την ίδια την οικογένεια του παιδιού, μπορεί να λειτουργήσει ως επιβαρυντικός παράγοντας στον ψυχισμό του, και να δημιουργήσει εμπόδιο στην σωστή ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας.

2.5.1 Σωματική βία

Ως σωματική κακοποίηση ενός παιδιού (ανήλικο άτομο), μπορεί να οριστεί η ηθελημένη και όχι τυχαία εφαρμογή σωματικής δύναμης αλλά και οι σκόπιμες

πράξεις παραμέλησης από την πλευρά του γονέως ή του κηδεμόνα του παιδιού, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν στον τραυματισμό, την πρόκληση πόνου, τη μόνιμη βλάβη ή ακόμη και το θάνατο του παιδιού.

Μία πιθανή μορφή κακοποίησης ενός ανήλικου ατόμου, αποτελεί η σκόπιμη δηλητηρίαση (χρήση χημικών ουσιών με σκοπό την πρόκληση βλάβης στο παιδί), κατά την οποία οι φροντιστές του παιδιού μπορεί να του χορηγήσουν διάφορα χημικά σκευάσματα, φαρμακευτικά ή και όχι, όπως παραδείγματος χάρη ηρεμιστικά χάπια, πιπέρι, νέφτι, κ.α.

Άλλη μία πιθανή μορφή κακοποίησης είναι ο τυχαίος τραυματισμός του παιδιού εν μέσω μίας οικογενειακής σύγκρουσης (σύνδρομο αμέτοχου θεατή, μαρτυρία ενδοοικογενειακής βίας), καθώς τα άτομα που έχουν το ρόλο του φροντιστή ανήλικων ατόμων έχουν την ευθύνη να τα προστατεύουν από τέτοιες καταστάσεις (Cohen & Mannarino, 2003).

Η κάθε οικογένεια έχει την ευθύνη και οφείλει να δημιουργεί στο παιδί την αίσθηση της ασφάλειας, της γαλήνης, και της κάλυψης των συναισθηματικών του αναγκών. Παρόλα αυτά, δυστυχώς, συνήθως στις οικογένειες όπου επικρατούν καταστάσεις βίας και κακοποίησης, οι παραπάνω ανάγκες δεν καλύπτονται (Χατζηφωτίου, 2005; Ψωμάς, 2001).

Άλλα πιθανά περιστατικά τα οποία αποτελούν περιπτώσεις κακοποίησης, σε σωματικό πλαίσιο, είναι τα χτυπήματα/μελανιές, σβήσιμο τσιγάρων στο σώμα του παιδιού, πρόκληση κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, κατάγματα οστών, πρόκληση εσωτερικών κακώσεων, πνιγμός, πρόκληση ασφυξίας, και γενικότερα κάθε σωματικό τραύμα (Ψωμάς, 2001).

Τα αποτελέσματα της σωματικής κακοποίησης δεν εκδηλώνονται μονάχα στο φάσμα των γνωστικών λειτουργιών και της συμπεριφορικής στρέβλωσης. Πιο συγκεκριμένα, η ενδοοικογενειακή βία κάλλιστα έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει την πηγή για διάφορες διαταραχές όπως κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, κ.α.

Ακόμη, η εμφάνιση μετατραυματικού στρες αποτελεί μία πολύ πιθανή επίπτωση της ενδοοικογενειακής βίας που βιώνεται από παιδιά σε μακροσκελές χρονικό πλαίσιο. Άλλες πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να εμφανιστούν είναι το διαρκές άγχος, οι συχνοί ή και καθημερινοί έντονοι εφιάλτες, και ένα αίσθημα φυγής σχετικά με το θέμα που του προκαλεί όλα αυτά ή κάποια από αυτά τα προβλήματα. Τομείς που είναι επίσης ευπαθείς λόγω της κακομεταχείρισης είναι η συμπεριφορά, η

ανάπτυξη, και η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005; Feerick et al., 2003).

Η κοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη και πορεία ενός ατόμου μπορεί να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από τις τυχόν τραυματικές εμπειρίες που έχει βιώσει. Τα θύματα που έχουν υποστεί κακοποίηση, ιδίως από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, συχνά ως ενήλικες έχουν μία διαταραγμένη καθημερινότητα, και έναν πολύ ιδιαίτερο τρόπο λειτουργίας.

Διάφορα ερευνητικά δεδομένα, υποδεικνύουν ότι τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση στα πρώτα στάδια της ανήλικης ζωής τους, αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσχέρειες σε τομείς όπως η κοινωνικότητα, η συναισθηματική ωριμότητα, αλλά και η γνωστική επίδοση, κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή τους (Μάκα & Καφέτσιος, 2007; Ullman et al., 2007).

2.5.2 Σχολικός εκφοβισμός

Ένα σημαντικό πεδίο το οποίο είναι ικανό να επιτελέσει παράγοντα για τη γένεση ψυχικού τραύματος και να θεωρηθεί ως παράγοντας κακοποίησης, είναι ο σχολικός εκφοβισμός.

Συνήθως, οι μαθητές που γίνονται στόχος και θύματα σχολικού εκφοβισμού, είναι άτομα με ανίσχυρες προσωπικότητες, με ανεπαρκή εφόδια για να σταθούν ακέραιοι και στα πόδια τους, είναι άτομα που τα χαρακτηρίζει η ευάλωτη φύση τους, διακρίνονται ως φοβικοί, και δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς στους σχολικούς κύκλους, οπότε δεν έχουν πολλούς «συμμάχους» και στηρίγματα (Βαρδάκου, 2007).

Η σχέση η οποία τα παιδιά είχαν με τους γονείς τους, αποτελεί βασικό παράγοντα για την μετέπειτα προσωπικότητά τους. Τα παιδιά των οποίων οι σχέσεις με τους γονείς τους ήταν ανασφαλείς, προσκόλλησης, απωθητικές, είναι εξαιρετικά πιθανότερο να διαμορφωθούν ως έφηβοι και ενήλικες οι οποίοι δεν εμπιστεύονται εύκολα και πραγματικά τους άλλους ανθρώπους, και εάν και μπορεί να ήταν και να είναι ακόμη ανεξάρτητοι, δεν έχουν αυτοπεποίθηση, παρουσιάζουν έλλειψη αυτοεκτίμησης, έχουν διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού τους και της αξίας τους, και είναι πιθανό να μην έχουν εμπιστοσύνη στους εαυτούς τους. Καθίστανται έτσι πιο ευάλωτοι και πιο επιρρεπείς στο να γίνουν αποδέκτες βίαιης συμπεριφοράς ή κοινωνικού εμπαιγμού από τους συνομηλίκους τους (Τζελέπη-Γιαννάτου, 2008).

Τονίζεται επίσης η αρνητική συνέπεια που μπορεί να έχει η μακρόχρονη έκθεση σε τέτοιου είδους περιστατικά και καταστάσεις. Τομείς οι οποίοι μπορεί να πληχθούν ή να διαστρεβλωθούν σε σημαντικό βαθμό, είναι η ψυχική και σωματική υγεία των μαθητών που εμπλέκονται σε συνθήκες θυματοποίησης ή/και εκφοβισμού κατά μεγάλα διαστήματα στα μαθητικά τους χρόνια.

Πολύ ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η περίπτωση της έμμεσης θυματοποίησης, η οποία μπορεί να αποβεί χειρότερη και με μεγαλύτερο ρίσκο από την άμεση. Οι συνθήκες αυτές είναι ικανές να λειτουργήσουν ανασταλτικά στη φυσική και τη συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου. Ένας μαθητής ο οποίος δέχεται συχνά και διαρκώς επιθέσεις για μεγάλα διαστήματα, ζει μία κατάσταση η οποία είναι δυνατό να χαρακτηριστεί και να εκληφθεί από τον ίδιο ως «μαρτύριο» ή και «κόλαση». Η σχολική του ζωή λοιπόν μετατρέπεται, από μία περίοδο η οποία θεωρητικά θα έπρεπε να είναι μία από τις ομορφότερες της ζωής του, ως μία άκρως τραυματογόνα εμπειρία (Καλογεράκη, 2005).

2.5.3 Σεξουαλική βία

Σε οικογενειακό πλαίσιο, η κακοποίηση του παιδιού σε σεξουαλικό επίπεδο, οδηγεί στην αποδιοργάνωση των μελών της οικογένειας και της κατάρρευσής τους στα μάτια του παιδιού ως προτύπων ή προστατευτικών μορφών. Τα παιδιά είναι προφανώς εκ φύσεως ανίκανα και μη κατάλληλα για να δώσουν μία τέτοια συγκατάθεση, αφού προφανώς και δε γνωρίζουν τι είναι αυτό στο οποίο συναινούν για τη συμμετοχή τους.

Επιπροσθέτως, η απουσία αντίδρασης προφορικά ή κινητικά/σωματικά, προφανώς και δεν υποδηλώνει σε καμία περίπτωση επιθυμία ή συναίνεση. Τα παιδιά είναι συμπεριφορικά διδαγμένα να υπακούν τους ενήλικες. Αυτό δε σημαίνει ότι είναι πρόθυμα ή επιθυμούν να προβούν σε τέτοιου είδους συναναστροφές και πιθανώς αν τους συμβεί κάτι τέτοιο τα βρίσκει αιφνιδιασμένα και ανήμπορα να αντιδράσουν ή να επεξεργαστούν τι ακριβώς είναι αυτό που τους συμβαίνει. Ακόμη, πολλές φορές μπορεί να νιώσουν «κακά παιδιά» ή ανίκανα, αν δεν υπακούσουν στις επιθυμίες ενός ενήλικα, ο οποίος στην παιδική κοσμοθεωρία τους αποτελεί μορφή εξουσίας και επιβλητικής αρχής.

Ειδικά στην περίπτωση της κακοποίησης σε σεξουαλικό επίπεδο σε οικογενειακό πλαίσιο, η πραγματοποίησή της στο χώρο της οικίας, αποτελεί

ιδιαίτερα επιβαρυντικό παράγοντα. Η μυστικότητα επίσης που την περιβάλλει, εκ μέρους και των δύο μερών (θύτη-θύματος), αλλά κατά κύριο λόγο του θύματος το οποίο αναγκάζεται/χειραγωγείται στη μυστικότητα αυτή, αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό της κακοποίησης αυτής (Πλακιά-Τσίτωνα, 2008).

2.5.4 Παραμέληση του παιδιού (negligence)

Ως παραμέληση ενός ανηλίκου/παιδιού, μπορεί να οριστεί η έλλειψη από την πλευρά του φροντιστή/γονέα/κηδεμόνα της κάλυψης των βασικών αναγκών του παιδιού, και η αποτυχία να προσφέρει στο παιδί τα απαραίτητα ώστε να είναι υγιές σωματικά, νοητικά, αλλά και συναισθηματικά (Straus & Kantor, 2005).

Εμπεριέχει την αποτυχία εκ μέρους του ενήλικα κηδεμόνα να παρέχει επαρκή τροφή, κατάλληλο ρουχισμό, καταφύγιο (οικία), ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, και προστασία από οποιονδήποτε κίνδυνο σωματικό ή ψυχικό. Μπορεί να διακριθεί σε σωματική αλλά και σε ψυχολογική/συναισθηματική παραμέληση. Μπορεί να εξεταστεί επίσης περαιτέρω και να καταταμηθεί σε ειδικότερες μορφές παραμέλησης, όπως η περιγεννητική/προγεννητική (κάπνισμα/καταχρήσεις κατά την περίοδο της κύησης, αμέλεια κινδύνου από την πλευρά της μητέρας, κ.α.), αλλά και η κοινωνική (Polonko, 2006).

Η πιο σημαντική και βλαβερή μορφή παραμέλησης είναι ευρέως αποδεκτά η σωματική. Η σωματική συμπεριλαμβάνει όλες τις επιπτώσεις που μπορεί να προξενθούν στη σωματική υγεία του παιδιού, λόγω ακατάλληλης/μη επαρκούς σίτισης, στέγασης, παροχής ρουχισμού, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, κ.τ.λ. Η μακρόχρονη σωματική παραμέληση του παιδιού μπορεί να οδηγήσει σε πληθώρα ασθενειών ή ακόμη και στο θάνατο. Η χρόνια παραμέληση είναι πιο επικίνδυνη όταν συμβαίνει σε μικρές ηλικίες (έως περίπου 7 ετών π.χ.) κατά τις οποίες το παιδί δεν είναι ικανό να φροντίσει σε κανένα σχεδόν επίπεδο τον εαυτό του (Dube et al., 2003).

Η παράλληλη έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης και αδιαφορίας από την πλευρά των κηδεμόνων ως προς τις προσπάθειες των παιδιών για επικοινωνία και κατανόηση, έγκειται στο φάσμα της ψυχοσυναισθηματικής παραμέλησης (American Humane Society, 2007).

Η ψυχική βλάβη η οποία δημιουργείται στο άτομο ορίζεται ως η κύρια συνέπεια αυτής της μορφής κακοποίησης. Συνήθως σε ενδοοικογενειακά περιβάλλοντα τα οποία χαρακτηρίζονται από ψυχρότητα, επιθετικότητα και

έλλειψη επικοινωνίας, παραμέληση φροντίδας του παιδιού, ελλιπή ή μηδενική προσπάθεια για επικοινωνία με το παιδί, το να βιώσει το παιδί το συναίσθημα ότι παραμελείται, είναι σχεδόν αναπόφευκτο. Σε γενικότερο πλαίσιο, η παραμέληση αποτελεί ένα ιδιαίτερα πολυδιάστατο φαινόμενο, κατά το οποίο κάποια στοιχεία του είναι ικανά να επηρεάζουν και να δημιουργούν συγκεκριμένα προβλήματα, και αντιστοίχως, άλλα στοιχεία του το ίδιο. Ένα σύνηθες αποτέλεσμα της παραμέλησης είναι η ανάπτυξη γνωστικών και ακαδημαϊκών ελλειμμάτων (Polonko, 2006; Straus & Kantor, 2005).

2.5.5 Πένθος –απώλεια γονέα

Η αφύσικη χρονικά απώλεια ενός γονέως τραυματίζει ανεξίτηλα τον ψυχισμό του παιδιού και οδηγεί σε σημαντικό πλήγμα για τον δια βίου αυτοσεβασμό του.

Διάφορες στατιστικές έρευνες υποδεικνύουν ότι η παιδική κατάθλιψη είναι κατά κόρον κοινό σύμπτωμα ανάμεσα σε ανηλίκους που έχουν χάσει τους γονείς τους, ιδίως μεταξύ 10 και 15 ετών. Συνήθης επίσης είναι η πεποίθηση ότι τέτοιου είδους βιώματα/απώλειες σε παιδική ηλικία παίζουν σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα ικανότητα για αντιμετώπιση και διαχείριση τέτοιων συνθηκών στην ενήλικη ζωή, αλλά και στην εμφάνιση κατάθλιψης και τάσεων προς αυτοκτονία. Ο χαμός των γονέων σε συνδυασμό με παράγοντες όπως η ελλιπής κοινωνική στήριξη, είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι και αναγνωρισμένοι ως πηγές παιδικής αλλά και εφηβικής κατάθλιψης (Παπαληγούρα, 2007; Claes, 2004).

2.5.6 Παιδικές Ασθένειες

Όταν είναι απαραίτητο ένα παιδί μικρής ηλικίας να κάνει εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο, δυνητικά δημιουργούνται τραυματικά συναισθήματα και στο ίδιο αλλά και στην οικογένειά του. Αυτό βέβαια προϋποθέτει η νοσηλεία του παιδιού να διαρκέσει ένα εύλογο διάστημα, ανώτερο της μίας εβδομάδας. Όταν πρόκειται για συντομότερα διαστήματα, συνήθως δεν προκαλείται μακροχρόνια ψυχοτραυματική ή συναισθηματική διαταραχή.

Αντιθέτως, όταν ένα παιδί χρειάζεται να κάνει επανειλημμένες εισαγωγές ή να διαμείνει μακροχρόνια σε ένα νοσοκομείο, οι επιπτώσεις είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές σε συναισθηματικό αλλά και ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

Οι παράγοντες οι οποίοι είναι ικανοί να συνηγορήσουν αρνητικά στο ψυχισμό του παιδιού αναλογικά με μία μακροχρόνια νοσοκομειακή φροντίδα είναι αρκετοί, και εξαρτώνται επίσης από την αλληλεπίδραση που θα έχουν με άλλους παράγοντες. Ατομικά χαρακτηριστικά, διαπροσωπικές σχέσεις, οικογενειακό περιβάλλον/στήριξη, η σοβαρότητα και η διάρκεια της θεραπείας, είναι κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες.

Για την πλειονότητα των ανηλίκων μία εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελεί εξαιρετικά αγχογόνο εμπειρία. Σε αυτό συνεισφέρουν αρκετοί παράγοντες, πέρα από το άγχος που τους δημιουργείται για το εάν είναι εντάξει η υγεία τους. Συνήθως, η εισαγωγή συνδέεται με αποχωρισμό από τα αγαπημένα τους πρόσωπα/περιβάλλον, και διαταράσσει τους καθημερινούς οικογενειακούς ρυθμούς. Ένας ακόμη σημαντικός αρνητικός παράγοντας είναι η δυνητικά διαστρεβλωμένη ερμηνεία που μπορεί να δώσει το παιδί στην ασθένειά του, τη θεραπεία του, και τον πόνο που υπόκειται. Ακόμη, η ενδεχόμενη αλλαγή στη συμπεριφορά των γονέων και η διαμορφωμένη στάση τους, μπορούν να προκαλέσουν σημαντική πηγή σύγχυσης στο παιδί και να διαταράξουν τον ψυχικό του κόσμο. Ειδικά οι γονείς με έντονο συναισθηματικό φορτίο, πολλές φορές υιοθετούν μία υπερπροστατευτική στάση η οποία οδηγεί σε επιθετικότητα και απαιτητικότητα από την πλευρά τους. Δημιουργούν έτσι στο παιδί άγχος το οποίο το τραυματίζει και του προκαλεί φοβικότητα. Το παιδί γίνεται νευρικό, θλιμμένο, φοβικό, και πολλές φορές μπορεί να αισθάνεται ένα είδος απώλειας. Διαταράσσεται επίσης πολλές φορές η κοινωνική του προσαρμοστικότητα, γίνεται απομονωμένο και εφησυχάζεται στη μοναχικότητα. Η οικογένεια έρχεται στη δύσκολη θέση, επομένως, να ερμηνεύσει καταστάσεις πρωτόγνωρες σε αυτήν και να επαναπροσδιορίσει τις μέχρι τώρα απόψεις της για τη ζωή, αλλά και την ταυτότητά της (Mulhivill, 2007).

2.5.7 Ειδικές μορφές παιδικής κακοποίησης

Οι μορφές κακοποίησης ενός παιδιού δεν περιορίζονται μόνο στη σωματική, τη ψυχοσυναισθηματική και τη σεξουαλική. Υπάρχουν και μερικές άλλες μορφές, λιγότερο ίσως συνήθεις και γνωστές στον ευρύτερο κόσμο, εξίσου όμως δυνητικά επιβλαβείς για τη ψυχική και σωματική υγεία του παιδιού (Pomini, 2007).

Κάποιες από αυτές:

- Παιδιά σε στρατιωτικά σώματα/συμμετέχοντες σε πολεμικές συρράξεις

- Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή
- Δυστροφίες μη οργανικές
- Σύνδρομο δι' αντιπροσώπου/Munchausen
- Ηθελημένη δηλητηρίαση
- Παιδική εργασία

2.5.8 Μη Τυχαία Δηλητηρίαση

Ονομαζόμενη και ως χημική κακοποίηση, η μη τυχαία δηλητηρίαση είναι ουσιαστικά η χορήγηση μίας τοξικής ουσίας σε ένα ανήλικο άτομο, με σκοπό να προκληθεί βλάβη ή θάνατος (Feerick et al., 2002).

Η χημική κακοποίηση αποτελεί ιδιαίτερα ανησυχητικό φαινόμενο, αφού υποδηλώνει ότι ο θύτης το έχει προμελετήσει και το πραγματοποιεί εν ψυχρώ, εν αντιθέσει με τη συνήθη σωματική κακοποίηση η οποία πολλές φορές συμβαίνει εν βρασμώ ψυχής και ενώ ο θύτης έχει χάσει τον έλεγχο εν μέσω μίας κρίσης. Γίνεται συνήθως χρήση ουσιών όπως βαρβιτουρικών φαρμάκων, δηλητηριωδών ουσιών, κ.α. Ο γονέας που προμελετά το πως θα βλάψει ένα παιδί κατ' αυτόν τον τρόπο, παρουσιάζει ιδιαίτερη ψυχική παθογένεια και διαταραγμένη προσωπικότητα. Χρίζει ασφαλώς ψυχιατρικής παρέμβασης. Δυστυχώς, η χημική κακοποίηση αποτελεί συχνό φαινόμενο, συχνότερο από ότι αντιλαμβάνεται γενικά η κοινωνία, και πιο ύπουλο και επικίνδυνο από αυτό της σωματικής κακοποίησης. Η πρακτική αυτή δυστυχώς συνήθως εκτελείται από γονείς ικανοποιητικά υψηλού μορφωτικού επιπέδου (Dube et al., 2003).

2.5.9 Παιδική Εργασία

Το φαινόμενο της παιδικής εργασίας έχει παρουσιάσει έντονη αύξηση κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Οι απόψεις συνήθως δίστανται γεωγραφικά. Δηλαδή, ενώ σε κάποια κράτη η παιδική εργασία αποτελεί αδιανόητο φαινόμενο, σε κάποια άλλα αποτελεί παράδοση και φαινομενικά αναπόφευκτη αναγκαιότητα, ή ακόμη και προνόμιο του παιδιού. Ο δυτικός κόσμος ελπίζει ότι στο μέλλον τα παιδιά θα βρίσκονται μόνο σε σχολικές αίθουσες, και όχι σε ανθυγιεινά περιβάλλοντα ως εργάτες τρίτης κατηγορίας.

Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού αναφέρει συγκεκριμένα: "Τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να προστατεύονται από την οικονομική εκμετάλλευση και από την

απασχόληση σε οποιαδήποτε εργασία, η οποία θεωρείται επιβλαβής, ότι αναστέλλει την πρόοδο τους και επηρεάζει αρνητικά τη φυσική, πνευματική, νοητική, ηθική και κοινωνική τους ανάπτυξη” (Γενική Συνέλευση Ηνωμένων Εθνών, 1989).

2.5.10 Θύματα απαγωγής

Μέχρι πριν λίγο καιρό ακούγαμε για απαγωγές που γίνονταν σε χώρες μακριά από μας. Δεν είναι λίγες όμως οι φορές που ήρθαν στο φως της δημοσιότητας απόπειρες απαγωγής στη χώρα μας, γεγονός που άρχισε να ανησυχεί πολλούς γονείς. Η επαναφορά των θυμάτων αυτών δεν είναι εύκολη. Η απαγωγή βρέθηκε να συνδέεται στενά με την κατάθλιψη και την κοινωνική φοβία.

Κάποιες έρευνες αναφέρουν ότι η συναισθηματική ελαστικότητα των παιδιών είναι παρόμοια με τη σωματική τους ελαστικότητα, που σημαίνει ότι θεραπεύονται πιο εύκολα από τους ενήλικες. Ωστόσο, υπάρχει ένα τεράστιο τίμημα για τα παιδιά που μεγαλώνουν σε καθεστώς αιχμαλωσίας. Ο περιορισμός που υφίστανται τους εμποδίζει κάθε στιγμή της ζωής τους να μεγαλώσουν και να ωριμάσουν διανοητικά και συναισθηματικά.

Όσο μεγαλώνουν, θα είναι πιο δύσκολο να ξεχάσουν απ' ό,τι αν ήταν παιδιά. Το πρώτο βήμα για την επούλωση των πληγών αυτών των ανθρώπων είναι η συνεργασία με ψυχολόγους. Μία ιατρός αναφέρει τη λεγόμενη επιβοηθούμενη ανικανότητα, που ακολουθεί συναισθηματικά το θύμα μετά την απαγωγή. Αρχικά το θύμα παραδίδεται στην αδυναμία του, γεγονός που επιταχύνεται αν ο απαγωγέας κρατά ισορροπημένη στάση, προκαλώντας τη μια στιγμή φυσικό πόνο και την άλλη εμποδίζοντάς τον.

Η ίδια η ιατρός συνεχίζει λέγοντας ότι, κάποιες φορές οι απαγωγείς, αντί να βασανίσουν, προσφέρουν καλοσύνη, παραδείγματος χάρη δίνουν ένα ποτήρι νερό αντί για ξύλο. Κι έτσι τα θύματα ξεκινούν να νιώθουν ένα είδος ευγνωμοσύνης προς τον απαγωγέα τους. Επίσης, βοηθά πολύ το να νιώθεις ότι δεν είσαι μόνος, γιατί αν ο απαγωγέας είναι η μόνη επαφή που έχεις, τότε ακόμα κι αν σε κακομεταχειρίζεται, όταν σου δίνεται η ευκαιρία να αποδράσεις, δεν το κάνεις. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να το θυμούνται αυτό τα θύματα, δηλαδή ότι ο απαγωγέας τούς προκάλεσε αυτά τα συναισθήματα, γιατί δεν πρέπει να κατηγορήσουν σε καμιά περίπτωση τον εαυτό τους για ό,τι συνέβη.

Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού θα είναι αντίστοιχες και οι αντιδράσεις του, σύμφωνα πάντα με ειδικούς. Άλλες αντιδράσεις θα έχει ένα παιδί στην προσχολική ηλικία και άλλες ένα έφηβο παιδί. Τα παιδιά που επιβιώνουν από τις απαγωγές συχνά βιώνουν βαθιά ψυχολογικά επακόλουθα. Η εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες παρουσιάζεται περισσότερο σε παιδιά - θύματα απαγωγής απ' ό,τι στα παιδιά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Επίσης η απαγωγή βρέθηκε να συνδέεται στενά με την κατάθλιψη και κοινωνική φοβία. Τέτοια συγκλονιστικά γεγονότα μπορούν να αποτελέσουν την αφετηρία συντονισμένων εκπαιδευτικών προσπαθειών, προκειμένου να σχεδιαστούν προγράμματα πρόληψης για απαγωγές, φαινόμενα βίας, εκφοβισμού, φυσικών καταστροφών στα σχολεία από ειδικούς.

Αυτές οι προσπάθειες να έχουν ως στόχο να εκπαιδεύσουν τα παιδιά από προνηπιακή μέχρι σχολική ηλικία μέσα από συμπεριφοριστικές ασκήσεις, μοντελοποίηση, παιχνίδια ρόλων και πώς να προστατεύουν τον εαυτό τους. Τέτοιες προσπάθειες γίνονται από σχολικούς ψυχολόγους και στις ΗΠΑ και στην υπόλοιπη Ευρώπη. Επισημαίνεται ότι οι γονείς μπορούν να μιλήσουν στα παιδιά από την ηλικία των 3 ετών για τέτοια φαινόμενα μέσα από παραμύθια και αλληγορικές ιστοριούλες ή να παίζουν μαζί τους συμβολικά παιχνίδια, για να δουν τις αντιδράσεις τους και προσπαθώντας να τους δείξουν μέσα από το παιχνίδι πώς θα πρέπει να δράσουν σε μια τέτοια περίπτωση (Ονουφρίου, 2016).

2.6 Σεξουαλική σωματική βία- κακοποίηση

Η εξέλιξη της ζωής ενός ανθρώπου μπορεί να αλλάξει δραματικά προς το χειρότερο μέσω μίας τραυματικής εμπειρίας, προκαλώντας ισχυρές φθορές στη ψυχική του ανάπτυξη και ευμάρεια. Ιδίως όταν ένα τραυματικό συμβάν συνοδεύεται από μετατραυματικό stress, υπάρχει η πιθανότητα να επηρεαστούν οι εγκεφαλικές λειτουργίες του ατόμου σε νευροχημικό επίπεδο, και να σημειωθούν διάφορες αλλαγές, με σημαντικές επιπτώσεις στην ικανότητά του να διαχειριστεί ικανοποιητικά το στρες.

Το τραυματικό συμβάν μπορεί να επιφέρει συνέπειες στη γενικότερη ικανότητα του ατόμου να διαχειριστεί και να ενσωματώσει νέες ιδέες ή συναισθήματα που μπορεί να σχετίζονται με τη συγκεκριμένη εμπειρία. Δηλαδή, με απλούστερα λόγια, το άτομο δημιουργεί ένα είδος τεχνητού τείχους ώστε να προστατέψει τον εαυτό του από την τρομακτική μνημόνευση του γεγονότος (Belivanaki, 2006; Fullerton, 2003).

Επομένως, οι πραγματικές συνέπειες και επιπτώσεις, μπορεί να καθυστερήσουν να φανούν από μέρες έως και χρόνια, ιδίως όταν το άτομο παρουσιάζεται ικανό να διαχειριστεί την όλη κατάσταση απομονώνοντας το γεγονός στα ενδόμυχα του εγκεφάλου του, ώστε να έχει μια λειτουργική καθημερινότητα, έστω σε βραχυπρόθεσμο φάσμα. Παρ' όλα αυτά, εάν το κατάλληλο ερέθισμα κάνει την εμφάνισή του σε ανύποπτο χρόνο, και ξυπνήσει τη μνήμη του συμβάντος, οι συνέπειες μπορεί να είναι απρόσμενα έντονες (Rocha et al., 2009).

Πηγή ενός τραύματος, μπορεί να αποτελέσει μία μεμονωμένη εμπειρία, ή ένα συνεχές και επαναλαμβανόμενο συμβάν (ή συμβάντα). Τα πιο συνήθη αίτια είναι τραυματικές καταστάσεις όπως:

- Ενδοοικογενειακή βία
- Σεξουαλική κακοποίηση
- Περιβάλλοντα όπου υπάρχει σε σοβαρό επίπεδο ο αλκοολισμός
- Σωματική/ψυχική βία
- Εκφοβισμός
- Η απειλή ή η αυτόπτης μαρτυρία όλων των παραπάνω

Πολύ συχνά, παρατηρείται η παραβίαση ή η σκοπευμένη διαστρέβλωση των ιδεών του θύματος για τον κόσμο από τον θύτη, προκαλώντας στη ψυχοσύνθεση του θύματος έντονη σύγχυση και ανασφάλεια. Η τραυματική εμπειρία έχει τη δυνατότητα να μετατρέψει αρνητικά την πορεία της ζωής του παθόντα (Mache et al., 2009).

Από την αρχαιότητα κιόλας, η κακοποίηση δεν αποτελεί σπάνιο για την ανθρώπινη κοινωνία φαινόμενο. Ως βία, μπορεί να οριστεί οποιαδήποτε μορφή κακομεταχείρισης, ψυχικής ή σωματικής (Mills, 2004; Dube et al., 2003).

Το συγκεκριμένο είδος βίας αποτελεί δύσκολο πεδίο διάγνωσης και εντοπισμού από τους αρμόδιους επαγγελματίες και φορείς, διότι απαιτεί σημαντική χρονική επένδυση ώστε να επιτευχθεί σχέση εμπιστοσύνης και επικοινωνιακής αλληλεπίδρασης με το θύμα και τον επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Η ψυχοσυναισθηματική κακοποίηση δεν προϋποθέτει απαραίτητα και ύπαρξη σωματικής κακοποίησης. Αντιθέτως, επί της πλειονότητας των περιστατικών σωματικής βίας υπάρχει και άρρηκτη συνύπαρξη ψυχικής και συναισθηματικής βίας και επιθετικότητας. Πολύ ενδιαφέρον σημείο, παρουσιάζει η ομολογία σημαντικού ποσοστού θυμάτων σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης τα οποία υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική διάσταση του τραύματός τους είναι πιθανώς πιο καταστροφική και

επίπονη από τη σωματική, με επιπτώσεις που διαμένουν και επηρεάζουν σε βάθος χρόνου.

Ομολογουμένως, το συναισθηματικό κομμάτι μίας τέτοιας εμπειρίας επηρεάζει το άτομο στα βάθη του ψυχικού του κόσμου, και συχνά καθίσταται ικανό να το κάνει να αισθανθεί εκμηδενισμένο, ασήμαντο, το κάνει να νιώθει ότι δεν αξίζει την αγάπη κανενός και ότι είναι άξιο να τιμωρείται και να εισπράττει τέτοιου είδους συμπεριφορές. Το βάζει δηλαδή σε μία ψυχοσύνθεση η οποία «δικαιολογεί» το θύτη του και την κακοποίηση που υπόκειται (σύνδρομο Στοκχόλμης π.χ.). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κακοποιημένων γυναικών οι οποίες μετά από έντονη κακοποίηση εξακολουθούν να προστατεύουν το σύντροφό τους και να αισθάνονται τρομαγμένες και εκμηδενισμένες, μα ερωτευμένες κιάλας ταυτόχρονα (Γιομπαζολιά, 2010).

Ως ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να οριστεί η συνεχής, επαναλαμβανόμενη, μη κατάλληλη αντιμετώπιση και συμπεριφορά, η οποία είναι ικανή να βλάψει ή να μειώσει με δραστικό τρόπο την αναπτυξιακή αλλά και τη δημιουργική ικανότητα νοητικών διεργασιών οι οποίες κρίνονται υψίστης σημασίας για τη συνολική εξέλιξη και ανάπτυξη ενός παιδιού, όπως η ευφυΐα, η μνημονική ικανότητα, η λειτουργία της αντίληψης, η προσοχή, και η ιδεολογική ανάπτυξη. Η ψυχολογική κακοποίηση είναι αναπόσπαστο κομμάτι της συναισθηματικής κακοποίησης, και είναι εύλογο να αναφερθεί ότι πρόκειται για δύο καταστάσεις οι οποίες πιθανώς συνυπάρχουν στο ίδιο φάσμα.

Η αιτιολογία που έχει ως αποτέλεσμα τα περιστατικά και τις συμπεριφορές αυτές (συναισθηματική, σωματική, λεκτική, και γενικά η όποια κακοποίηση), παρουσιάζει εξαιρετική ποικιλομορφία. Πολλές μπορεί να είναι οι πηγές που οδηγούν σε αυτές τις περιπτώσεις.

Οι επιπτώσεις της ψυχοσυναισθηματικής κακοποίησης, όπως και όλων των άλλων ειδών κακοποίησης, είναι εξαιρετικά αρνητικές για τον συναισθηματικό κόσμο του ατόμου αλλά και για τη μετέπειτα πορεία του.

Μερικά εκ των αποτελεσμάτων αυτών είναι: η σημαντικά χαμηλή αυτοεκτίμηση, συνεχής και έντονη ανασφάλεια, καταχρήσεις (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες, κ.α.), απομόνωση/απόσυρση, έντονη εσωστρέφεια, δυσχέρεια στην εξέλιξη βασικών ικανοτήτων, αυτοκτονικές τάσεις, δυσχέρεια στη διαμόρφωση σταθερών και υγιών διαπροσωπικών αλλά και εργασιακών σχέσεων, φαινομενική ανικανότητα να αγαπήσουν και να εμπιστευθούν σε ειλικρινές επίπεδο, δισταγμός στη σωματική εγγύτητα/άγγιγμα, στην οικειότητα, έλλειψη δημιουργικής ενέργειας και

προσμονής για νέες εμπειρίες/αλλαγές. Όλα τα παραπάνω αποτελούν μονάχα μερικές από τις επιπτώσεις της ψυχοσυναισθηματικής, αλλά και σε μεταγενέστερα στάδια της ζωής ενός ατόμου.

Η κακή μεταχείριση και η σεξουαλική εκμετάλλευση ατόμων, είναι ένα φαινόμενο το οποίο, δυστυχώς, είναι αρκετά διαδεδομένο στη σύγχρονη εποχή. Επί της πλειονότητας των περιπτώσεων, τα άτομα που πέφτουν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, εκβιάζονται από το άτομο που διαπράττει την πράξη είτε σωματικά είτε λεκτικά, απειλώντας τα ότι θα προκαλέσει κακό στα ίδια ή στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Ακόμη πολλοί θύτες τέτοιου είδους εγκλημάτων, πολλές φορές είναι ικανοί να ξεγελάσουν τα άτομα με ψυχολογικούς χειρισμούς και να τα χειραγωγήσουν ώστε να τα κάνουν να πιστεύουν ότι τυγχάνουν ειδικής μεταχείρισης, ότι είναι ξεχωριστά και τυχερά που γίνονται αποδέκτες αυτού του «δώρου», ενώ πολλές φορές τους προσφέρονται και υλικά δώρα προς ανταλλαγή της συγκατάθεσής τους στις πράξεις αυτές αλλά και την αποσιώπηση και την απόκρυψη της εμπειρίας (Ullman, 2007; Karlow et al., 2005; Ψωμά, 2001).

2.7 Βετεράνοι πολέμου

Οι εμφανείς επιπτώσεις της πίεσης στη μάχη έχουν αναφερθεί από συγγραφείς από τα αρχαία χρόνια. Σε πιο πρόσφατους πολέμους, το έλεγαν «καρδιά του στρατιώτη», «κόπωση μάχης» και «σοκ οβίδων». Όπως και να το πει κανείς, εδώ και αιώνες οι στρατοί έχουν αναγνωρίσει ότι μερικές φορές η φρίκη του πολέμου καταβάλλει τους στρατιώτες σχεδόν τελειώς.

Το εν ενεργεία στρατιωτικό προσωπικό τού σήμερα αντιμετωπίζει πολύωρες, εξαντλητικές αποστολές, καθώς και εκτεταμένες περιόδους μακριά από τους αγαπημένους του. Και όταν βιώνουν ψυχικά ή συναισθηματικά προβλήματα, αμφισβητούν την πραγματικότητα. Αλλά όπου και να στραφούν για βοήθεια, στον σημερινό στρατό συχνά παραπέμπονται κατ' ευθείαν στον ψυχίατρο. Και αυτό συνήθως οδηγεί σε μια ψυχιατρική ταμπέλα – σε μια «διάγνωση», η οποία δεν μπορεί να ελεγχθεί από οποιαδήποτε αιματολογική εξέταση, ακτίνες X ή σάρωση του εγκεφάλου.

Επειδή δεν υπάρχουν εξετάσεις που μπορούν να προσδιορίσουν οποιοδήποτε σωματικό λάθος, οι ψυχίατροι δεν ξέρουν τι να θεραπεύσουν, και εξαιτίας αυτού, η ψυχιατρική θεραπεία είναι κυρίως εικασία με πολύ λίγη πραγματική επιστήμη. Αυτό

δεν έχει σταματήσει τους ψυχιάτρους από το να στιγματίζουν χιλιάδες άντρες και γυναίκες με την ταμπέλα του «ψυχικά ασθενή» και να τους χορηγούν πανίσχυρα κοκτέιλ ψυχοτρόπων φαρμάκων.

Έχουν ξεφύγει τόσο, που το Πεντάγωνο των ΗΠΑ ξοδεύει τώρα 2 δις δολάρια τον χρόνο για την ψυχική υγεία και μόνο. Και ο προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία της Διοίκησης Βετεράνων έχει εκτοξευθεί από λιγότερο από 3 δισεκατομμύρια δολάρια το 2007 σε σχεδόν 7 δισεκατομμύρια δολάρια το 2014.

Η παντελής έλλειψη επιστήμης της ψυχιατρικής φαίνεται στην περίπτωση της ψυχιατρικής διάγνωσης «Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες» ή PTSD. Όταν οι ψυχίατροι εισήγαγαν αυτή τη διάγνωση, βασίστηκαν σε αντιδράσεις που παρουσίαζαν άτομα με διαταραχές, οι οποίες όμως ήταν αναμενόμενη αντίδραση σε κάποια κακή ή ιδιαίτερα πιεστική εμπειρία, και στη συνέχεια ισχυρίστηκαν χωρίς να έχουν στοιχεία γι' αυτό ότι επρόκειτο για κάποια «ψυχική διαταραχή» κι έτσι επωφελήθηκαν από αυτό. Το 1980, μια ομάδα ψυχιάτρων ψήφισαν για να έχουν αυτό που παρατίθενται στο *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών* (DSM), σήμερα έναν όγκο 943 σελίδων, επίσης γνωστό ως η «Βίβλος Τιμολόγησης» της Ένωσης Αμερικανών Ψυχιάτρων. Τώρα, όντας σε θέση να τιμολογούν την κυβέρνηση και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για τη θεραπεία της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, οι ψυχίατροι στα χρόνια που ακολούθησαν ήταν σε θέση να βγάλουν εκατομμύρια – χωρίς καμία ιδέα για την αιτία ή τη θεραπεία του.

Φυσικά, όταν δεν γνωρίζεις την αιτία ή τη θεραπεία, η θεραπεία μπορεί να είναι μακροχρόνια και πολύ δαπανηρή. Μεταξύ αυτού και του αυξανόμενου αριθμού των βετεράνων που διαγιγνώσκονται με αυτή τη νόσο φάντασμα, η βιομηχανία της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες καταναλώνει σταθερά αυξανόμενες ποσότητες κυβερνητικών πόρων. Μόνο το 2005, το 13% του συνολικού κόστους της Διοίκησης των Βετεράνων για την ψυχική υγεία, ή 274 εκατομμύρια δολάρια, δαπανήθηκαν για τη θεραπεία της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, μεγάλο μέρος των οποίων μεταφέρθηκε στα ταχέως αναπτυσσόμενα ταμεία της ψυχο-φαρμακευτικής βιομηχανίας.

Σήμερα, περίπου το 80% των βετεράνων λαμβάνουν την ταμπέλα της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες και λαμβάνουν ψυχοτρόπα φάρμακα. Στο 89% αυτών δίνονται αντικαταθλιπτικά, με το 34% να λαμβάνει θεραπεία με αντιψυχωσικά – φάρμακα τόσο ισχυρά που προορίζονται μόνο για τις πιο σοβαρές διαταραχές. Από το 2001, υπήρξαν περισσότερες από 150 διαφορετικές προειδοποιήσεις από διεθνείς

φορείς υγείας σε όλο τον κόσμο σχετικά με τα φάρμακα και εκδόθηκαν μελέτες για τις επικίνδυνες, συχνά θανατηφόρες συνέπειες, των ψυχοτρόπων φαρμάκων, όπως αυτά.

Αλλά οι ψυχίατροι δεν βγάζουν μόνο εκατομμύρια από τη διάγνωση και τη θεραπεία της «Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες» – επίσης διεξάγουν έρευνα για τα φάρμακα, προσπαθώντας να αμβλύνουν χημικά τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις στον πόλεμο. Αυτό είναι πάρα πολλά λεφτά, μόνο ένα τμήμα του στρατού των Ηνωμένων Πολιτειών έχει δαπανήσει σχεδόν 300 εκατομμύρια δολάρια για την έρευνα της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες από το 2006.

Μέρος της ταχείας επέκτασης της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες οφείλεται στα ολοένα και πιο χαλαρά διαγνωστικά πρότυπα. Μετά την εισαγωγή της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες στο βιβλίο της ψυχιατρικής με τις ψυχικές διαταραχές, οι ορισμοί για το ποιες προϋποθέσεις θα πρέπει να πληρούνται για να διαγνωστεί κάποιος με Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες έχουν γίνει πιο ήπιες, ευρύτερες και πολύ πιο γενικές.

Σήμερα, η διάγνωση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες δεν γίνεται μόνο σε στρατιώτες και βετεράνους για τα ψυχικά τραύματα του πολέμου, αλλά έχει γίνει μια ετικέτα «γενικής χρήσης» για όποιον –στρατιωτικό ή πολίτη– βιώνει μια ανεπιθύμητη αντίδραση σε ένα οδυνηρό γεγονός. Το αποτέλεσμα: δεκάδες εκατομμύρια άνθρωποι, με απόλυτα φυσιολογική αντίδραση σε κάποια καταστροφή, τώρα διαγιγνώσκονται με κάποια ψυχική διαταραχή (Επιτροπή Πολιτών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα Διεθνώς, 2021).

2.8 Τροχαία ατυχήματα

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών τύπων ακούσιων τραυματισμών (π.χ. τραυματισμοί που σχετίζονται με την εργασία, αθλητικά ατυχήματα, τροχαία ατυχήματα κ.α.). Οι διαφορετικοί τύποι των ακούσιων τραυματισμών αποτελούν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αιτιολογία και τα συμπτώματα του PTSD.

Τα τραυματικά γεγονότα που χαρακτηρίζονται με πρόθεση για τραυματισμό (π.χ. επιθέσεις) είναι διαφορετικές από εκείνες χωρίς πρόθεση. Για παράδειγμα, τα αθλητικά ατυχήματα δεν οδηγούν σε δικαστικές διεκδικήσεις και αποζημιώσεις, ενώ τα τροχαία ατυχήματα σχετίζονται συχνά από αμέλεια που έχει ως αποτέλεσμα δικαστικές διαμάχες και διαδικασίες αποζημίωσης. Έχοντας ένα δείγμα τραύματος από τροχαία ατυχήματα μας βοηθά στην ανάλυση για την πρόγνωση και τα αποτελέσματα

εμφάνισης του PTSD και μας παρέχει μεγαλύτερη ακρίβεια στη σύνδεση και τις συνθήκες του τραύματος με τα αποτελέσματα (Michelle Heron-Delaney et al., 2013).

Ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων που εμπλέκονται σε τροχαία ατυχήματα θα αναπτύξει PTSD και αυτό μας δείχνει την ανάγκη παρέμβασης για την πρόληψη της ανάπτυξης μιας μακροπρόθεσμης αναπηρίας. Το μετατραυματικό στρες θα πρέπει να εντοπίζεται και να αντιμετωπίζεται γιατί πιθανόν να έχει σημαντικές συνέπειες στην ποιότητα της ζωής, η οποία οδηγεί σε απουσίες από την εργασία και συνδέεται με υψηλά επίπεδα πόνου και αναπηρίας των επιζώντων από τροχαία ατυχήματα αν αφεθεί χωρίς θεραπεία. Αυτές οι αρνητικές συνέπειες οδηγούν σε σημαντικό κόστος τόσο στο άτομο όσο και στην κοινωνία (Sterling, et al., 2011; Ehring, T. et al., 2008; Beck et al., 2007; Matthews, 2005; McLean et al., 2005).

Οι πιο συχνές διαταραχές μετά από τροχαίο ατύχημα είναι PTSD, μείζων καταθλιπτική διαταραχή, φοβίες για οδήγηση και άλλες διαταραχές άγχους. Οι συνέπειες που έχει ένας τραυματισμός στην ψυχική υγεία του ατόμου συχνά παραβλέπονται και αυτό γιατί ο πρωταρχικός στόχος είναι η φυσική και σωματική αποκατάσταση της υγείας του. Τα περισσότερα άτομα μετά από τροχαίο ατύχημα λαμβάνουν θεραπεία για τις σωματικές βλάβες, ωστόσο μόνο μια μειοψηφία λαμβάνει θεραπεία για προβλήματα ψυχικής υγείας. Ένα εμπόδιο της θεραπείας είναι η αναγνώριση των ατόμων που πάσχουν από PTSD μετά από τροχαίο ατύχημα (Bryant et al., 2010; Mayou R. et al, 2002).

Οι παράγοντες που προβλέπουν ποια άτομα θα αναπτύξουν PTSD δίνοντας ένα σημείο εκκίνησης για την ανάπτυξη ενός εργαλείου ελέγχου PTSD, η οποία είναι ειδική στους επιζώντες από τροχαία ατυχήματα, έτσι ώστε ο εντοπισμός σε άτομα υψηλού κινδύνου θα επιτρέψει την έγκαιρη στοχευμένη παρέμβαση, για να διευκολύνει τη βέλτιστη ανάκτηση από τροχαία ατυχήματα που σχετίζονται με τραυματισμούς. Τα ποσοστά εμφάνισης PTSD σε δείγματα από τροχαία ατυχήματα ποικίλλουν ευρέως και εξηγήσεις έχουν προταθεί να λογοδοτήσουν για την μεγάλη διακύμανση στις εκτιμήσεις (Australian Institute of Health Welfare Hospital, 2012).

Για το μετατραυματικό στρες στους επιζώντες τροχαίων ατυχημάτων ενοχοποιείται η ύπαρξη προ του ατυχήματος συναισθηματικών διαταραχών, κρίσεις άγχους, ο φόβος θανάτου κατά το ατύχημα, ο θάνατος κάποιου προσώπου που συμμετείχε στο ατύχημα, συνεχής σκέψη του ατυχήματος, έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης, μόνιμες σωματικές βλάβες που προκλήθηκαν από το ατύχημα, καθώς και η ανάμειξη νομικών υποθέσεων (δίκες, αποζημιώσεις κ.λπ.). Αυτά τα αποτελέσματα

καταδεικνύουν δύο σημεία κλειδιά που απαιτούν περαιτέρω συζήτηση: την έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης σε ότι αφορά το ατύχημα και τον σημαντικό βαθμό στήριξης στα νομικά ζητήματα που αποτελούν απόρροια του ατυχήματος ως προδιαθεσικοί παράγοντες για εμφάνιση PTSD. Υπάρχει διαφωνία στην βιβλιογραφία σχετικά με το αν η σοβαρότητα του τραυματισμού οδηγεί σε μεταγενέστερο χρόνο στην εμφάνιση της νόσου.

Η αντικειμενική σοβαρότητα του τραύματος ίσως να μην είναι απαραίτητα ενδεικτικό στοιχείο για να θεωρήσει ένα άτομο ότι το τροχαίο ατύχημα που είχε θα μπορούσε να απειλεί την ζωή του και το οποίο θα ήταν σοβαρός παράγοντας για μετέπειτα εμφάνιση PTSD. Έτσι, φαίνεται ότι δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την εμφάνιση του στρες η σοβαρότητα του τραύματος που προκλήθηκε από το ατύχημα, αλλά ο τρόπος που αντιλαμβάνεται το ατύχημα του το κάθε άτομο. Αυτό σχετίζεται με ένα άλλο τύπο του PTSD, το τύπο της αντίληψης.

Πέρα από το τύπο της αντίληψης, μία άλλη αιτία για την εμφάνιση PTSD είναι το γεγονός εάν και κατά πόσο ακολούθησε ανάγκη ή όχι νομικής διευθέτησης. Με δεδομένο ότι όταν ακολουθεί νομική διευθέτηση ανακαλούνται επανειλημμένα συμβάντα στην σκέψη του ατόμου και μάλιστα σε ένα περιβάλλον μη υποστηρικτικό και αφιλόξενο (δικαστήρια, δικηγόροι κ.λπ.) είναι πιθανόν να αυξηθεί η συχνότητα εμφάνισης μετατραυματικού στρες.

Ο O' Donnell, δημιούργησε ένα εργαλείο διαλογής για την πρόβλεψη της εμφάνισης PTSD μετά από τραυματισμό σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Αυτοί οι ασθενείς ήταν κατά κύριο λόγο επιζώντες τροχαίων ατυχημάτων 62% ενώ το υπόλοιπο 38% περιλάμβανε πτώσεις, επιθέσεις, εργατικά ατυχήματα και άλλα είδη τραυματισμών, έτσι το δείγμα δεν ήταν αποκλειστικά σχετιζόμενα με τροχαία ατυχήματα. Καθώς αυτό αφορούσε νοσηλευόμενους ασθενείς (περίπου οκτώ μέρες μετά τον τραυματισμό), καλύπτει παράγοντες που συνέβησαν πριν, κατά τη διάρκεια ή μια εβδομάδα μετά το ατύχημα. Ο εντοπισμός συναισθηματικών διαταραχών πριν το ατύχημα, μαζί με τον φόβο για την απώλεια της ζωής του ατόμου και την έλλειψη υποστήριξης αποτελούν παράγοντες υψηλού βαθμού κινδύνου για εμφάνιση PTSD.

Είναι επίσης σημαντικό να αναλογιστούμε την χρονική στιγμή που θα πρέπει να εξετασθεί ο ασθενής για PTSD μετά από ένα τροχαίο ατύχημα. Όλοι οι παράγοντες μπορούν να προσδιοριστούν την εβδομάδα μετά το ατύχημα. Παρόλα αυτά όμως πρέπει να εντοπίζονται και τα μόνιμα σωματικά προβλήματα που αποτελούν απόρροια του ατυχήματος, καθώς και την νομική εμπλοκή ως παράγοντες κινδύνου. Ένας τέτοιος

έλεγχος που θα περιλαμβάνει και αυτούς τους παράγοντες θα πρέπει να ολοκληρωθεί τουλάχιστον 1-2 μήνες μετά το ατύχημα (O'Donnell et al., 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1. Ψυχολογική θεραπεία

3.1.1 Marylène Cloitre (Αφηγηματική θεραπεία STAIR)

Η αφηγηματική θεραπεία είναι μια θεραπεία δύο συστατικών βασισμένη σε στοιχεία που παρέχει εκπαίδευση στη ρύθμιση συναισθημάτων και στις κοινωνικές δεξιότητες σε συνδυασμό με την αφηγηματική ανάλυση τραύματος. Η ώθηση για την ανάπτυξη αυτής της θεραπείας ήταν απλή, με βάση τόσο την κλινική παρατήρηση όσο και την εμπειρική βιβλιογραφία. Οι ασθενείς συχνά έρχονται στη θεραπεία που προκαλείται από προβλήματα στις σχέσεις και από συναισθηματικές διαταραχές ως σημαντικές, αν όχι πρωταρχικές ανησυχίες. Η εισαγωγή κατάρτισης δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων στην αρχή της θεραπείας παρέχει μια θεραπεία που ανταποκρίνεται με διαφάνεια και συγχρονίζεται με τις βασικές ανησυχίες των ασθενών. Αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στο σχεδιασμό θεραπείας σύμφωνα με συγκεκριμένους στόχους, τιμές και προτιμήσεις του ασθενούς. Οι θεραπείες με έμφαση στο τραύμα για το PTSD έχουν διαδοθεί ευρέως στη Διοίκηση Υγείας των Βετεράνων των Ηνωμένων Πολιτειών και έχει βρεθεί ότι είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές για όσους ολοκληρώνουν τις θεραπείες.

Η παραπάνω θεραπεία, καθώς και πολλές άλλες αποτελεσματικές θεραπείες τραύματος, μοιράζονται πολλά κοινά χαρακτηριστικά και τα τρία πιο σημαντικά περιλαμβάνουν τη βελτίωση της ρύθμισης των συναισθημάτων, το νόημα των τραυματικών γεγονότων και την πανταχού παρούσα αλλά ισχυρή ψυχοεκπαίδευση. Το πλεονέκτημα της βελτίωσης της ρύθμισης των συναισθημάτων είναι ότι επιτρέπει στο άτομο να αισθάνεται ήρεμο, να συμμετέχει σε δραστηριότητα με στόχο και να αναπτύσσει καλύτερες σχέσεις και κοινωνικά δίκτυα.

Παρόλο που οι θεραπείες που εστιάζουν στο τραύμα μπορεί έμμεσα να βελτιώσουν τη ρύθμιση των συναισθημάτων, οι αλλαγές σε αυτόν τον τομέα είναι μεγαλύτερες, όταν πρακτικές που ενισχύουν άμεσα τη ρύθμιση συναισθημάτων (π.χ. κατάρτιση δεξιοτήτων) περιλαμβάνονται στη θεραπεία. Η επίτευξη νοήματος συνεπάγεται συνήθως προσαρμοστική επανεκτίμηση των πεποιθήσεων που προκαλούνται από τραύμα για τον εαυτό και τους άλλους που αποφέρει βελτίωση στον

αυτοσεβασμό, θέτει ένα πλαίσιο που υποστηρίζει μεγαλύτερη κοινωνική δέσμευση και παρέχει ελπίδα και αισιοδοξία για το μέλλον.

Η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κατάρτισης δεξιοτήτων και της δημιουργίας νοημάτων. Περιλαμβάνει επίσης τη μετάδοση βασικών πληροφοριών, όπως ότι το τραύμα είναι κοινό, τα αποτελέσματά του είναι καλά αναγνωρισμένα και υπάρχουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Η αναγνώριση της πραγματικότητας του τραύματος, του ψυχολογικού του αντίκτυπου και του προσδιορισμού της δυνατότητας ανάκαμψης παρέχει μια αίσθηση υποστήριξης και ελπίδας, γνωστούς παράγοντες για την ανάκαμψη και την προστασία από μελλοντικά τραύματα (Ulrich Schnyder et al., 2015).

3.1.2 Anke Ehlers (Γνωστική θεραπεία για PTSD)

Η Γνωστική Θεραπεία για PTSD περιλαμβάνει πέντε βασικές διαδικασίες θεραπείας. Πρώτον, ο θεραπευτής και ο ασθενής αναπτύσσουν συνεργατικά μία εξατομικευμένη διατύπωση περιπτώσεων η οποία χρησιμεύει ως πλαίσιο για τη θεραπεία.

Δεύτερον, η ενημέρωση των αναμνήσεων τραύματος είναι μια διαδικασία τριών βημάτων που περιλαμβάνει:

- πρόσβαση σε αναμνήσεις από τις χειρότερες στιγμές κατά τη διάρκεια του τραύματος και τις τρέχουσες απειλητικές σημασίες τους
- εντοπισμό πληροφοριών που ενημερώνει αυτές τις έννοιες (είτε πληροφορίες από πορεία συμβάντων κατά τη διάρκεια του τραύματος είτε από γνωστική αναδιάρθρωση και δοκιμή των προβλέψεων)
- σύνδεση των νέων σημασιών με τις χειρότερες στιγμές της μνήμης.

Τρίτον, η εκπαίδευση για διακρίσεις με σκανδάλη επαναπροσδιορισμού συνεπάγεται συστηματικό εντοπισμό ιδιοσυγκρατικών σκανδαλιστών (συχνά λεπτών αισθητηριακών ενδείξεων) και εκμάθησης διακρίσεων μεταξύ ΤΩΡΑ (ενδείξεις σε ένα νέο ασφαλές πλαίσιο) και ΤΕΛΟΥΣ (ένδειξη στην τραυματική κατάσταση).

Τέταρτον, η απόρριψη μη βοηθητικών συμπεριφορών και γνωστικών διαδικασιών. Συνήθως περιλαμβάνει πειράματα συμπεριφοράς όπου ο ασθενής πειραματίζεται με τη μείωση των μη βοηθητικών στρατηγικών, όπως η υπερβολική επαγρύπνηση για την απειλή, η καταστολή της σκέψης και οι υπερβολικές προφυλάξεις (συμπεριφορές ασφαλείας).

Πέμπτον, η ανάκτηση των καθηκόντων της ζωής έχει σχεδιαστεί για να αντιμετωπίσει τη διαρκή αλλαγή των ασθενών μετά από τραύμα και να περιλαμβάνει δραστηριότητες ανάκτησης ή ανοικοδόμησης των κοινωνικών επαφών. Η θεραπεία περιλαμβάνει στοιχεία των διαδικασιών που αναφέρονται στην εισαγωγή με εξαίρεση τη διδασκαλία στρατηγικών αντιμετώπισης για τη μείωση της διέγερσης και της ταλαιπωρίας όταν ενεργοποιείται μια μνήμη τραύματος. Αυτή δεν είναι μια διαδικασία ρουτίνας αλλά χρησιμοποιείται μόνο για ορισμένες παρουσιάσεις, ασθενείς με υψηλούς βαθμούς αποσύνδεσης (οι τεχνικές γείωσης βοηθούν τον ασθενή να γνωρίζει το «εδώ και τώρα») ή ασθενείς με υψηλούς βαθμούς θυμού (Ulrich Schnyder et al., 2015).

3.1.3 Thomas Elbert, Maggie Schauer και Frank Neunert (Θεραπεία αφηγηματικής έκθεσης)

Ο ασθενής κατασκευάζει χρονολογικά μια ιστορία ζωής. Η εν συναισθητική κατανόηση, η ενεργή ακρόαση, η σύμφωνη γνώμη και η άνευ όρων θετική θεώρηση αποτελούν βασικά στοιχεία της συμπεριφοράς του θεραπευτή. Για εμπειρίες τραυματικού στρες, ο θεραπευτής ζητά λεπτομερώς τις αισθητηριακές αναμνήσεις, τις γνώσεις, τα συναισθήματα και τις φυσιολογικές απαντήσεις. Ενώ αφηγείται, ο ασθενής ενθαρρύνεται να ξαναζήσει τραυματικές εμπειρίες με όλες τις διάφορες συναισθηματικές απαντήσεις, διατηρώντας ταυτόχρονα τη σύνδεση με το «εδώ και τώρα». Υπενθυμίζοντας στον ασθενή ότι τα τρέχοντα συναισθήματα και οι φυσιολογικές αντιδράσεις προκύπτουν από την ανάκληση των αναμνήσεων, ο θεραπευτής τις συνδέει με αυτοβιογραφικό πλαίσιο, δηλαδή με το πού και πότε συνέβη το συμβάν.

Η τεκμηριωμένη βιογραφία μαρτυρίας που προσφέρθηκε στον επιζών μετά από θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα σημαντικό κίνητρο για την ολοκλήρωση της θεραπείας, καθιστώντας σπάνια τα άτομα που την εγκαταλείπουν. Η αποτελεσματικότητα της έχει αποδειχθεί με αξιοσημείωτες βελτιώσεις στη συμπτωματολογία που σχετίζεται με το τραύμα, την ψυχοκοινωνική λειτουργία και τη σωματική υγεία (Schnyder et al., 2015).

3.1.4 Edna B. Foa (Θεραπεία παρατεταμένης έκθεσης)

Η Θεραπεία Παρατεταμένης Έκθεσης (PE) αποτελείται από τέσσερα συστατικά, δύο από τα οποία είναι βασικά.

Το πρώτο είναι η επανειλημμένη επανεξέταση και αρίθμηση ανατριχιαστικών αναμνήσεων τραυμάτων (φανταστική έκθεση) που αποφεύγονται επειδή προκαλούν πόνο και για πολλούς πάσχοντες από PTSD θεωρούνται ότι οδηγούν σε «απώλεια ελέγχου». Η φανταστική έκθεση ακολουθείται από 15-20 λεπτά επεξεργασίας (συζητώντας την εμπειρία της φανταστικής έκθεσης, αλλαγές στις αντιλήψεις που μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της εμπειρίας και άλλα συναφή συναισθήματα και αντιλήψεις). Οι συζητήσεις κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας εστιάζονται όχι μόνο στον φόβο και το άγχος, αλλά και στην ντροπή, την ενοχή και τον θυμό. Μια μελέτη αποσυναρμολόγησης έδειξε ότι η εξαίρεση της επεξεργασίας μετά την έκθεση από PE οδηγεί σε κατώτερα αποτελέσματα, υποδηλώνοντας ότι η διεξαγωγή επεξεργασίας είναι σημαντική.

Η δεύτερη κύρια συνιστώσα προσεγγίζει σταδιακά τις αποφευχθείσες, ασφαλείς καταστάσεις που σχετίζονται με τραύματα. Μελέτες αποσυναρμολόγησης δείχνουν ότι και τα δύο συστατικά συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα της PE. Η συμβολή της εκπαίδευσης και της αναπνοής παραμένει άγνωστη (Schnyder et al., 2015; Nappi et al., 2012; Tuerk et al., 2009).

3.1.5 Francine Shapiro (Θεραπεία EMDR)

Η θεραπεία απευαισθητοποίησης και επανεπεξεργασίας των ματιών (EMDR) είναι μια ολοκληρωμένη οκταφασική προσέγγιση που δίνει έμφαση στους ρόλους της μνήμης και του συστήματος επεξεργασίας πληροφοριών στην προέλευση και τη θεραπεία της ψυχοπαθολογίας. Θεωρείται ότι οι μη επεξεργασμένες αναμνήσεις των δυσμενών εμπειριών της ζωής, που περιλαμβάνουν τα συναισθήματα, τις πεποιθήσεις και τις φυσικές αισθήσεις που βιώθηκαν κατά τη στιγμή της εκδήλωσης, αποθηκεύονται ακατάλληλα στην επεισοδιακή μνήμη και βασίζονται στις τρέχουσες δυσλειτουργικές αντιδράσεις. Η επεξεργασία της εκδήλωσης EMDR διευκολύνει τις συνδέσεις με ενσωματωμένα δίκτυα σημασιολογικής μνήμης που παρέχουν διορθωτικές πληροφορίες, με αποτέλεσμα την εσωτερική παραγωγή πληροφοριών, αλλαγές στα κατάλληλα συναισθήματα και την εμφάνιση μιας συνεκτικής αφήγησης. Παρέχεται εκπαίδευση σχετικά με τη φύση της παθολογίας και συγκεκριμένες τεχνικές

αλλαγής επιπτώσεων για να διασφαλιστεί η αίσθηση της ενδυνάμωσης κατά τη διάρκεια και μεταξύ των συνεδριών. Οι πελάτες δεν καλούνται να περιγράψουν τη μνήμη λεπτομερώς, αλλά να επικεντρωθούν αρχικά σε μια εικόνα του συμβάντος, την τρέχουσα αρνητική πεποίθηση, και θέση των ενοχλητικών αισθήσεων (Schnyder et al., 2015).

3.1.6 Εικονική θεραπεία

Μία από τις τελευταίες εξελίξεις στη θεραπεία της PTSD περιλαμβάνει την "εικονική θεραπεία". Αυτή η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για προληπτικούς όσο και για θεραπευτικούς σκοπούς.

Μέσα σε αυτήν τη θεραπευτική διαδικασία, οι στρατιώτες εκτίθενται σε σενάρια με κινούμενα σχέδια στον υπολογιστή που βρίσκονται στην περιοχή ανάπτυξης. Αυτά τα κινούμενα σχέδια μιμούνται ρεαλιστικές καταστάσεις που μπορεί να βιώσουν οι στρατιώτες στο πεδίο και τους επιτρέπουν να εκπαιδεύσουν τις απαντήσεις τους ή να αναζωογονήσουν τις αναμνήσεις τους. Οι αρχικές μελέτες με βετεράνους του Βιετνάμ ήταν ευοίωνες.

Μελέτες περιπτώσεων παρουσιάζουν προκαταρκτικά αποτελέσματα της προληπτικής χρήσης της θεραπείας έκθεσης εικονικής πραγματικότητας (VRE) για τη θεραπεία βετεράνων της Ιρακινής Ελευθερίας που πάσχουν από PTSD («εικονικό Ιράκ»). Η απόκριση σε απρόβλεπτες απειλές, η επιβίωση σοβαρού τραυματισμού και η διατήρηση μιας σταθερής επαγρύπνησης, βρέθηκαν να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της PTSD. Επομένως, έγκαιρες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις, όπως το VRE, πρέπει να αναπτυχθούν και να εισαχθούν κατάλληλα στο στρατιωτικό προσωπικό. Οι βετεράνοι, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε σύντομη θεραπεία με VRE, ανέφεραν βελτιωμένα συμπτώματα PTSD και μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας μετά τη θεραπεία (σε σύγκριση με τις αναφορές προ της θεραπείας) (Αλεβίζος, 2008).

3.1.7 Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο τρόπους.

Κατά τον πρώτο, ο ασθενής καλείται να κάνει αναδρομή στο συμβάν που του προκάλεσε το τραύμα, και να βιώσει τα συναισθήματα που θα πυροδοτηθούν την

στιγμή εκείνη. Η αναδρομή επαναλαμβάνεται μέχρι η αναβίωση να μη προκαλεί στο άτομο έντονη καταπόνηση.

Ο δεύτερος τρόπος περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του τραύματος μέσω της φυσικής παρουσίας του ατόμου, στον χώρο του τραυματικού γεγονότος. Για παράδειγμα, αν το άτομο βίωσε μια τραυματική εμπειρία την στιγμή ενός αυτοκινητιστικού ατυχήματος, καλείται μέσω της θεραπείας να βρεθεί στο σημείο εκείνο που συνέβη το γεγονός. Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς εξοικειώνονται με τις συνθήκες του τραύματος και σταματούν να θεωρούν ως πιθανό το ενδεχόμενο ότι θα ξανασυμβεί κάθε φορά που παρευρίσκονται στο σημείο του συμβάντος.

Η θεραπεία θεωρείται ψυχοφθόρα τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεραπευτή, καθώς υπάρχει έντονη συναισθηματική φόρτιση λόγω της έμμεσης ή άμεσης επαφής με το συμβάν. Δε θεωρείται κατάλληλη σε ασθενείς που ήταν δράστες ενός γεγονότος ή σε ασθενείς επιζώντες από περίπλοκα τραυματικά γεγονότα όπως οι πόλεμοι ή τα βασανιστήρια (Celter et al. 2007).

3.1.8 Γνωσιακή ψυχοθεραπεία

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία καθιστά το άτομο ικανό να μπορεί να αξιολογήσει ξανά το τραυματικό γεγονός προσφέροντας του παράλληλα την δυνατότητα να διαχειριστεί στρεσογόνες και πιεστικές καταστάσεις, μέσω της αναδόμησης των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων των ασθενών για το τραύμα. (Celter et al., 2007)

3.1.9 Συμβουλευτική θεραπεία (έλεγχος άγχους)

Στόχος της θεραπείας είναι να μπορεί ο ασθενής να ελέγχει το έντονο άγχος, μέσω ασκήσεων χαλάρωσης και διακοπής των μη επιθυμητών σκέψεων καθώς και μέσω ασκήσεων αισιοδοξίας και θετικής σκέψης. Η θεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική από την θεραπεία της έκθεσης αλλά και την γνωσιακή θεραπεία (Celter et al. 2007).

3.1.10 Μη ειδικές ή συνδυασμένες θεραπείες

Διάφορες προσεγγίσεις, όπως ομαδική θεραπεία, παρατεταμένη έκθεση σε απειλητικά περιβάλλοντα (για τον καθαρισμό επώδυνων συναισθημάτων), θεραπεία γνωστικής επεξεργασίας και μη παραδοσιακές θεραπείες, όπως ο βελονισμός και η ύπνωση, έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της PTSD. Έχει τεκμηριωθεί κάποια

επιστημονική υποστήριξη της αποτελεσματικότητας αυτών των προσεγγίσεων (Αλεβίζος, 2008).

3.2 Φαρμακευτική θεραπεία

Το PTSD χαρακτηρίζεται από μια σειρά νευροβιολογικών διαταραχών που μπορεί να ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στον άξονα του υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, καθώς και μεταβολές στα συστήματα σεροτονεργικών και νοραδρενεργικών νευροδιαβιβαστών.

Αντιστρόφως, αναφορές για την αποτελεσματικότητα των επιλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), στη θεραπεία της PTSD συνεπάγονται συμμετοχή του συστήματος σεροτονίνης στην αιτιολογία του.

Πράγματι, με βάση τόσο ανοιχτές όσο και ελεγχόμενες δοκιμές αυτών των παραγόντων, η πλειονότητα των κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής έχουν συστήσει SSRIs ως παράγοντες πρώτης γραμμής στη θεραπεία της PTSD. Η SSRIs παροξετίνη και σερτραλίνη είναι σήμερα τα μόνα φάρμακα εγκεκριμένα από την Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Φαρμάκων (FDA) στις ΗΠΑ και τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) για τη θεραπεία της PTSD (Jonathan C. Ipser, 2012).

3.2.1 Φάρμακα Πρώτης Επιλογής

Οι φαρμακευτικές θεραπείες πρώτης επιλογής για το PTSD δρουν κυρίως στο σεροτονινεργικό και, σε μικρότερη έκταση, στο νοραδρενεργικό σύστημα. Είναι:

- Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης: Οι SSRI's (σερταλίνη, φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη) έχουν αποτελεσματική δράση για την αντιμετώπιση της ΔΜΣ καθώς αναστέλλουν συμπτώματα όπως αποφυγή, μούδιασμα και υπερδιέγερσης (Celter et al., 2007).
- Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης: Οι SNRI's (Βενλαφαξίνη, Δεσβενλαφαξίνη, Δουλοξετίνη, Μιλνασιπράνη) (Celter et al., 2007).

3.2.2 Φάρμακα Δεύτερης Επιλογής

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ: Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Αμιτριπτυλίνη, Ιμιπραμίνη, Δεσιπραμίνη, Νορτριπτυλίνη) που χρησιμοποιούνται για την μείωση των συμπτωμάτων, έχουν επιδείξει μέτρια αποτελεσματικότητα καθώς έχουν διάφορους ανεπιθύμητους μηχανισμούς. Έχουν κάποια αποτελεσματικότητα σε λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις μετατραυματικής διαταραχής (Celtner et al., 2007).

BENZODIAZEPINES: Τα συμπτώματα που καταστέλλονται με την χρήση των βενζοδιαζεπινών (Αλπραζολάμη, Κλοναζεπάμη, Διαζεπάμη, Λοραζεπάμη) είναι το άγχος, η αϋπνία και η υπερδιέγερση. Όπως με κάθε χρήση φαρμακευτικών ουσιών, η χορήγηση τους απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή (Celtner et al., 2007).

Γενικά, υποστηρίζεται ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και χρήσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, είναι ο πιο κατάλληλος τρόπος για την αντιμετώπιση της PTSD.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

4.1 Η κατάσταση της Μετατραυματικής ανάπτυξης

Η μετατραυματική ανάπτυξη είναι ένα εργαλείο για την αξιολόγηση των θετικών αποτελεσμάτων που αναφέρονται από άτομα που έχουν εμπειρία από τραυματικά γεγονότα. Υπάρχουν συντριπτικά στοιχεία ότι τα τραυματικά γεγονότα δημιουργούν πολλές αρνητικές φυσικές και ψυχολογικές συνέπειες. Ενώ οι ερευνητές έχουν μελετήσει εκτενώς τις αρνητικές συνέπειες του τραύματος, έχουν δώσει λιγότερη προσοχή στην πιθανότητα ύπαρξης θετικών επιπτώσεων στα αρνητικά γεγονότα. Ωστόσο, υπάρχει ένα σώμα της βιβλιογραφίας που υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι που έχουν εκτεθεί σε τραυματικά γεγονότα μπορούν να αντιληφθούν τουλάχιστον μερικές καλές αναδύμενες συνέπειες από τον αγώνα τους, όπως μετά από αιμομιξία, πένθος, ολοκαύτωμα, καρδιακή προσβολή, καρκίνο, πόλεμο, καταστροφές (Collins et al., 1990).

Τουλάχιστον τρεις μεγάλες κατηγορίες από αναμενόμενες συνέπειες έχουν εντοπιστεί:

- Αλλαγές στην αυτοαντίληψη, αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις και αλλαγές στη φιλοσοφία ζωής.
- Αντιληπτές αλλαγές στον εαυτό
- Μια κατηγορία από οφέλη που αναφέρονται από άτομα που έχουν αντιμετωπίσει τραυματικά γεγονότα, είναι η θετική αλλαγή στην αντίληψη του εαυτού τους.

Ο Affleck και οι συνεργάτες του (1985), αναφέρουν ότι οι γονείς παιδιών με ασθένεια ή υψηλό κίνδυνο δηλώνουν ότι η «συναισθηματική ανάπτυξη» ήταν μια θετική έκβαση για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες τους.

Οι Andreasen and Norris (1972) αναφέρουν ότι ορισμένοι ασθενείς με έγκλημα δηλώνουν ότι η αιτία που είχαν εκλάβει το τραύμα τους, τους έκανε καλύτερους ανθρώπους. Το 83% των ανθρώπων που επέζησαν από ναυάγιο σε ένα κρουαζιερόπλοιο αισθάνθηκαν περισσότερο έμπειροι από τη ζωή τους (Joseph et al., 1993).

Ο Collins και οι συνεργάτες του (1990) βρήκαν ότι η πιο συχνή αλλαγή που αναφέρθηκε από ασθενείς με καρκίνο, ήταν ότι ένιωσαν πιο δυνατοί και με περισσότερη αυτοπεποίθηση. Αυτό δείχνει ότι οι άνθρωποι ζώντας με το τραύμα, εφοδιάζονται με πολλές πληροφορίες σχετικά με την αυτοδυναμία, που επηρεάζει όχι μόνο την αξιολόγηση των ικανοτήτων σε δύσκολες καταστάσεις, αλλά και την δυνατότητα του καθενός να επιλέξει να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες με έναν δυναμικό τρόπο. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν ένα τραυματικό γεγονός συχνά οδηγούνται στο συμπέρασμα ότι είναι δυνατότεροι κι ότι έχουν αποκτήσει αυτοπεποίθηση, η οποία μπορεί να γενικευτεί σε όλους τους τύπους των καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων και μελλοντικών τραυμάτων (Joseph et al., 1993).

4.2 Αλλαγή αίσθησης στις σχέσεις με τους άλλους

Ο Affleck και οι συνεργάτες του (1985), περιέγραψαν τις αντιδράσεις των μητέρων των οποίων τα νεογνά υποβλήθηκαν σε θεραπεία, εξαιτίας σοβαρού περιγεννητικού ιατρικού προβλήματος, σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Περίπου το 60% των μητέρων του δείγματος ανέφεραν ορισμένα αντιληπτά οφέλη, το 20% αναφέρουν οφέλη συμπεριλαμβανομένων των στενότερων οικογενειακών σχέσεων, την συναισθηματική ανάπτυξη, και μια εκτίμηση για το πόσο πολύτιμο είναι το παιδί. Οι Malinak, Hoyt & Patterson (1979) βρήκαν παρόμοιες αντιδράσεις σε ενήλικες που έχουν χάσει τον ένα γονέα τα προηγούμενα δύο χρόνια. Περίπου τα μισά από αυτά τα άτομα αναφέρουν εμβάθυνση στις σχέσεις τους με τους άλλους, καθώς συνειδητοποιούν πόσο σημαντικές είναι αυτές οι σχέσεις, και πόσο γρήγορα μπορούν αυτές να χαθούν.

Όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με τραυματικά γεγονότα, η συνεχιζόμενη ανάγκη για συζήτηση για τις συνέπειες αυτού του γεγονότος μπορεί να τους οδηγήσει στο να έχουν μεγαλύτερη αυτοαποκάλυψη απ' ότι πριν το τραυματικό γεγονός. Παρ' ότι οι αντιδράσεις των ανθρώπων στο δίκτυο υποστήριξης ποικίλλουν, η αυτοαποκάλυψη μπορεί να δώσει μια νέα ευκαιρία να δοκιμάσουν νέες συμπεριφορές, που μπορεί στη συνέχεια να οδηγήσουν σε πιο ενδεδειγμένα άτομα για υποστήριξη. Η αναγνώριση της ευπάθειας του καθενός μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη συναισθηματική εκφραστικότητα, προθυμία να δεχτεί βοήθεια, και, ως εκ τούτου, αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης, η οποία μέχρι τώρα είχε αγνοηθεί (Joseph et al., 1993).

4.3 Αλλαγή Φιλοσοφίας Ζωής

Η αλλαγή στην φιλοσοφία ζωής, είναι ένα άλλο όφελος που αναφέρεται από πολλούς ερωτώμενους που αντιμετωπίζουν τραύμα. Οι Malinak και οι συνεργάτες του (1979) αναφέρουν ότι ορισμένοι πενθούντες δηλώνουν μια αύξηση εκτίμησης του εαυτού τους και της ύπαρξής τους.

Επίσης οι Affleck, Tennen, και Gershman (1985) αναφέρουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής στην αναφορά τους στο 23% των μητέρων με άρρωστα νεογνά. Ο Teylor, Lichtman & Wood (1984) βρήκαν ότι γυναίκες που είχαν οδηγηθεί σε αλλαγή από τότε που ανακάλυψαν ότι πάσχουν από καρκίνο, το 60% αναφέρουν θετικές αλλαγές στις προτεραιότητές τους, ώστε να αντιλαμβάνονται τη ζωή τους πιο εύκολη και πιο απολαυστική. Το 94% των διασωθέντων από ναυάγιο δήλωσαν ότι πια δε θεωρούν τη ζωή τους δεδομένη, και το 79% αναφέρει ότι τώρα ζουν κάθε μέρα στο έπακρο (Joseph et al., 1993).

Ενώ για μερικούς οι πνευματικές πεποιθήσεις μπορεί να έχουν αποδυναμωθεί προσωρινά από την τραγωδία και άλλοι μπορεί να γίνουν κυνικοί και λιγότερο θρήσκοι, ο αγώνας για να κατανοηθεί το τραύμα μπορεί να οδηγήσει τελικά πολλούς στην ενίσχυση των πεποιθήσεών τους (Andrykowski, 1992).

Ο Pargament και οι συνεργάτες του (1990) επισημαίνουν ότι η ενίσχυση των θρησκευτικών πεποιθήσεων μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αίσθησης του ελέγχου, της οικειότητας και της ανεύρεσης νοήματος. Αναγνωρίζοντας το νήμα στο μέσο του τραύματος και τα επακόλουθά του, μπορεί να επιτρέψει στους ανθρώπους να βιώσουν συναισθηματική ανακούφιση και να οδηγηθούν σε μια νέα φιλοσοφία ζωής που αλλάζει τις βασικές παραδοχές που έχουν οι άνθρωποι για τη ζωή και για το νόημα που αυτή έχει (Janoff, 1992).

4.4 Στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον όπου ανήκει το άτομο. Η ύπαρξη επαρκούς στήριξης και συναισθηματικής φροντίδας, βοηθούν στην ελάττωση του στρες και στην αύξηση της ικανότητας επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος από το άτομο. Οι συνθήκες αυτές είναι ικανές να μειώσουν τις πιθανότητες ανάπτυξης της Διαταραχής (Αλεβίζος, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχική υγεία

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής (International Council of Nurses – ICN) αποδίδει περιεκτικά στον ορισμό της νοσηλευτικής τον πολυδιάστατο ρόλο του νοσηλευτή. «Η Νοσηλευτική είναι η επιστήμη υγείας η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας. Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων, των αναπήρων και των ατόμων στο τελικό στάδιο της ζωής τους ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα φροντίδας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα, κέντρο υγείας, κοινότητα, σπίτι, χώρος εργασίας, σχολείο). Οι νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο, με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας. Η νοσηλευτική υπηρεσία εκτείνεται από την προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας μέχρι τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και έως τη συμμετοχή σε προγράμματα βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Επίσης, έχει την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στους πολίτες». Η συνηγορία, η προαγωγή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, η διαχείριση συστημάτων υγείας και η εκπαίδευση των ασθενών αποτελούν καίριους ρόλους των νοσηλευτών.

Η φροντίδα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι πολυδιάστατη και προσφέρεται με εξειδικευμένες παρεμβάσεις ώστε να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών που βιώνουν κάποια ψυχική διαταραχή. Οι κυριότερες παρεμβάσεις είναι :

- Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με στόχο την γρήγορη ανάρρωση και τον περιορισμό των επιπτώσεων της ψυχικής υγείας.
- Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας για την διαχείριση των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας, καθώς και της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής.
- Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την εμφάνιση μιας χρόνιας νόσου,

αλλά και να αναπτύξουν εναλλακτικούς τρόπους διαβίωσης με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του.

- Η συνεργασία και η οικοδόμηση σχέσεων με τους κοινοτικούς φορείς για την προώθηση των δραστηριοτήτων με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο φαινόμενο της Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με PTSD έχουν στόχο τη μείωση του άγχους, την ανάπτυξη ικανότητας αναγνώρισης και πρόληψης του άγχους, την κατανόηση της σύνδεσης μεταξύ άγχους και σωματικών συμπτωμάτων, την αποτελεσματική εφαρμογή των μηχανισμών άμυνας, τη λεκτική έκφραση των συναισθημάτων και την αναγνώριση των στρεσογόνων καταστάσεων.

Το βραχυπρόθεσμο επιθυμητό αποτέλεσμα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι ο ασθενής να ελέγχει την απόκριση του σε στρεσογόνες καταστάσεις που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός. Για το σχεδιασμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ο/η νοσηλευτής/τρια πρέπει να υπολογίζει πάντα στα επιμέρους στοιχεία που αναδεικνύουν τη σχέση του ατόμου με το γεγονός, στη βαθύτερη ανάγκη του ατόμου να αποδώσει νόημα στο γεγονός, ώστε να το εντάξει στο αξιολογικό του σύστημα, να παρέχει πάντα υποστηρικτική βοήθεια, η οποία προσφέρει ασφάλεια, και να επιδιώκει την εφαρμογή αποτελεσματικών τεχνικών αντιμετώπισης, οι οποίες θα επιφέρουν ουσιαστική αλλαγή.

Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής/νοσηλεύτρια, θα πρέπει αρχικά να καθορίσει ποια ήταν η εμπλοκή του ατόμου στο τραυματικό γεγονός που βίωσε (επιζώντας, μέλος ομάδας διάσωσης, συγγενής ή πρόσωπο αναφοράς κ.α.). Αυτό είναι πολύ σημαντικό καθώς θα μπορέσει να κατανοήσει λίγο καλύτερα τα συναισθήματα του ασθενή. Επιπλέον, σημαντική είναι η αξιολόγηση των προσωπικών απόψεων του ατόμου για το γεγονός αλλά και η εκτίμηση της παρούσας κατάστασης του ασθενή (συνθήκες διαβίωσης κ.α.), των σημαντικών επιδράσεων στον ίδιο (νυχτερινοί εφιάλτες, απομάκρυνση από την οικογένεια κ.α.) και προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με το γεγονός μαζί με τις τεχνικές αντιμετώπισης που είχε χρησιμοποιήσει για να την βγάλει εις πέρας.

Ακόμα ο νοσηλευτής κρίνεται αναγκαίο να εντοπίσει τις δυνάμεις και τις αδυναμίες του ατόμου επί του θέματός, με την συμμετοχή του, καθώς και να εκτιμήσει

τις τωρινές τεχνικές αντιμετώπισης που έχει κινητοποιήσει το άτομο. Ταυτόχρονα είναι σωστό να αποδώσει νόημα στις τεχνικές αυτές. Θα πρέπει, επίσης, να εξακριβωθεί το αίσθημα υπευθυνότητας που νιώθει το άτομο έναντι στο γεγονός (μέσα από τα λόγια του) και το υποστηρικτικό δίκτυο που διαθέτει.

Για να θεωρηθεί μία νοσηλευτική παρέμβαση επιτυχημένη δεν μπορούν να λείπουν οι παροτρύνσεις και οι συμβουλές του νοσηλευτή προς τον ασθενή. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να τον ενθαρρύνει να εκφράζει τα συναισθήματά του, να παρέχει βοήθεια με σκοπό την υιοθέτηση τεχνικών διαχείρισης του στρες, να τον διδάξει σχετικά με την αποτελεσματικότητα των τεχνικών αντιμετώπισης, και για τα συμπτώματα που θα αντιμετωπίσει με την διαταραχή αυτή. Τέλος, καλό θα ήταν να του προτείνει ομάδες υποστήριξης στις οποίες θα μπορούσε να συμμετάσχει, να τον βοηθήσει στην διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος καθώς και να εξασφαλίσει την φαρμακευτική του αγωγή.

Κρίνεται αναγκαίο να τονίσουμε, ότι η στάση του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή είναι η σημαντικότερη από όλα. Θα πρέπει να είναι υποστηρικτική, να δείχνει κατανόηση και να προσπαθεί να τον ανακουφίζει (Κουκιά, 2014).

5.3 Η δυναμική πλευρά της σχέσης του νοσηλευτή με τον ασθενή

Το ψυχολογικό τραύμα μπορεί να δυσχεράνει την σχέση νοσηλευτή-ασθενή μέσω διαφόρων παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν είτε περιπτώσεις όπου οι νοσηλευτές μπορούν να δημιουργήσουν ή να επαναφέρουν κάποιο ψυχολογικό τραύμα, είτε περιπτώσεις όπου ο νοσηλευτής μπορεί άμεσα ή έμμεσα να επηρεαστεί σε αρνητικό βαθμό από τον ασθενή. Έτσι λοιπόν το ψυχολογικό τραύμα και η θεραπεία του αποτελεί μια δυναμική σχέση, η οποία καταλήγει σε αρκετές περιπτώσεις να ξεπεράσει το απλό μοντέλο σχέσης νοσηλευτή-ασθενή. Με την έννοια δυναμική σχέση εννοείται « η κατάσταση η οποία απαιτεί συνεχώς αναπροσαρμογή της συμπεριφοράς και της προσέγγισης από την πλευρά του νοσηλευτή, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τον τρόπο αντίδρασης του ασθενούς». Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να είναι ενήμεροι για τον κίνδυνο ξανατραυματισμένου του ασθενούς και να είναι προσεκτικοί για τυχόν συμπεριφορές που μπορούν να πυροδοτήσουν και να επαναφέρουν τραυματικές εμπειρίες στον ασθενή (Stokes et al., 2017).

Το ψυχολογικό τραύμα μπορεί να επηρεάσει τους νοσηλευτές και αυτό μπορεί να συμβεί με δύο διαφορετικούς τρόπους: έναν άμεσο τρόπο όπου ο ασθενής μπορεί να πλήξει τον νοσηλευτή μέσω των πράξεων του, και έναν έμμεσο, όπου οι νοσηλευτές επηρεάζονται και βιώνουν ψυχικά τον πόνο του ασθενή, μέσω της ακρόασης των γεγονότων. Όπως χαρακτηριστικά έχουν αναφέρει κάποιοι από τους πλέον έμπειρους νοσηλευτές που έχουν αντιμετωπίσει επί χρόνια περιστατικά ψυχικής υγείας, προσπαθούν να υψώνουν τον δικό τους προστατευτικό τοίχο ώστε να μην αισθάνονται συνδεδεμένοι με τον ασθενή και την οικογένεια του, και με αυτό τον τρόπο νιώθουν λιγότερο ευάλωτοι. Προκειμένου να προστατέψουν τους εαυτούς τους, αναπτύσσουν συγκεκριμένες στρατηγικές προστασίας τις οποίες εφαρμόζουν στην πράξη. Το βασικό "εργαλείο" που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές στην δουλειά τους είναι ο ίδιος ο εαυτός τους, οπότε νιώθουν την ανάγκη να αναπτύξουν στρατηγικές ώστε να προστατέψουν αυτό το "εργαλείο". Οι στρατηγικές αυτές βασίζονται πρωτίστως στην αναγνώριση από τους ίδιους τους νοσηλευτές των δυνάμεων και των αδυναμιών τους και γενικότερα στην βέλτιστη αντίληψη του εαυτού τους (Stokes et al., 2017).

5.4 Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή

Η νοσηλευτική ως επιστήμη της υγειονομικής περίθαλψης εστιάζεται στην εξυπηρέτηση των αναγκών του ανθρώπου. Η πρακτική της απαιτεί όχι μόνο επιστημονικές γνώσεις, αλλά και διαπροσωπικές, πνευματικές και τεχνικές ικανότητες και δεξιότητες. Αυτό σημαίνει μια σύνθεση της γνώσης, της κλινικής εργασίας και της διαπροσωπικής επικοινωνίας. Η επικοινωνία αποτελεί ζωτικό στοιχείο της νοσηλευτικής σε όλους τους τομείς δραστηριότητας και σε όλες τις παρεμβάσεις της όπως στην πρόληψη, στην θεραπεία, στην αποκατάσταση, στην εκπαίδευση και στην προαγωγή της υγείας (Kourkouta et al., 2014).

Ως επικοινωνία ορίζεται η « ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων και συναισθημάτων μεταξύ των ανθρώπων που χρησιμοποιούν ομιλία ή άλλα μέσα». Πρόκειται για μια αμφίδρομη διαδικασία. Ο ασθενής μεταφέρει τους φόβους, τις ανησυχίες και τις απορίες του στον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής παράλληλα λαμβάνει τις πληροφορίες και με τη σειρά του μεταδίδει άλλες πληροφορίες στον ασθενή ως προς τη φύση της νόσου, τη θεραπεία και το σχέδιο αποκατάστασης για την προαγωγή της υγείας (Kourkouta et al., 2014).

Η επικοινωνία έχει κεντρική θέση στην ζωή του ανθρώπου και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλα τα θέματα υγείας και κυρίως της ψυχικής υγείας (Kourkouta et al., 2014).

Τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής επικοινωνίας

Η Hildegard Peplau, μία από τους κορυφαίους νοσηλευτές και θεωρητικούς του κόσμου, γνωστή ως «νοσοκόμα του αιώνα», περιέγραψε πρώτη την σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή το 1952 (Pora-Velea et al., 2014).

Η έννοια της θεραπευτικής επικοινωνίας αναφέρεται στην διαδικασία κατά την οποία ο νοσηλευτής επηρεάζει συνειδητά έναν ασθενή ή τον βοηθά στην καλύτερη κατανόηση μέσω λεκτικής ή μη λεκτικής επικοινωνίας. Η θεραπευτική επικοινωνία περιλαμβάνει την χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών που ενθαρρύνουν τον ασθενή να εκφράζει συναισθήματα και ιδέες, και που μεταδίδουν την αποδοχή και τον σεβασμό. Η επικοινωνία είναι το μέσο που ξεκινά, επεξεργάζεται και τελειώνει τη σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή.

Θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενούς

Σύμφωνα με την θεραπεία της Peplau, η νοσηλευτική ορίζεται ως «μία θεραπευτική διαδικασία μεταξύ του νοσηλευτή και των ασθενών». Η Peplau υποστήριξε ότι οι σχέσεις μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή πρέπει να περάσουν από τέσσερις φάσεις για να είναι επιτυχείς (Hagerty et al., 2017).

Οι τέσσερις φάσεις της θεραπευτικής σχέσης είναι οι εξής:

Ο πρώτος ρόλος κατά τη διάρκεια της φάσης προσανατολισμού είναι αυτός του «ξένου». Αρχικά, οι νοσηλευτές πρέπει να χαιρετήσουν τους ασθενείς με σεβασμό και θετικό ενδιαφέρον όπως αρμόζει να γίνεται στην πρώτη συνάντηση με έναν άνθρωπο. Οι ασθενείς και ο νοσηλευτής περνούν γρήγορα σε αυτή τη φάση και ο νοσηλευτής πρέπει να συνεχίσει να εμφανίζει ευγένεια και σεβασμό σε όλες τις τρεις φάσεις. Οι ασθενείς συνειδητοποιούν ότι χρειάζονται βοήθεια και προσπαθούν να προσαρμοστούν στις τρέχουσες (και συχνά νέες) εμπειρίες τους.

Η επόμενη φάση είναι η φάση εργασίας κατά την οποία ο νοσηλευτής αξιολογεί τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας και όταν συμβάλλουν στο θεραπευτικό σχέδιο περίθαλψης. Ο ρόλος του νοσηλευτή γίνεται πιο οικείος στους ασθενείς, οι οποίοι αρχίζουν να δέχονται τον νοσηλευτή ως εκπαιδευτή υγείας και σύμβουλο. Επίσης, ο νοσηλευτής ασκεί «ακουστική ακρόαση» για να

διευκολύνει την αυξημένη ευαισθητοποίηση των ασθενών σχετικά με τα συναισθήματά τους.

Στη φάση εκμετάλλευσης, ο ασθενής χρησιμοποιεί όλες τις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα που βιώνει.

Η τελική φάση είναι η φάση τερματισμού, η οποία συνηθέστερα θεωρείται ως σχεδιασμός απαλλαγής. Ο ασθενής δεν χρειάζεται πια τις επαγγελματικές υπηρεσίες, παύει να είναι ένα εξαρτώμενο άτομο και αισθάνεται δυνατός και αυτόνομος. Οι νοσηλευτές διδάσκουν στους ασθενείς τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την ανάρρωση στο σπίτι, και σηματοδοτείται το τέλος της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς.

Θεραπευτική Επικοινωνία και Δεξιότητες Νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει το ρόλο του στη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσει με τον ασθενή με αγχώδεις διαταραχές. Οι πρωτογενείς ρόλοι του νοσηλευτή είναι οι εξής, σύμφωνα με την Replau (Hagerty et al., 2017).

Ο ξένος : ο νοσηλευτής προσφέρει την ίδια θετική αποδοχή, τον σεβασμό και το θετικό ενδιαφέρον που θα προσέφερε σε οποιονδήποτε άλλο άνθρωπο που συναντάει για πρώτη φορά.

Το άτομο με τους πόρους: ο νοσηλευτής προσπαθεί να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα των ασθενών σχετικά με την πορεία της νόσου και την θεραπεία.

Ο δάσκαλος: ο νοσηλευτής επιχειρεί να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή για την διαταραχή του και θεραπεία που πρόκειται να ακολουθήσει.

Ο ηγέτης: ο νοσηλευτής προσφέρει στον ασθενή την κατάλληλη κατεύθυνση μέσω της συνεργασίας και προσπαθεί να εκπληρώσει τις ανάγκες του ασθενή.

Ο αναπληρωτής: ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να εντοπίσει ομοιότητες και διαφορές μεταξύ τους, γεγονός που βοηθάει στην στον προσδιορισμό της εξάρτησης ή της ανεξαρτησίας του ασθενή.

Ο σύμβουλος : ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον ασθενή πριν την έναρξη αλλά και καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας του για πιθανόν επιπλοκές ή για προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής.

Με βάση τα ανωτέρω αναφερόμενα χαρακτηριστικά, για να επιτευχθεί μία θεραπευτική επικοινωνία πρέπει ο νοσηλευτής να κατέχει ορισμένες δεξιότητες (Fong et al., 2010).

Ενσυναίσθηση

Η ενσυναίσθηση ορίζεται ως « η ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων των ανθρώπων, η οποία περιλαμβάνει τη συναισθηματική, γνωστική, επικοινωνιακή και ηθική διάσταση» (Kahriman et al., 2016).

Είναι ένας κεντρικός παράγοντας σε μια θεραπευτική σχέση, καθώς δίνει τη δυνατότητα στον νοσηλευτή να παραμείνει αντικειμενικός, ενώ ταυτόχρονα ακούει ενεργά την ανησυχία του ασθενούς και παρέχει μια εμφατική ανταπόκριση στον ασθενή. Η ενσυναίσθηση επιτρέπει στον νοσηλευτή να συμμετέχει στον κόσμο του ασθενούς, τον βοηθά στη διαδικασία φροντίδας και διευκολύνει τον ασθενή να γνωστοποιήσει την ψυχική του κατάσταση. Επίσης, η ενσυναίσθηση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και τη μείωση των επιπέδων άγχους, ενώ παράλληλα χρησιμεύει και ως αποκατάσταση σε πιθανά ψυχολογικά και υγειονομικά προβλήματα που υπάρχουν μεταξύ των νοσηλευτών (Kahriman et al., 2016).

Κατάλληλη γνώση

Η κατάλληλη γνώση και η ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων θεωρούνται κρίσιμες πτυχές της σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει στους ασθενείς στρατηγικές ώστε να μπορούν να εντοπίζουν, να κατανοούν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους (Salzmann Erikson et al., 2017).

Εμπιστοσύνη

Η δημιουργία εμπιστοσύνης χρησιμεύει ως θεμέλιο της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή και είναι ζωτικής σημασίας καθώς μειώνει το άγχος του ασθενούς και του επιτρέπει να αποκτήσει ένα αίσθημα ελέγχου. Χωρίς εμπιστοσύνη δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ασθενών. Η εμπιστοσύνη αναπτύσσεται όταν ο ασθενής είναι σίγουρος στον νοσηλευτή και όταν η παρουσία του μεταφέρει ακεραιότητα και αξιοπιστία.

Επιπλέον, η εμπιστοσύνη αναπτύσσεται όταν ο ασθενής πιστεύει ότι ο νοσηλευτής θα είναι συνεπής με τα λόγια και τις ενέργειές του και μπορεί να επικαλεστεί για να κάνει ό, τι λέει. Ορισμένες συμπεριφορές που ο νοσηλευτής μπορεί να παρουσιάσει για να βοηθήσει στην οικοδόμηση της εμπιστοσύνης του ασθενή συμπεριλαμβάνει τη φροντίδα, το ενδιαφέρον, την κατανόηση, τη συνέπεια, την ειλικρίνεια, την τήρηση υποσχέσεων και την ακρόαση του πελάτη. Μια φροντίδα θεραπευτικής σχέσης του νοσηλευτή-ασθενή καθιστά δυνατή την ανάπτυξη εμπιστοσύνης ώστε ο ασθενής να μπορεί να δεχτεί την βοήθεια που του προσφέρεται. Η εμπιστοσύνη διαβρώνεται όταν ένας πελάτης βλέπει ασυνέπεια μεταξύ των πράξεων και των υποσχέσεων του νοσηλευτή. Οι ασυνεπείς ή ασυμβίβαστες συμπεριφορές περιλαμβάνουν τη λήψη προφορικών δεσμεύσεων και τη μη τήρηση αυτών (Salzmann-Erikson et al., 2017).

Από την άλλη μεριά, και οι ίδιοι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν προβλήματα για την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης. Η συνεργασία με ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα, οι οποίοι αντιμετωπίζουν μερικά από τα συμπτώματα της διαταραχής, όπως η παράνοια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και άγχος, μπορεί να κάνουν δύσκολη την εμπιστοσύνη. Για παράδειγμα, ένας πελάτης με κατάθλιψη έχει λίγη ψυχική ενέργεια για να ακούσει ή να κατανοήσει τι λέει ο νοσηλευτής. Ομοίως, ένας πελάτης με διαταραχή πανικού μπορεί να είναι πολύ ανήσυχος ώστε να μην μπορεί να επικεντρωθεί στην επικοινωνία με τον νοσηλευτή. Παρόλο που οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές συχνά δίνουν ασυμβίβαστα μηνύματα εξαιτίας της ασθένειάς τους, ο νοσηλευτής πρέπει να συνεχίσει να παρέχει συνεπή και συναφή μηνύματα, για να διατηρήσει αυτή την θεραπευτική σχέση μεταξύ τους. (Salzmann-Erikson et al., 2017).

Θετική άποψη

Ο νοσηλευτής που εκτιμά τον ασθενή ως έναν μοναδικό άνθρωπο, μπορεί να τον σεβαστεί ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά, το υπόβαθρο ή τον τρόπο ζωής του. Αυτή η άνευ όρων αμετακίνητη στάση είναι γνωστή ως «θετική άποψη» και συνεπάγεται με τον σεβασμό. Η κλήση του ασθενή με το όνομά του, η ξόδευση του χρόνου μαζί του, η ανοιχτή ακρόαση και απάντηση είναι μέτρα με τα οποία ο νοσηλευτής εκτελεί σεβασμό και θετική στάση στον ασθενή του.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής εκφράζει θετική στάση λαμβάνοντας υπόψη τις ιδέες και τις προτιμήσεις του ασθενή κατά τον προγραμματισμό περίθαλψης. Με τον τρόπο

αυτό, πιστεύει ότι ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να κάνει θετικές και ουσιαστικές συνεισφορές στο δικό του σχέδιο περίθαλψης. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τεχνικές μη λεκτικής και λεκτικής επικοινωνίας για να κάνει τον ασθενή ενήμερο ότι λαμβάνει αυτή την προσοχή. Οι μη λεκτικές τεχνικές που δημιουργούν μια ατμόσφαιρα παρουσίας περιλαμβάνουν κλίση προς τον ασθενή, διατήρηση επαφής με τα μάτια, χαλάρωση, κατοχή βραχιόνων στα πλάγια, και ενδιαφέρουσα αλλά ουδέτερη στάση.

Η προφορική παρακολούθηση σημαίνει ότι ο νοσηλευτής αποφεύγει να κοινοποιεί εκτιμήσεις αξίας σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς. Για παράδειγμα, αν σε μία συζήτηση μεταξύ τους, ο ασθενής πει, «ήμουν τόσο τρελός, φώναζα και ούρλιαζα στη μητέρα μου για μια ώρα». Ο νοσηλευτής πρέπει να προσέξει πώς θα απαντήσει. Αν ο νοσηλευτής απαντήσει «ήταν πολύ λάθος αυτό, πώς το κάνατε?» δείχνει ότι ο ασθενής ήταν "λάθος" ή "κακός". Μια καλύτερη απάντηση θα ήταν "Τι συνέβη τότε; ή Πρέπει να έχετε πραγματικά αναστατωθεί". Ο νοσηλευτής λοιπόν πρέπει να διατηρεί προσοχή στον πελάτη και να αποφεύγει την επικοινωνία αρνητικών απόψεων ή εκτιμήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του (Sheila, 2013).

Ενεργητική ακρόαση

Η ενεργητική ακρόαση αποτελεί βασικό παράγοντα για την ανάπτυξη της θεραπευτικής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Ο νοσηλευτής ως ακροατής πρέπει να διατηρεί την βλεμματική επαφή, ώστε ο ασθενής να αντιλαμβάνεται ότι διατηρεί την προσοχή του. Είναι σημαντικό να μην διακόπτεται η συζήτηση και ο ασθενής να εκφράζει απερίσπαστα τους προβληματισμούς και τα θέματα που τον απασχολούν. Ταυτόχρονα ο νοσηλευτής πρέπει να παρατηρεί τόσο τα σωματικά όσο και τα ψυχικά σημάδια.

Επιπλέον, είναι σκόπιμο ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να επαναλαμβάνει τα λεγόμενα του ασθενή, καθώς αυτό μπορεί να λειτουργήσει καθησυχαστικά για τον ασθενή. Τόσο ο ασθενής όσο και ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την διάρκεια της θεραπευτικής αυτής επαφής να ενσωματώνουν σκέψεις και εμπειρίες των διαπροσωπικών σχέσεων. Σε αυτή την περίπτωση όμως, θα πρέπει ο νοσηλευτής να είναι απαλλαγμένος από προκαταλήψεις οι οποίες μπορεί να επικαλύψουν ή και να διαστρεβλώσουν την αντικειμενικότητα που οφείλει να έχει η σχέση νοσηλευτή και ασθενή.

Τέλος, η ενεργητική ακρόαση δημιουργεί κλίμα επούλωσης των ψυχικών διαταραχών, ενώ παράλληλα μειώνει το άγχος, καθώς ο ασθενής εκφράζει τα συναισθήματα που βιώνει. Έτσι, επιτρέπει στον νοσηλευτή να σχεδιάσει μαζί με τον ασθενή του, το πλάνο φροντίδας του και να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους (Jahrom et al., 2016).

5.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση του ασθενούς

Η εκπαίδευση των ασθενών αποτελεί βασικό συστατικό της παρεχόμενης περίθαλψης από τους επαγγελματίες υγείας, ιδίως τους νοσηλευτές (Farahani et al., 2013).

Η εκπαίδευση ορίζεται ως « η διαδικασία απόκτησης γνώσεων και δεξιοτήτων που μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας».

Πρόσφατα, το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας επικεντρώθηκε στο σχεδιασμό και την αποτελεσματικότητα των μεμονωμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Η ιδέα ενός αποτελεσματικού εκπαιδευτικού προγράμματος είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς του ασθενούς προς τον αυτοέλεγχο, την ενεργότερη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την ανάπτυξη της αυτο-φροντίδας, την αξιολόγηση των προσωπικών παραγόντων κινδύνου, την υλοποίηση ρεαλιστικών στόχων και προσδοκιών και γενικότερα την αποτελεσματική διαχείριση της υγείας και της ποιότητας ζωής τους. Ο σχεδιασμός ενός εκπαιδευτικού προγράμματος πρέπει επίσης να επικεντρώνεται στις ατομικές ανάγκες κάθε ασθενούς (προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή). Η διαδικασία μάθησης, και ειδικότερα ο τρόπος και η διάρκεια, διαφέρουν μεταξύ των ατόμων και εξαρτώνται από τη στάση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τους στόχους και την ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν.

Η εκπαίδευση των ασθενών βελτιώνει την αυτοεξυπηρέτηση τους και επομένως την αυτό-αποτελεσματικότητα τους. Η αυτό-αποτελεσματικότητα είναι η πίστη του ανθρώπου στην ικανότητα που διαθέτει να επιτελέσει τα καθήκοντά του (την φαρμακευτική του αγωγή ή της θεραπείας που πρέπει να κάνει), καθώς και να φέρει εις πέρας συγκεκριμένες καταστάσεις. Η αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας που νιώθει ένας άνθρωπος αποτελεί σημαντικό παράγοντα στον τρόπο που θα προσεγγίσει τους στόχους του και τα καθήκοντά του που αφορούν την υγεία του (Paterick et al., 2017).

Επιπλέον οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να διαβιβάζουν παθητικά τη γνώση, αλλά πρέπει να ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή των ασθενών. Τέλος, η αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος παρέμβασης δεν είναι μόνο η συνάφεια της αποκτηθείσας γνώσης, αλλά και το εάν και κατά πόσο διατηρείται η γνώση με την πάροδο του χρόνου. Ως εκ τούτου, για τη μακροπρόθεσμη διασφάλιση και διατήρηση των ωφελειών του εκπαιδευτικού προγράμματος, η τελευταία πρέπει να είναι συνεχής. Η συνεχής εκπαίδευση συνδέεται με σημαντική μείωση της θνησιμότητας, της νοσηρότητας, των επανειλημμένων νοσηλειών και των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη (Polikandriot et al., 2011).

5.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη κοινοτική φροντίδα

Η κοινοτική νοσηλευτική ορίζεται ως «η σύνθεση της άσκησης της νοσηλευτικής και της άσκησης της δημόσιας υγείας, που έχει επίκεντρο τα άτομα, τις οικογένειες ή τις ομάδες και συμβάλλει στην καλή υγεία του πληθυσμού στο σύνολό του. Η προαγωγή και διατήρηση της υγείας, η αγωγή υγείας, η διαχείριση της ασθένειας, ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας πραγματώνονται μέσω της ολιστικής προσέγγισης» (Thormicroft et al., 2016).

Στοχεύει στην προαγωγή, προάσπιση και φροντίδα υγείας των ατόμων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους μέσα από την αναγνώριση της διαφορετικότητάς τους, τη σύναψη θεραπευτικών σχέσεων και την ανάπτυξη συνεργασιών. Στρατηγικοί στόχοι της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι:

- Η προαγωγή, η προστασία και η διατήρηση υγιούς περιβάλλοντος.
- Η προστασία, η διατήρηση και η πρόληψη της αρρώστιας και του τραυματισμού.
- Ο σεβασμός της διαφορετικότητας των ατόμων/ασθενών και των φροντιστών τους.
- Η καθοδήγηση των ατόμων και η ενίσχυση των ικανοτήτων τους για την επίτευξη της πολυδιάστατης προσέγγισης της προαγωγής της υγείας.
- Η παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας στην κοινότητα, στο σπίτι, στο σχολείο, σε υπηρεσίες της κοινότητας, στο χώρο εργασίας.
- Η συνεργασία και ο συντονισμός με διαφορετικούς συνεργάτες, επιστήμονες και σε διαφορετικούς τομείς (εκπαίδευση, τοπική αυτοδιοίκηση κ.ά.).
- Η εργασία με υψηλά επίπεδα αυτονομίας, η οποία συμβάλλει στον προσδιορισμό των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων και επηρεάζει θετικά άτομα και κοινότητες.

5.7 Προαγωγή της ποιότητας φροντίδας των ασθενών ψυχικής υγείας

Οι ψυχικές διαταραχές είναι κοινές για όλους τους ανθρώπους, ωστόσο η ποιότητα της περίθαλψης για τις συγκεκριμένες διαταραχές δεν έχει αυξηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό. Τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζουν αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας, πρόωρης θνησιμότητας, και μειωμένη ποιότητα ζωής. Επομένως, οι υπεύθυνοι της υγειονομικής περίθαλψης, και κυρίως οι νοσηλευτές έχουν την ηθική και νομική υποχρέωση να εξασφαλίζουν την υψηλή ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς και να στοχεύουν στην βελτίωση της φροντίδας (Parand et al., 2014).

Ο κάθε άνθρωπος αναζητάει την ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, η οποία αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα. Η έννοια της ποιότητας της υγείας έχει οριστεί από πολλούς στο παρελθόν. Ο Lohr όρισε ότι η ποιότητα είναι «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης έχουν ως στόχο να αυξήσουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων στους ασθενείς μέσω των επαγγελματιών τους γνώσεων». Λίγο χρόνια αργότερα, ο Schuster το 1998 όρισε την υγειονομική ποιότητα ως «η παροχή κατάλληλων υπηρεσιών στους ασθενείς, η καλή επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των ανθρώπων του υγειονομικού τομέα, καθώς επίσης και η από κοινού λήψη αποφάσεων». Επίσης, ο Leebon (2003) πίστευε ότι η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι «όταν οι επαγγελματίες υγείας κάνουν συνεχείς βελτιώσεις, στοχεύουν στο καλύτερο κλινικό αποτελέσματα, ικανοποιούν όλους τους ασθενείς και να διατηρούν υγιείς οικονομικές επιδόσεις» (Mosadeghrad, 2012).

Ο νοσηλευτής για να επιτύχει την καλύτερη ποιότητα υγείας, πρέπει να προάγει τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια σύμφωνα με τον Walsh είναι το δικαίωμα του ανθρώπου να επιλέγει και να διατηρεί τον έλεγχο των παροχών της υγειονομικής περίθαλψης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

6.1. Α' Κλινικό περιστατικό

Η Α., 35 ετών πρόσφυγας από τη Συρία, μεταφέρθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών από το σύζυγό της. Ξύπνησε μέσα στη νύχτα και τη βρήκε να γράφει σημείωμα αυτοκτονίας. Βρήκε δίπλα της πολλά παυσίπονα και υπνωτικά χάπια. Όταν εκείνη τον αντιλήφθηκε, είπε «δεν είμαι ικανή για τίποτα. Όλα μπορούν να είναι καλύτερα χωρίς εμένα». Μετά από έντονη παράκληση, ο σύζυγος της την έπεισε να πάνε μαζί στα ΤΕΠ του τοπικού νοσοκομείου.

Στα ΤΕΠ η Α. ήταν υποτονική, αλλά και εχθρική, ειδικά όταν το προσωπικό έκρινε ότι κινδυνεύει και χρειάζεται να εισαχθεί στο νοσοκομείο. Ο σύζυγός της έδωσε περισσότερες πληροφορίες. Η Α. είχε μια αδερφή, και, κατά τη διάρκεια μιας πολεμικής σύρραξης στην πόλη όπου ζούσαν στη Συρία, εκτυρσοκρότησε κοντά τους μία χειροβομβίδα, προκαλώντας τραύματα και στις δυο τους. Ωστόσο, τα τραύματα της αδερφής της ήταν πιο βαριά, με αποτέλεσμα να πεθάνει εντός λίγων λεπτών. Η Α. επέζησε και κατηγόρησε τον εαυτό της ότι δε βοήθησε την αδερφή της όσο μπορούσε εκείνη τη στιγμή. Έκτοτε, η Α. δεν ήταν σε θέση να ηρεμήσει και είχε συχνά ξεσπάσματα θυμού, δυσκολίες στην επικοινωνία με το σύζυγό της, προβλήματα στον ύπνο, εφιάλτες και δυσκολία στη συγκέντρωση.

Στο νοσοκομείο, η Α. ήταν παθητική, απομονωμένη και οξύθυμη. Καθόταν ανέκφραστη στις συνεδριάσεις της ομάδας και αρνούσαν να συμμετάσχει. Εύκολα τρώμαζε με ήχους, απέφευγε τα ειδησεογραφικά προγράμματα και ταινίες που περιείχαν βία, και περιπλανήθηκε γύρω από το θάλαμο ελέγχοντας τις πόρτες και τα παράθυρα. Η ομάδα ψυχικής υγείας του νοσοκομείου πραγματοποίησε συνέντευξη με χρήση διαγνωστικού εργαλείου για το μετατραυματικό στρες (PCL Checklist). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, έκρινε ότι η Α. ήταν εκτεθειμένη σε ένα στρεσογόνο παράγοντα, όταν είδε την αδερφή της να πεθαίνει μπροστά της. Βρέθηκε να έχει: παρεμβατικό σύμπτωμα (εφιάλτες που αρνήθηκε να συζητήσει), συμπτώματα αποφυγής (δεν παρακολουθεί προγράμματα ειδήσεων και ταινίες με βία), αρνητικές μεταβολές γνώσης και διάθεσης που είχαν επιδεινωθεί μετά το τραυματικό γεγονός (αύξηση αρνητικών σκέψεων για τον εαυτό της, και της αυτοεκτίμησής της, παθητικότητα, απόσυρση και άρνηση συμμετοχής στις συνεδριάσεις της ομάδας),

συμπτώματα μεταβολής της διέγερσης και αντιδραστικότητα (σκέφτεται αυτοκαταστροφικά, ευερεθιστότητα και ξεσπάσματα θυμού, προβλήματα ύπνου, αδυναμία συγκέντρωσης, τρομάζει εύκολα).

Νοσηλευτική Διάγνωση	Στόχοι	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Συναισθήματα αδυναμίας, απελπισίας και αναξιότητας, αυτοκτονικές ιδέες λόγω της ανάληψης ευθύνης για το γεγονός	<ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή αυτοτραυματισμού • Έλεγχος για αντικείμενα που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τραυματισμό • Αναγνώριση του προβλήματος • Συμφιλίωση με την ιδέα της αναζήτησης βοήθειας • Εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης του άγχους 	<ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος για αντικείμενα που θα μπορούσαν να διευκολύνουν τις αυτοκτονικές σκέψεις. • Διδασκαλία των συμπτωμάτων του μετά-τραυματικού συνδρόμου, εξακρίβωση επιπέδου υπευθυνότητάς της για το συμβάν. • Αποδοχή των συναισθημάτων ενοχής, θρήνου και ντροπής, εκπαίδευση στην αναζήτηση βοήθειας, άσκηση συμβουλευτικής στο υποστηρικτικό περιβάλλον. • Αναζήτηση στρατηγικών με τη συμβολή της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων. • Συζήτηση σχετικά με τα συμπτώματα της, ανάλυση του επιπέδου υπευθυνότητάς της. • Συζήτηση για τη λογική εξήγηση των συναισθημάτων της ασθενούς, ενημέρωση για ομάδες υποστήριξης, ενημέρωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την κατάσταση και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να βοηθήσει. • Ενημέρωση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους και παροχή ελευθερίας στην ασθενή να επιλέξει αυτές που επιθυμεί. 	<p>Η ασθενής είναι σωματικά υγιής.</p> <p>Η ασθενής αντιλαμβάνεται και δέχεται να συζητήσει για την κατάστασή της.</p> <p>Η ασθενής αναζητά βοήθεια από το προσωπικό, αλλά και το σύζυγό της όταν δε βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση.</p> <p>Η ασθενής παρακολουθεί ταινίες κωμικού περιεχόμενου και γελάει, κάνει ασκήσεις διαλογισμού και αναπνοών, καθώς και γυμναστική.</p>

<p>Έλλειψη αυτοπεποίθησης λόγω προβλημάτων επικοινωνίας με το σύζυγό της</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης • Βελτίωση της επικοινωνίας με το σύζυγό της 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακάλυψη των δυνάμεων και αδυναμιών, με έμφαση στα δυνατά σημεία του χαρακτήρα της ασθενούς, ενθάρρυνση για συμμετοχή σε δραστηριότητες και κοινωνικοποίηση. • Ενθάρρυνση συζύγου για συμμετοχή στη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εντοπισμός και ανάδειξη των δυνατών σημείων μέσα στη συζήτηση, παρότρυνση συμμετοχή σε κάποια δραστηριότητα ή ομάδα έστω για λίγη ώρα, και προσπάθεια για συζήτηση με άλλα άτομα. • Σχεδιασμός του προγράμματος της ασθενούς με τη συμμετοχή του συζύγου, παροχή χρόνου και χώρου για τη μεταξύ τους επικοινωνία, διδασκαλία συζύγου για την ψυχολογική υποστήριξη και τη διασφάλιση ότι ο ίδιος δεν την κατηγορεί για το συμβάν. 	<p>Η ασθενής εκφράζει λεκτικά την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησής της ,και κάνει προσπάθειες για συζήτηση με άλλα άτομα</p> <p>Ο σύζυγος συμμετέχει σε ορισμένες δραστηριότητες, καθώς και αφιερώνει αρκετό χρόνο για να συζητάει μαζί της και να την ενθαρρύνει</p>
---	---	--	--	--

<p>Διαταραχή ύπνου εφιάλτες, λόγω της ανασφάλειας και των εικόνων βίας που βίωσε</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ομαλοποίηση ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή αισθήματος ασφάλειας τόσο από το νοσηλευτή, όσο και από το υποστηρικτικό περιβάλλον (σύζυγος), ευχάριστες, χαλαρωτικές δραστηριότητες πριν το βραδινό ύπνο, μείωση υπερέντασης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετοχή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος(σύζυγος) στο πλάνο φροντίδας και συζητήσεις όπου είναι ξεκάθαρος ο υποστηρικτικός ρόλος του νοσηλευτή και του συζύγου, ανάγνωση βιβλίου με ευχάριστο περιεχόμενο, σχεδιασμός ενός ευχάριστου προγράμματος για την επόμενη μέρα με τη συμβολή της ασθενούς, χαλαρωτικά ροφήματα, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. 	<p>Η ασθενής νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια, κοιμάται με μεγαλύτερη ευκολία και οι εφιάλτες έχουν μειωθεί σημαντικά.</p>
<p>Επιθετικότητα που οφείλεται στην έλλειψη εμπιστοσύνης προς την ομάδα φροντίδας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία εμπιστοσύνης και ασφάλειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσανατολισμός στο χώρο, δημιουργία άνετου περιβάλλοντος, παροχή πληροφοριών σχετικά με την κατάστασή της και τη νοσηλεία της, καλά επικοινωνιακά προσόντα προσωπικού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσδιορισμός της τοποθεσίας, της αιτίας εισαγωγής της και ξενάγηση στους χώρους της Κλινικής, παροχή διερμηνείας και περαιτέρω πληροφοριών και οδηγιών από τις συνηθισμένες, 	<p>Η ασθενής έχει επίγνωση της κατάστασής της και των αιτιών εισαγωγής της, εμπιστεύεται και εκφράζεται με μεγαλύτερη ηρεμία στο προσωπικό και κυκλοφορεί στους χώρους της κλινικής.</p>

			<p>παρότρυνση και αναλυτική απάντηση σε απορίες, διαμόρφωση ευχάριστου χώρου με σωστό φωτισμό και θέρμανση, φιλική στάση προσωπικού, ενεργητική ακρόαση, οπτική επαφή, κατάλληλη χρήση ανοιχτών και κλειστών ερωτήσεων, ήρεμη φωνή.</p>	
--	--	--	---	--

6.2. Β' Κλινικό περιστατικό

Ένας άνδρας ασθενής, ηλικίας 43 ετών, παρουσιάστηκε για θεραπεία με παράπονα που προέρχονταν πριν από ένα χρόνο σε ένα τραυματικό γεγονός που σχετίζεται με την εργασία και περιλαμβάνει ακρωτηριασμό των άπω φαλαγγών των δεξιών του δακτύλων. Τα κύρια παράπονα περιλάμβαναν μικτές παραισθήσεις, ευερεθιστότητα, αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών εργασιών και καταθλιπτική διάθεση. Καμία ψυχική συμπτωματολογία δεν ήταν εμφανής πριν από το συμβάν σε αυτόν ή τον κοινωνικό του χώρο.

Ο ασθενής ήταν ένα περιποιημένο αρσενικό με κοντό ανάστημα, στιβαρό κτίσμα και μέσο βάρος. Ήταν ανήσυχος αλλά όχι ταραγμένος, με μια φυλαγμένη στάση απέναντι στο προσωπικό. Το πρότυπο ομιλίας του ήταν αργό και αραιό, η φωνή του χαμηλή. Περιέγραψε τη σημερινή του διάθεση ως «ανήσυχη» χωρίς να είναι σε θέση να παρέχει έναν λόγο. Ο ασθενής εμφανίστηκε δυσφορικός και με αμβλύ αποτέλεσμα. Ήταν επικεντρωμένος στα ακρωτηριασμένα δάχτυλά του με ημι-ψυχαναγκαστική τάση να κοιτάζει το (γάντι) χέρι του. Ο ασθενής τυπικά χανόταν σε μηρυκασμούς για το ατύχημά του με επίκεντρο την ακριβή στιγμή που βίωσε ως παρεμβατική και συναισθηματικά φορτισμένη με αρνητικό και επώδυνο τρόπο. Θυμόταν ότι ήθελε τα δάχτυλά του να ξανασυνδεθούν στο χέρι του σχεδόν όταν συνέβη το ατύχημα. Έναυσμα στις παρεμβατικές σκέψεις του ήταν η οδυνηρή αίσθηση του νευροπαθητικού πόνου από τα μισο-ακρωτηριασμένα δάχτυλά του, ένα τεχνούργημα χειρουργικής επέμβασης. Αρνήθηκε σκέψεις για να βλάψει τον εαυτό του και δεν επέδειξε σημάδια επιθετικότητας προς τους άλλους. Οι ψευδαισθήσεις είχαν κυρίως καταθλιπτικό και εγω-δυστονικό χαρακτήρα. Δεν έδειξε τυχόν διαταραχές αντίληψης κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Στόχοι	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Αμηχανία, ανασφάλεια και ευερεθιστότητα λόγω των ακρωτηριασμένων άκρων	<ul style="list-style-type: none"> • Ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης • Αναγνώριση του προβλήματος • Συμφιλίωση με την ιδέα της αναζήτησης βοήθειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακάλυψη των δυνάμεων και αδυναμιών, με έμφαση στα δυνατά σημεία του χαρακτήρα της ασθενούς, ενθάρρυνση για συμμετοχή σε δραστηριότητες και κοινωνικοποίηση • Διδασκαλία των συμπτωμάτων της διαταραχής • Αποδοχή των συναισθημάτων ντροπής λόγω ακρωτηριασμένων άκρων, εκπαίδευση στην αναζήτηση βοήθειας, άσκηση συμβουλευτικής στο υποστηρικτικό περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> • Εντοπισμός και ανάδειξη των δυνατών σημείων μέσα στη συζήτηση, παρότρυνση συμμετοχή σε κάποια δραστηριότητα ή ομάδα έστω για λίγη ώρα, και προσπάθεια για συζήτηση με άλλα άτομα • Συζήτηση σχετικά με τα συμπτώματα της διαταραχής και ενημέρωση του ασθενή για κατανόηση της ασθένειας • Συζήτηση για τη λογική εξήγηση των συναισθημάτων του ασθενούς, ενημέρωση για ομάδες υποστήριξης, ενημέρωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την κατάσταση και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να βοηθήσει 	<p>Ο ασθενής εκφράζει λεκτικά την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησής της, και κάνει προσπάθειες για συζήτηση με άλλα άτομα χωρίς το αίσθημα ντροπής λόγω τραυματισμού</p> <p>Ο ασθενής αντιλαμβάνεται και δέχεται να συζητήσει για την κατάστασή της</p> <p>Η ασθενής αναζητά βοήθεια από το προσωπικό και από το οικείο περιβάλλον</p>

<p>Αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών εργασιών και καταθλιπτική διάθεση</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης της κατάθλιψης 	<ul style="list-style-type: none"> • Αναζήτηση στρατηγικών με τη συμβολή της ασθενούς και την παροχή ιατρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάθλιψης και παροχή ελευθερίας στον ασθενή να επιλέξει αυτές που επιθυμεί και αγωγή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων 	<p>Ο ασθενής νιώθει καλύτερα, έχει ικανότητα να διαχειρίζεται και να κατανοεί σε καλό βαθμό τα συναισθήματα του και πλέον συμμετέχει σε οικογενειακές και φιλικές δραστηριότητες και είναι φανερά σε καλύτερη διάθεση</p>
<p>Ανησυχία και επιφυλακτική στάση προς το προσωπικό</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία εμπιστοσύνης και ασφάλειας 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσανατολισμός στο χώρο, δημιουργία άνετου περιβάλλοντος, παροχή πληροφοριών σχετικά με την κατάστασή του και τη νοσηλεία, καλά επικοινωνιακά προσόντα προσωπικού 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσδιορισμός της τοποθεσίας, της αιτίας εισαγωγής της και ξενάγηση στους χώρους της Κλινικής, παροχή διερμηνείας και περαιτέρω πληροφοριών και οδηγιών από τις συνηθισμένες, παρότρυνση και αναλυτική απάντηση σε απορίες, διαμόρφωση ευχάριστου χώρου με σωστό φωτισμό και θέρμανση, φιλική στάση προσωπικού, ενεργητική ακρόαση, οπτική επαφή, κατάλληλη χρήση ανοιχτών και κλειστών ερωτήσεων, ήρεμη φωνή 	<p>Η ασθενής έχει επίγνωση της κατάστασής της και των αιτιών εισαγωγής της, εμπιστεύεται και εκφράζεται με μεγαλύτερη ηρεμία στο προσωπικό και κυκλοφορεί στους χώρους της κλινικής</p>

<p>Παρεμβατικές σκέψεις από την στιγμή του ατυχήματος, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή τρόπων αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της διαταραχής 	<ul style="list-style-type: none"> • Αναζήτηση στρατηγικών με τη συμβολή της ασθενούς και την παροχή των ιατρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης της διαταραχής 	<p>Ο ασθενής παρουσιάζει ήρεμη διάθεση με καλή επικοινωνία και ακολουθεί την θεραπεία</p>
--	--	--	--	---

6.3. Γ' Κλινικό περιστατικό

Η ασθενής είναι μια 15χρονη κοπέλα που παρουσιάστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομειακού Ιατρικού Κέντρου (UHMC) βάσει του νόμου Baker από την αστυνομία για αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοτραυματισμό. Αυτή είναι η τρίτη νοσηλεία του ασθενούς μέσα στους τελευταίους τρεις μήνες με παρόμοια παρουσίαση. Κατά την εισαγωγή της, ανέφερε υπερβολική ανησυχία και άγχος που σχετίζονται με παρεμβατικές σκέψεις που σχετίζονται με τα γεγονότα στο γυμνάσιο της εννέα μήνες πριν. Ανέφερε συχνούς εφιάλτες όταν ο δράστης μπήκε σε ένα κτίριο και σκότωσε πολλούς ανθρώπους. Ανέφερε επίσης ότι αυτοί οι εφιάλτες την κάνουν τώρα να αποφεύγει οικεία μέρη (όπως το σχολείο ή το χώρο εργασίας του πατέρα της) καθώς και άλλους δημόσιους χώρους καθώς προκαλούν αναδρομές και κρίσεις πανικού. Έχει τώρα σκέψεις και προτροπές για αυτοτραυματισμό καθώς και συχνές αυτοκτονικές ιδέες λόγω της σοβαρότητας αυτών των συμπτωμάτων.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Στόχοι	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Αυτοκτονικός ιδεασμός και πράξεις αυτοτραυματισμού	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή αυτοτραυματισμού, έλεγχος για αντικείμενα που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τραυματισμό Αναγνώριση του προβλήματος Συμφιλίωση με την ιδέα της αναζήτησης βοήθειας 	<ul style="list-style-type: none"> Έλεγχος για αντικείμενα που θα μπορούσαν να διευκολύνουν τις αυτοκτονικές σκέψεις Διδασκαλία των συμπτωμάτων του μετά-τραυματικού συνδρόμου και επεξήγηση των τάσεων και συναισθημάτων που βιώνει Αποδοχή των συναισθημάτων φόβου και ανασφάλειας, εκπαίδευση στην αναζήτηση βοήθειας, άσκηση συμβουλευτικής στο υποστηρικτικό περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων Συζήτηση σχετικά με τα συμπτώματα της διαταραχής και ενημέρωση του ασθενή για κατανόηση της ασθένειας Συζήτηση για τη λογική εξήγηση των συναισθημάτων του ασθενούς, ενημέρωση για ομάδες υποστήριξης, ενημέρωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την κατάσταση και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να βοηθήσει 	<p>Η ασθενής είναι σωματικά υγιής</p> <p>Η ασθενής αντιλαμβάνεται και δέχεται να συζητήσει για την κατάστασή της</p> <p>Η ασθενής αναζητά βοήθεια από το προσωπικό και από το οικείο περιβάλλον</p>
Υπερβολική ανησυχία και άγχος λόγω παρεμβατικών σκέψεων από το τραυματικό γεγονός	<ul style="list-style-type: none"> Δημιουργία ασφαλούς και ήρεμου περιβάλλοντος και εφαρμογή τρόπων αντιμετώπισης των συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> Παροχή αισθήματος ασφάλειας τόσο από το νοσηλευτή, όσο και από το υποστηρικτικό περιβάλλον και αναζήτηση στρατηγικών με τη 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους και ανησυχίας, και παροχή ελευθερίας στην ασθενή να επιλέξει αυτές που επιθυμεί, καθώς και συμμετοχή στην αγωγή 	<p>Η ασθενής νιώθει ασφαλής και παρουσιάζει ήρεμη διάθεση καθώς οι παρεμβατικές σκέψεις λόγω του τραυματικού γεγονότος μειώθηκαν και πλέον επικοινωνεί και διαχειρίζεται καλύτερα την</p>

		συμβολή της ασθενούς και την παροχή των ιατρών	αντιμετώπισης των συμπτωμάτων	επιρροή των ενοχλητικών σκέψεων
Διαταραχή ύπνου λόγω ύπαρξης εφιαλτών λόγω αναδρομών	<ul style="list-style-type: none"> Ομαλοποίηση ύπνου και μείωση εφιαλτών 	<ul style="list-style-type: none"> Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για τη παροχή αισθήματος ασφάλειας και ηρεμίας και έναρξη χαλαρών δραστηριοτήτων που ευχαριστούν και χαλαρώνουν την ασθενή τόσο στη διάρκεια της ημέρας όσο και πριν τον βραδινό ύπνο 	<ul style="list-style-type: none"> Συμμετοχή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο πλάνο φροντίδας και συζητήσεις όπου είναι ξεκάθαρος ο υποστηρικτικός ρόλος του νοσηλευτή και του συζύγου, ανάγνωση βιβλίου με ευχάριστο περιεχόμενο, σχεδιασμός ενός ευχάριστου προγράμματος για την επόμενη μέρα με τη συμβολή της ασθενούς, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής 	Η ασθενής νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια, κοιμάται με μεγαλύτερη ευκολία και οι εφιάλτες έχουν μειωθεί σημαντικά, όπως και οι εφιαλτικές αναδρομές

6.4. Δ' Κλινικό περιστατικό

Ο Φ. ένας Λευκός 60χρονος Βρετανός, είχε τροχαίο ατύχημα στον αυτοκινητόδρομο 3 μήνες πριν τη παρουσίαση για αξιολόγηση. Ο οδηγός ενός διπλανού αυτοκινήτου αποκοιμήθηκε και χτύπησε το αυτοκίνητο του Φ. από το πλάι. Η κόρη και ο εγγονός του κάθονταν στο πίσω κάθισμα. Το αυτοκίνητο του Φ. στριφογύρισε δύο φορές. Προσπάθησε να κοιτάξει γύρω του για να δει αν η κόρη και ο εγγονός του ήταν ασφαλείς, αλλά ήταν εγκλωβισμένος και δεν μπορούσε να τα δει. Ο Φ. περιέγραψε βασανιστικό πόνο στην πλάτη του και κατά συνέπεια σκέφτηκε ότι είχε σπάσει την πλάτη του. Δεν μπορούσε να ακούσει την κόρη του ή εγγονό και πίστευε ότι πρέπει να είναι νεκροί. Ωστόσο, είχαν επιζήσει. Η κόρη του είχε σπασμένο χέρι και ο εγγονός του ήταν χωρίς τραυματισμό. Όταν παρουσιάστηκε ο Φ. για αξιολόγηση, ανέφερε καθημερινές παρεμβατικές αναμνήσεις του ατυχήματος, καθώς και παρεμβατικές εικόνες με το τι θα μπορούσε να συμβεί και απεικόνιζε την κόρη του και τον εγγονό νεκρούς στο πίσω κάθισμα. Ο Φ. είχε αναδρομές όταν οδηγούσε το αυτοκίνητό του, κάτι που ήταν συχνό αρκετές φορές ανά εβδομάδα, και ένιωθε ζέστη και εφίδρωση σε αυτές τις καταστάσεις. Επίσης, συχνά ξυπνούσε με εφιάλτες σε σχέση με το ατύχημα. Ο Φ. έσπρωξε τις αναμνήσεις του ατυχήματος από το μυαλό του, ειδικά την ώρα του ύπνου. Απέφυγε μέρη που του θύμιζαν το τραύμα, ειδικά τους αυτοκινητόδρομους και όπου συνέβη στον αυτοκινητόδρομο. Είχε πολλά συμπτώματα, δυσκολευόταν να κοιμηθεί, αισθανόταν εκνευρισμό, είχε πρόβλημα συγκέντρωσης, και ήταν υπερβολικά σε εγρήγορση. Ανέπτυξε επίσης κατάθλιψη μετά το ατύχημα και χαμηλή διάθεση, ήταν συχνά δακρυσμένος, χωρίς κίνητρο και προτιμούσε να μένει στο σπίτι αντί να ασχολείται με τις προηγούμενες δραστηριότητες του, όπως η συνάντηση φίλων για ένα ποτό και η έξοδος με τη γυναίκα μια φορά την εβδομάδα για φαγητό. Εκτός από την καταστολή των αναμνήσεων τραυμάτων, ο Φ. χρησιμοποίησε μια σειρά από άλλες συμπεριφορές που διατηρούσαν το PTSD του. Εξακολουθούσε να οδηγεί αλλά απέφευγε τους αυτοκινητοδρόμους. Όταν έπρεπε να οδηγήσει στο αυτοκινητόδρομο, έλεγξε τη θέση και την ταχύτητα των άλλων αυτοκινήτων και φανταζόταν να συμβαίνουν ατυχήματα. Αυτό διατήρησε την πεποίθησή του ότι έπρεπε να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί για την αποφυγή περαιτέρω ατυχημάτων και, έτσι, αναπτύχθηκε το άγχος του για την οδήγηση. Θεωρούσε ότι το ατύχημα ήταν δικό του λάθος και η αδυναμία του να κρατήσει τη δική του οικογένεια ασφαλή, το οποίο διατηρούσε αυτές τις εκτιμήσεις και τον έκανε να νιώσει θλίψη. Απέφυγε επίσης να δει

το δικό του εγγονό ώστε να περιορίσει τις πιθανότητες για περαιτέρω ατυχήματα και περιορίζε πόσο συχνά έβλεπε την κόρη του επειδή ένιωθε ένοχος για ό, τι είχε συμβεί. Η αποχώρηση από η οικογένειά του τον εμπόδισε να μάθει ότι αυτοί ήταν ασφαλείς μαζί του. Συνέβαλε επίσης στη χαμηλή διάθεσή του και επειδή ένιωθε χαμηλά, σταμάτησε να βγαίνει και να κάνει τα πράγματα που συνήθιζε να απολαμβάνει, όπως το να τρώει έξω μια φορά εβδομάδα με τη γυναίκα του. Αυτό διατήρησε περαιτέρω τη χαμηλή του διάθεση.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Στόχοι	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Παρεμβατικές σκέψεις και αναδρομές λόγω του ατυχήματος	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση και διαχείριση παρεμβατικών σκέψεων 	<ul style="list-style-type: none"> Παροχή αισθήματος ασφάλειας τόσο από το νοσηλευτή, όσο και από το υποστηρικτικό περιβάλλον και αναζήτηση στρατηγικών με τη συμβολή της ασθενούς και την παροχή των ιατρών 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους και ανησυχίας, και παροχή ελευθερίας στην ασθενή να επιλέξει αυτές που επιθυμεί, καθώς και συμμετοχή στην αγωγή αντιμετώπισης των συμπτωμάτων 	<p>Ο ασθενής νιώθει ασφαλής και παρουσιάζει ήρεμη διάθεση καθώς οι παρεμβατικές σκέψεις λόγω του τραυματικού γεγονότος μειώθηκαν και πλέον επικοινωνεί και διαχειρίζεται καλύτερα την επιρροή των ενοχλητικών σκέψεων</p>
Εφιάλτες	<ul style="list-style-type: none"> Ομαλοποίηση ύπνου και μείωση εφιαλτών 	<ul style="list-style-type: none"> Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για τη παροχή αισθήματος ασφάλειας και ηρεμίας και έναρξη χαλαρών δραστηριοτήτων που ευχαριστούν και χαλαρώνουν την ασθενή τόσο στη διάρκεια της ημέρας όσο και πριν τον βραδινό ύπνο 	<ul style="list-style-type: none"> Συμμετοχή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο πλάνο φροντίδας και συζητήσεις όπου είναι ξεκάθαρος ο υποστηρικτικός ρόλος του νοσηλευτή και του συζύγου, ανάγνωση βιβλίου με ευχάριστο περιεχόμενο, σχεδιασμός ενός ευχάριστου προγράμματος για την επόμενη μέρα με τη συμβολή της ασθενούς, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής 	<p>Ο ασθενής νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια, κοιμάται με μεγαλύτερη ευκολία και οι εφιάλτες έχουν μειωθεί σημαντικά, όπως και οι εφιαλτικές αναδρομές</p>

<p>Τάση αποφυγής και κυρίως σε χώρους αυτοκινητοδρόμου, ανάπτυξη άγχους</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Αναζήτηση στρατηγικών με τη συμβολή της ασθενούς και την παροχή ιατρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και παροχή ελευθερίας στον ασθενή να επιλέξει αυτές που επιθυμεί και αγωγή φαρμάκων 	<p>Ο ασθενής νιώθει καλύτερα, έχει ικανότητα να διαχειρίζεται και να κατανοεί σε καλό βαθμό τα συναισθήματα του και πλέον συμμετέχει σε οικογενειακές και φιλικές δραστηριότητες και είναι φανερά σε καλύτερη διάθεση χωρίς να νιώθει υπαίτιος</p>
<p>Κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακάλυψη των δυνάμεων και αδυναμιών, με έμφαση στα δυνατά σημεία του χαρακτήρα της ασθενούς, ενθάρρυνση για συμμετοχή σε δραστηριότητες και κοινωνικοποίηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Εντοπισμός και ανάδειξη των δυνατών σημείων μέσα στη συζήτηση, παρότρυνση συμμετοχή σε κάποια δραστηριότητα ή ομάδα έστω για λίγη ώρα, και προσπάθεια για συζήτηση με άλλα άτομα 	<p>Ο ασθενής εκφράζει λεκτικά την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησής της, και κάνει προσπάθειες για συζήτηση με άλλα άτομα χωρίς το αίσθημα ντροπής λόγω του ατυχήματος</p>

6.5. Ε΄ Κλινικό περιστατικό

Ο Τ., ένας 42χρονος που επέζησε από σεισμό, αντιμετώπιζε συμπτώματα PTSD για περισσότερα από οκτώ χρόνια. Ο Τ. απέφυγε σταθερά τις σκέψεις και τις εικόνες που σχετίζονται με την παρακολούθηση των τραυματισμών και των θανάτων άλλων κατά τη διάρκεια του σεισμού. Με τα χρόνια, άρχισε να περνά όλο και περισσότερο χρόνο στη δουλειά και να γεμίζει τις μέρες του με χόμπι και δραστηριότητες. Μέχρι να αναζητήσει θεραπεία, είχε καταφέρει να γεμίσει ολόκληρη την εβδομάδα του με διάφορες υποχρεώσεις, προκειμένου να κρατήσει το μυαλό του απασχολημένο και να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα να σκεφτεί το τραυματικό γεγονός. Δούλεψε επίσης σκληρά για να πείσει τους άλλους ότι ο σεισμός δεν τον είχε επηρεάσει. Το έκανε αποφεύγοντας ανθρώπους που ήξεραν ότι είχε περάσει από αυτή την εμπειρία και αλλάζοντας γρήγορα το θέμα όταν εμφανίστηκε. Ωστόσο, διαπίστωσε ότι όποτε είχε ελεύθερο χρόνο, θα είχε ανεπιθύμητες παρεμβατικές σκέψεις και εικόνες για τον σεισμό. Επιπλέον, έβλεπε ολοένα και πιο ενοχλητικούς εφιάλτες που τον προκαλούσαν να χάνει αρκετές ώρες ύπνου κάθε βράδυ. Οι επανειλημμένες βίαιες αφυπνίσεις του όλη τη νύχτα είχαν επίσης διαταράξει τον ύπνο της γυναίκας του, με αποτέλεσμα να μην μοιράζονται πλέον ένα υπνοδωμάτιο. Ο Τ. διαπίστωσε ότι όσο περισσότερο εργαζόταν για να αποφύγει αυτές τις σκέψεις, τόσο πιο συχνά θα γίνονταν και ότι γινόταν ισχυρότερες κάθε μέρα. Φοβόταν ότι αν σκεφτόταν τη μνήμη θα έχανε τον έλεγχο των συναισθημάτων του και δεν θα μπορούσε να ανταπεξέλθει. Ανησυχούσε ότι ο φόβος και ο πανικός που εμφανίστηκαν όταν του υπενθυμίστηκε το τραύμα θα κρατούσαν για πάντα. Αποφεύγοντας τις σκέψεις για τη μνήμη, δεν επέτρεψε ποτέ στον εαυτό του να δοκιμάσει τις προβλέψεις του. Επιπλέον, μέσω της επανειλημμένης αποφυγής της μνήμης του τραύματος, ο φόβος του συνέχισε να αυξάνεται.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Στόχοι	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Παρεμβατικές σκέψεις και αναδρομές, τάση αποφυγής	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> Αναζήτηση στρατηγικών με τη συμβολή του ασθενούς και την παροχή ιατρών 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και παροχή ελευθερίας στον ασθενή να επιλέξει αυτές που επιθυμεί και αγωγή φαρμάκων 	<p>Ο ασθενής νιώθει καλύτερα, έχει ικανότητα να διαχειρίζεται και να κατανοεί σε καλό βαθμό τα συναισθήματα του και πλέον συμμετέχει σε οικογενειακές και φιλικές δραστηριότητες και είναι φανερά σε καλύτερη διάθεση</p>
Εφιάλτες	<ul style="list-style-type: none"> Ομαλοποίηση ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> Παροχή αισθήματος ασφάλειας τόσο από το νοσηλευτή, όσο και από το υποστηρικτικό περιβάλλον, ευχάριστες, χαλαρωτικές δραστηριότητες πριν το βραδινό ύπνο, μείωση υπερέντασης 	<ul style="list-style-type: none"> Συμμετοχή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο πλάνο φροντίδας και συζητήσεις όπου είναι ξεκάθαρος ο υποστηρικτικός ρόλος του νοσηλευτή και ανάγνωση βιβλίου με ευχάριστο περιεχόμενο, σχεδιασμός ενός ευχάριστου προγράμματος για την επόμενη μέρα με τη συμβολή του ασθενούς, χαλαρωτικά ροφήματα, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής 	<p>Ο ασθενής νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια, κοιμάται με μεγαλύτερη ευκολία και οι εφιάλτες έχουν μειωθεί σημαντικά</p>

6.6. ΣΤ΄ Κλινικό περιστατικό

Η Τ., μία 32χρονη βετεράνος πολέμου στο Αφγανιστάν, αντιμετώπιζε συμπτώματα PTSD για περισσότερα από πέντε χρόνια. Απέφευγε με συνέπεια τις σκέψεις και τις εικόνες που σχετίζονται με το να παρακολουθεί τους συναδέλφους της να χτυπιούνται από αυτοσχέδιο εκρηκτικό μηχανισμό (IED) ενώ οδηγούσε ένα φορτηγό προμήθειας μάχης. Με την πάροδο των ετών, η Τ. έπεσε όλο και περισσότερο σε κατάθλιψη και άρχισε να χρησιμοποιεί αλκοόλ σε καθημερινή βάση για να ανακουφίσει τα συμπτώματα της PTSD. Είχε δυσκολίες στην απασχόλησή της, έχασε πολλές ημέρες εργασίας και ανέφερε ότι ένιωθε αποσυνδεδεμένη και μουνδιασμένη γύρω από τον σύζυγό της και τα παιδιά της. Εκτός από μια σειρά άλλων συμπτωμάτων PTSD, είχε έναν επαναλαμβανόμενο εφιάλτη του γεγονότος στο οποίο ήταν ηγέτης μιας συνοδείας και το κύριο φορτηγό της χάλασε. Κούνησε το δεύτερο φορτηγό προς τα εμπρός, το φορτηγό που χτύπησε το IED, ενώ εκείνη και οι συνεργάτες της στο πρώτο φορτηγό εργάστηκαν πυρετωδώς για να το επισκευάσουν. Συνεπής με το τραυματικό γεγονός, ο εφιάλτης της περιελάμβανε εικόνες της και των υπαλλήλων του πρώτου φορτηγού να χαμογελούν και να κουνάνε εκείνους του δεύτερου φορτηγού, και οι υπάλληλοι του δεύτερου φορτηγού να κοροϊδεύουν το σπασμένο φορτηγό και τις προσπάθειές τους να το φτιάξουν - «Κοιτάζτε αυτό το κομμάτι του ανεπιθύμητου φορτηγού - καλή τύχη να διορθωθεί αυτό το αλεξίπτωτο».

Νοσηλευτική Διάγνωση	Στόχοι	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Τάση αποφυγής	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> Αναζήτηση στρατηγικών με τη συμβολή του ασθενούς και την παροχή ιατρών 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και παροχή ελευθερίας στην ασθενή να επιλέξει αυτές που επιθυμεί και αγωγή φαρμάκων 	<p>Η ασθενής νιώθει καλύτερα, έχει ικανότητα να διαχειρίζεται και να κατανοεί σε καλό βαθμό τα συναισθήματα του και πλέον συμμετέχει σε οικογενειακές και φιλικές δραστηριότητες και είναι φανερά σε καλύτερη διάθεση</p>
Κατάθλιψη και ανάπτυξη αλκοολισμού	<ul style="list-style-type: none"> Ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης 	<ul style="list-style-type: none"> Ανακάλυψη των δυνάμεων και αδυναμιών, με έμφαση στα δυνατά σημεία του χαρακτήρα της ασθενούς, ενθάρρυνση για συμμετοχή σε δραστηριότητες και κοινωνικοποίηση καθώς και συμμετοχή σε ομάδα αντιμετώπισης του αλκοολισμού 	<ul style="list-style-type: none"> Εντοπισμός και ανάδειξη των δυνατών σημείων μέσα στη συζήτηση, παρότρυνση συμμετοχή σε κάποια δραστηριότητα ή ομάδα έστω για λίγη ώρα, και προσπάθεια για συζήτηση με άλλα άτομα 	<p>Η ασθενής εκφράζει λεκτικά την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησής της, και κάνει προσπάθειες για συζήτηση με άλλα άτομα. Τέλος, διαχειρίζεται καλύτερα τον εθισμό που ανέπτυξε προς τον αλκοολισμό</p>

<p>Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ομαλοποίηση ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή αισθήματος ασφάλειας τόσο από το νοσηλευτή, όσο και από το υποστηρικτικό περιβάλλον, ευχάριστες, χαλαρωτικές δραστηριότητες πριν το βραδινό ύπνο, μείωση υπερέντασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Συμμετοχή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο πλάνο φροντίδας και συζητήσεις όπου είναι ξεκάθαρος ο υποστηρικτικός ρόλος του νοσηλευτή και ανάγνωση βιβλίου με ευχάριστο περιεχόμενο, σχεδιασμός ενός ευχάριστου προγράμματος για την επόμενη μέρα με τη συμβολή του ασθενούς, χαλαρωτικά ροφήματα, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής 	<p>Η ασθενής νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια, κοιμάται με μεγαλύτερη ευκολία και οι εφιάλτες έχουν μειωθεί σημαντικά</p>
--	---	---	--	---

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι τραυματικές εμπειρίες παρατηρούνται ως ένα ολόένα και συχνότερο φαινόμενο τόσο σε οικογενειακό όσο και σε κοινωνικό πλαίσιο. Τα συμπτώματα τα οποία προκαλούνται από το τραύμα και η διάρκεια τους καθορίζουν την ανάπτυξη και εμφάνιση της Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες (Post Traumatic Stress Disorder).

Η αιτιολογία της εμφάνισης και εξέλιξης της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες είναι πολυπαραγοντική και εκτείνεται σε αρκετά ευρύ φάσμα, με κύρια μεταβλητή την ύπαρξη μίας ιδιαίτερα τραυματικής εμπειρίας, όπως η κακοποίηση σε όλες τις μορφές που μπορεί να λάβει μέρος, η μαρτυρία μίας έντονης κατάστασης, γεγονότα ευρείας εμβέλειας όπως καιρικά φαινόμενα, τρομοκρατικές επιθέσεις κ.α.

Κάθε άτομο ανάλογα με την ηλικία, τις συνθήκες αλλά και σοβαρότητα, ένταση και συχνότητα του τραυματικού γεγονότος βιώνει τις μετατραυματικές συνέπειες διαφορετικά και παρουσιάζει αντίστοιχα συμπτώματα. Για αυτό το λόγο η διαταραχή είναι δυνατό να διαρκέσει από μήνες έως και χρόνια, ενώ μπορεί να προκαλέσει σοβαρή νοσηρότητα έως και θάνατο.

Κατά συνέπεια, έχουν δημιουργηθεί κατάλληλα προγράμματα αρωγής σε αρμόδιες κλινικές από ειδήμονες, ενώ παράλληλα γίνονται συχνά μελέτες και έρευνες για την εύρεση νέων στοιχείων σε σχέση με τη διαταραχή. Η συγκεκριμένη προϋπάρχει από τα αρχαιότερα χρόνια και έως τώρα η επιστήμη έχει παρουσιάσει σημαντικά βήματα προς την κατανόηση και θεραπεία της.

Αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση ότι πολλοί από τους ασθενείς δεν ζητούν έγκαιρα βοήθεια καθώς φοβούνται την αντίδραση του περίγυρου τους ή δεν γνωρίζουν αρκετά πράγματα σχετικά με την ασθένεια, με αποτέλεσμα η κατάσταση τους να επιδεινώνεται. Για αυτό, λοιπόν, είναι πολύ σημαντικό να απευθύνονται άμεσα σε ειδικό ή να απευθύνονται σε οικεία τους άτομα για τις ανησυχίες και σκέψεις τους, καθώς είναι πολύ σημαντική η στήριξη από το οικογενειακό και οικείο περιβάλλον και το αίσθημα της αποδοχής και κατανόησης.

Τα στρεσογόνα και τραυματικά γεγονότα συμβαίνουν με μεγάλη συχνότητα και ο καθένας μπορεί να έρθει αντιμέτωπος με κάποιο από αυτά. Ωστόσο, κάθε αντίδραση στο στρες καθορίζεται από μια πλειάδα παραγόντων, τόσο εξωτερικών όσο και εσωτερικών. Προσωπικά και διαπροσωπικά στοιχεία, περιβαλλοντικές και γενετικές ή

γενετικές επιρροές αλλά και νευροβιολογικές διεργασίες δημιουργούν τις προϋποθέσεις που κάνουν ένα άτομο ευεπίφορο ή ανθεκτικό απέναντι στην εκδήλωση μετα-τραυματικής ψυχοπαθολογίας.

Παρόλα αυτά, κατά την εκτίμηση των δεδομένων και των πληροφοριών σχετικά με την εν λόγω διαταραχή θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ορισμένοι περιορισμοί των ερευνών. Διαφορές στη μεθοδολογία, τους τύπους δειγμάτων, τον τρόπο αξιολόγησης και μέτρησης των μεταβλητών, η ύπαρξη συννοσηρών καταστάσεων, η χρήση φαρμακευτικών ουσιών, ο υποκειμενικός χαρακτήρας των αυτο-αναφορών των ασθενών και αρκετοί άλλοι παράγοντες επιδρούν στα αποτελέσματα μειώνοντας την εγκυρότητά τους και περιορίζοντας τη δυνατότητα γενίκευσης τους. Να σημειωθεί, επίσης, ότι τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών που εξέτασαν άτομα με διαταραχή μετα-τραυματικού στρες έχουν προκύψει με βάση τα κριτήρια διαφόρων εκδόσεων του DSM. Ο τρόπος με τον οποίο ορίζονται τα διαγνωστικά κριτήρια σε κάθε έκδοση του εγχειριδίου επηρεάζει κατά πολύ τη διερεύνηση των περιπτώσεων μετα-τραυματική ψυχοπαθολογίας και κατ' επέκταση τα ευρήματα που την αφορούν.

Η συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή, λοιπόν, διαθέτει μία πολυπλοκότητα, η οποία απαιτεί μία πολυδιάστατη προσέγγιση προκειμένου να εξηγηθεί. Η διαταραχή έχει να κάνει με την “ιατρική” εικόνα του ασθενούς, με το πώς είναι ο ασθενής, με το πώς και τι σκέφτεται, με το πώς δρα, με τις αξίες που έχει, καθώς και με τα συστήματα με τα οποία αλληλεπιδρά (π.χ. οικογένεια, κοινωνία, πολιτισμός). Όλα αυτά σχετίζονται με την πιθανότητα ψυχικού τραύματος ή εκδήλωσης μετα-τραυματικής ψυχοπαθολογίας, αλλά και με την αντιμετώπιση αυτής. Η ουσία της αντιμετώπισης, ωστόσο, δε βρίσκεται στη θεραπεία της διαταραχής, αλλά στη θεραπεία του ατόμου και όλων αυτών που τον “συνοδεύουν”. Όπως είπε και ο William Osler «Ο καλός γιατρός θεραπεύει την ασθένεια. Ο εξαιρετικός γιατρός θεραπεύει τον ασθενή».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Revision. Washington, D.C., The American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, (2004). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revision. Washington, D.C., The American Psychiatric Association.

Australian Institute of Health Welfare Hospital separations due to injury and poisoning, (2009-2010). Australia.

Auxéméry Y., (2012). L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un événement traumatogène et un contexte social [posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context]. *Encephale*.

Beck, JG, Coffey SF., (2007). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder after a motor vehicle collision: empirical findings and clinical observations. *Professional Psychology Research and Practice*.

Belivanaki M, Kolaitis G, Kanari N, Tsiantis J., (2006). Post-traumatic stress disorder symptomatology, often non-recognized, among psychiatric inpatient children and adolescents. *Encephalos-Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 43, 53-58.

Brandes D., Gilboa A., Freedman S., Shaley A., (2002). *Psychiatry Research Journal*, vol.11, 231-238.

Bryant, RA., O'Donnell, ML., Creamer, MC., McFarlane, AC., Clark, CR., Silove, DM., (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *American Journal of Psychiatry*; vol.167, 312- 20.

Caroll, LJ, Connelly, LB, Spearing, NM, Cote, P., Buitenhuis, J., Kenardy, J., (2011). Complexities in understanding the role of compensation-related factors on recovery from whiplash-associated disorders: discussion paper 2. *Vol.36*, 316-21.

Celter C., Juan J.Lopez-Ibor, Andreasen N., (2007). Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Claes, S.J., (2004). CRH, Stress, and Major Depression: A Psychobiological Interplay. *Journal of Affective Disorders*, vol. 69, 117-150.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Zhitova, A.C., Capone, M.E., (2003). *Treating Child Abuse – Related Post-Traumatic Stress and Co-Morbid Substance Abuse in Adolescents: Child Abuse and Neglect*. New York, Routledge Publications.

Delaney Michelle, Justin Kenardy, Erin Charlton, Yutaka Matsuoka, (2013). A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Care Injured*, 44, 1413-1422.

Dixon A, Howie P, Starling J., (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, vol. 44 (8), 798–806.

Dube SR, Felitti V, Dong M. Chapman D, Giles W, Anda R., (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, vol. 111 (3), 564–572.

Ehlers, A., Clark, DM., (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research Therapy*. Vol. 38(4), 319-45.

Ehring, T., Ehlers, A., Glucksman, E., (2008). Do cognitive models help in predicting the severity of posttraumatic stress disorder, phobia, and depression after motor vehicle accidents? A prospective longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* vol. 76(2), 219-30.

Eksi A, Peykerli G, Saydam R, Toparlak D, Braun KL., (2008). Vivid intrusive memories in PTSD: responses of child earthquake survivors in Turkey. *Journal of Loss and Trauma*, vol. 13(2-3), 123–155.

European Journal of Psychotraumatology (2010). vol.1.

Farahani M., Mohammadi E., Ahmadi F., Mohammadi N., (2013). Factors influencing the patient education: A qualitative research, *Iran J Nurs Midwifery Res*, vol. 18(2), 133–139.

Feerick, M.H., Haugaard, J.J., Hien, D.A., (2002). *Child Maltreatment and Adulthood Violence: The Contribution of Attachment and Drug Abuse*. Boston, Erlbaum.

Floros, G.D., Charatsidou, I. & Lavrentiadis, (2008). A case of PTSD presenting with psychotic symptomatology: a case report. *Cases Journal* **1**, 352.

Fong Ha J., Longnecker N., (2010). Doctor-Patient Communication: A Review, *Ochsner J.* vol. 10(1), 38–43.

Fullerton, C., Grieger, T., (2003). Posttraumatic Stress Disorder, Alcohol Use, and Perceived Safety after the Terrorist Attack on the Pentagon. *Psychiatric Services*, Vol.54, Issue 10, 1380-1382.

Hagerty T., Samuels W., Norcini-Pala A., PhD, Fellow P., Gigliotti E., (2017). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data? vol. 30(2), 160–167.

Hensley L, Varela RE., (2007). PTSD symptoms and somatic complaints following Hurricane Katrina: the roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 37(3), 542-552.

Hensley L, Varela RE., (2007). PTSD symptoms and somatic complaints following Hurricane Katrina: the roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 37(3), 542-552.

Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP, Wu P, Mandell DJ, Goodwin RD et al., (2005). Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Archives of General Psychiatry*, vol. 62(5), 545-552.

Jahromi V., Tabatabaee S., Abdar Z., Rajabi M., (2016). Active listening: The key of successful communication in hospital managers, *Electron Physician*, vol. 8(3), 2123–2128.

Kaplow J.B., Dodge K.A, Amaya-Jackson L, Saxe G.N., (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry*, vol. 162(7), 1305- 1310.

Kar N., (2009). Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions *World Journal of Pediatrics*, vol. 5(1), 5-11.

Kinchin D., (2005). Post-traumatic stress disorder the invisibly injury. *Wessex Press Wantage Oxfordshire GB*.

Kleiman, M., et al., (2003). School of Public Affairs. California Policy Research Centre.

Kourkouta L., Papathanasiou I., (2014). *Communication in Nursing Practice*, vol. 26(1), 65–67.

Kring A.M, G.C Davison, J.M Neale, J.M Johnson, (2010). *Psychopathology*, Εκδόσεις Cutenberg, Athens.

Levin R, Nielsen TA., (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, vol. 133(3), 482-528.

Mache, S., Vitzthum, K., Joachim, R., Quarcoo, D., Groneberg, D.A., (2009). Psychotrauma and Effective Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Soldiers and Peacekeepers. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, vol .4, 21.

Matthews, LR., (2005). Work potential of road accident survivors with posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research Therapy* vol. 43(4), 475-83.

Mayou R., Bryant B., (2002). Outcome 3years after a road traffic accident. *Psychological Medicine* vol. 32(4), 671-5.

Mclaughlin K, Kar J A., (2019). Aftermath of the Parkland Shooting: A Case Report of Post-traumatic Stress Disorder in an Adolescent Survivor. Vol. 11(11), e6146.

McLean, SA, Clauw, DJ, Abelson, JL, Liberzon, I., (2005). The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine* vol. 67(5), 783-90.

Mills C., (2004). *Problems at home, problems at school: the effects of maltreatment in the home on children's functioning at school*. London, NSPCC.

Monson, C. M. & Shnaider, P., (2014). *Treating PTSD with cognitive-behavioral therapies: Interventions that work*. Washington, DC: American Psychological Association.

Mosadeghrad A., (2012). A Conceptual Framework for Quality of Care, *Mater Sociomed*, vol. 24(4), 251–261.

Mulvihill D., (2005). The health impact of childhood trauma: An interdisciplinary review, 1997–2003, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, vol. 28(2), 115–136.

National Collaborating Centre for Mental Health., (2005). Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society, Health NCCFM, editor.

O'Donell, ML, Creamer, MC, Parslow, R., Elliott, P., Holmew ACN, Ellen, S., et.al., (2008). A predictive screening index for posttraumatic stress disorder and depression following traumatic injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* vol. 76(6), 923-32.

Paterick T, Patel N., Jamil Tajik A., Chandrasekaran K., (2017). Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients, vol. 30(1), 112–113.

Polikandrioti M., Ntokou M., (2011). Needs of hospitalized patients, vol.5, 1.

Polonko K.A., (2006). “Exploring Assumptions about Neglect in Relation to the Broader Field of Child Maltreatment”, *J. Health and Human Services Administration* vol. 29(3), 260- 284.

Popa-Velea O., Purcărea VL., (2014). Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care, vol. 7, 39–45.

Rocha E., Marche T., Baeyer C. (2009). Anxiety influences children’s memory for procedural pain. *Pain Res Manage* vol. 14(3), 233-237.

Sadock Benjamin J. & Virginia A.Sadock, (2007). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.*

Salzmann-Erikson M., Dahlén J., (2017). Nurses’ Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research, vol. 26(1), 1–13.

Sheila L., (2013). *Psychiatric-Mental Health Nursing*, 5th edition.

Smith, P., Perrin, S., Yule, S., Clark, M.D., (2010). *Post-Traumatic Stress Disorder. Cognitive Therapy with Children and Young People*. Oxford, Routledge.

Sterling, M., Hendrikz, J., Kenardy, J., (2011). Similar factors predict disability and posttraumatic stress disorder trajectories after whiplash injury. *Vol. 152(6)*, 1272-8.

Straus, M., & Kantor, G., (2005). Definition and measurement of neglectful behaviour: some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, vol. 29, 19-29.

Thornicroft G., Deb T., Henderson C., (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments, *World Psychiatry*, vol. 15(3), 276–286.

Ullman SE., (2007). Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 16(1), 19-36.

Valent Paul, (1980). *From Survival to Fulfilment, A Framework for the Life-trauma Dialectic*, Brunner/Mazel, Philadelphia.

Verger, P., (2004). The Psychological Impact of Terrorism: An Epidemiologic Study of Posttraumatic Stress Disorder and Associated Factors in Victims of the 1995–1996 Bombings in France. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 161 (8), 1384-1389.

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε., Αγγελοπούλου, Ν., Αμπατζόγλου, Γ., κ.ά., (2009). *Βία στην Οικογένεια: Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική. Κ.Ψ.Μ.*, Αθήνα.

Αλεβίζος Βασίλειος, (2008). *Άγχος, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα*, Αθήνα.

Βαρδάκου, Ι., (2007). Ενδοσχολική Βία. *Εφημερίδα Εβδόμη*, Τεύχος 5.267, σ. 19.

Βεντουράτου, (2009). *Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και Τραυματοθεραπεία*, εκδοτικός οίκος Πεδίο, Αθήνα.

Βεντουράτου, Δ., (2004). Γιατρεύεται το Ψυχικό Τραύμα; Εφημερίδα Ιατρικά Ελευθεροτυπίας, Τεύχος 7.326, σ. 26.

Γιομπαζολιά, Τ., (2010). Συναισθηματική Κακοποίηση. Περιοδικό Διάλογος, Τεύχος 59, σ.23.

Δέδε, Μ., (2008). Το Ψυχικό Τραύμα Μας Ακολουθεί Από τη Βρεφική Ηλικία. Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Τεύχος 9.420, σ. 36.

Καλμπάρη Ε., (2008). Μετατραυματικό Στρες. Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Τεύχος 9.8366, σ. 39.

Καλογεράκη, Ξ., (2004-2005). Σχολική Επιθετικότητα. Ο Παλικαράς, το Θύμα και οι Παρευρισκόμενοι στις Ομάδες Μαθητών/τριών. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Κούκια, (2014), Ψυχιατρική Νοσηλευτική- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Μάκα, Ζ., Καφέτσιος, Κ., (2007). Πρώιμες Τραυματικές Εμπειρίες, Διαπροσωπικές Σχέσεις και Συναισθημα Ατόμων σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Παπαδοκοτσώλη, Ε., (2008). Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους. Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Τεύχος 10.005, σ. 39.

Παπαληγούρα, Ζ., (2007). Η Ψυχολογία του Θανάτου και του Πένθους. Εκδόσεις Ξηρογραφία, Θεσσαλονίκη.

Πλακιά, Η.Α., Τσιτώνα, Φ.Ν., (2008). Σεξουαλική Κακοποίηση Παιδιών και Εφήβων. Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

Πομίνι, Β., (2007). Ψυχικές και Σωματικές Επιπλοκές. Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Τεύχος 9.056, σ. 39.

Πρεκατέ, Β., Γιωτάκος, Ο., (2005). Οδηγός Εκπαιδευτικών και Γονέων για την Ανίχνευση της Παιδικής Κακοποίησης. ΒΗΤΑ Medical Arts, Αθήνα.

Τζελέπη-Γιαννάτου Ε., (2008). Θέματα Διαχείρισης Προβλημάτων Σχολικής Τάξης. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Χατζηφωτίου, Σ., (2005). Ενδοοικογενειακή Βία κατά των Γυναικών και Παιδιών: Διαπιστώσεις και Προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία. Εκδόσεις Τζιόλα, Θεσσαλονίκη

Χατζηχρήστου, Χ., (1999). Ο Χωρισμός των Γονέων: Το Διαζύγιο & Τα Παιδιά. Η Προσαρμογή των Παιδιών στην Διπυρηνική Οικογένεια και το Σχολείο. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ψωμά, Α., (2001). Ενδοοικογενειακή Βία και Παιδί. Πάντειος Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Arch Gen Psychiatry, *Συναισθηματική αντιδραστικότητα σε μία μόνο εισπνοή διοξειδίου του άνθρακα 35% και η σύνδεσή του με μεταγενέστερα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες και άγχους σε στρατιώτες που αναπτύσσονται στο Ιράκ*. Διαθέσιμο στο: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/1389369> Τελευταία προσπέλαση: 20 Απριλίου 2021

Archives of Neuropsychiatry (Arch Neuropsychiatry), *Ψυχικά ευρήματα σε θύματα τραύματος*. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363440> Τελευταία προσπέλαση: 10 Αυγούστου 2021

Comprehensive Psychiatry, *Παράγοντες που σχετίζονται με τα πρότυπα συννοσηρότητας σε πλήρη και μερική PTSD: Ευρήματα από τη μελέτη PsyCoLaus*, Τόμος 55, Τεύχος 4. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14000145> Τελευταία προσπέλαση: 18 Ιουνίου 2021

Dialogues in clinical neuroscience, *Διαταραχή μετατραυματικού στρες: η νευροβιολογική επίδραση του ψυχολογικού τραύματος*. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182008/> Τελευταία προσπέλαση: 15 Ιουνίου 2021

European Journal of Psychotraumatology, *Ψυχοθεραπείες για PTSD: τι κοινό έχουν*; Τόμος 6, Τεύχος 1. Διαθέσιμο στο:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v6.28186?src=recsys> Τελευταία προσπέλαση: 12 Αυγούστου 2021

International Journal of Neuropsychopharmacology, *Φαρμακοθεραπεία βάσει διαταραχών μετατραυματικού στρες (PTSD)*, Τόμος 15, Τεύχος 6. Διαθέσιμο στο: <https://academic.oup.com/ijnp/article/15/6/825/761323> Τελευταία προσπέλαση: 2 Αυγούστου 2021

Journal of Anxiety Disorders, *Θεραπεία παρατεταμένης έκθεσης για διαταραχή μετατραυματικού στρες που σχετίζεται με την καταπολέμηση: Μια εξέταση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας για βετεράνους των πολέμων στο Αφγανιστάν και το Ιράκ*, Τόμος 25, Τεύχος 3. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618510002203> Τελευταία προσπέλαση: 15 Ιουνίου 2021

Journal of Occupational Medicine and Toxicology, *Ψυχοτραύμα και αποτελεσματική θεραπεία της μετατραυματικής διαταραχής άγχους σε στρατιώτες και ειρηνευτές*, volume 4, Άρθρο 21. Διαθέσιμο στο: <https://link.springer.com/article/10.1186/1745-6673-4-21> Τελευταία προσπέλαση: 2 Αυγούστου 2021

Neuropharmacology, *Επικαλυπτόμενη νευροβιολογία μάθησης αδυναμίας και ρυθμισμένης ήττας: Επιπτώσεις για PTSD και διαταραχές της διάθεσης*, Τόμος 62, Τεύχος 2. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028390811001043> Τελευταία προσπέλαση: 13 Ιουνίου 2021

Neuropharmacology, *Αντιμετώπιση εφιαλτών και αϋπνίας σε διαταραχή μετατραυματικού στρες: Μια ανασκόπηση των τρεχόντων στοιχείων*. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028390811001109> Τελευταία προσπέλαση: 12 Απριλίου 2021

Neuropharmacology, *Παράγοντες ευπάθειας περιβάλλοντος Gene × για PTSD: Ο άξονας HPA*, Τόμος 62, Τεύχος 2. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028390811001183> Τελευταία προσπέλαση: 20 Ιουνίου 2021

Psychoneuroendocrinology, *Το τραύμα και τα επακόλουθα αποτελέσματα ευαισθητοποίησης διαμορφώνονται από ψυχολογικούς παράγοντες*, Τόμος 30, Τεύχος 10. Διαθέσιμο στο:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453005001046> Τελευταία προσπέλαση: 19 Ιουνίου 2021

The American Journal of Psychiatry, *Διάγνωση και θεραπεία των συναισθηματικών συμπεριφορών ελέγχου που σχετίζονται με PTSD σε βετεράνους του πολέμου στο Ιράκ: Η επίδραση του στρατιωτικού πλαισίου στην έκφραση των συμπτωμάτων PTSD*, Τόμος 166, Τεύχος 7, Διαθέσιμο στο:

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2009.08091315> Τελευταία προσπέλαση: 1 Μαΐου 2021

The American Journal of Psychiatry, *Διάγνωση και θεραπεία των συναισθηματικών συμπεριφορών ελέγχου που σχετίζονται με PTSD σε βετεράνους του πολέμου στο Ιράκ: Η επίδραση του στρατιωτικού πλαισίου στην έκφραση των συμπτωμάτων PTSD*. Τόμος 166, Τεύχος 7, Διαθέσιμο στο:

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2009.08091315> Τελευταία προσπέλαση: 20 Απριλίου 2021

The encephalon, *Διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ως συνέπεια της αλληλεπίδρασης μεταξύ μιας ατομικής γενετικής ευαισθησίας, ενός τραυματογόνου γεγονότος και ενός κοινωνικού πλαισίου*, Τόμος 38, Τεύχος 5. Διαθέσιμο στο:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23062450> Τελευταία προσπέλαση: 8 Ιουλίου 2021

Woodland Park CO, *Ενημερωτικό δελτίο PTSD, υπηρεσίες υποστήριξης PTSD*. Διαθέσιμο στο: https://www.ptsdsupport.net/PTSD_Brief_Checklist.html Τελευταία προσπέλαση: 12 Ιουνίου 2021

Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, *Γλωσσάριο για τη Μετανάστευση. Διεθνής Μεταναστευτική Νομοθεσία*. Διαθέσιμο στο:

http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_20.pdf Τελευταία προσπέλαση: 12 Ιουνίου 2021

Επιτροπή Πολιτών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα Διεθνώς, *Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες: Κάνοντας ασθένεια το πόλεμο για τη πόληση φαρμάκων*.

Διαθέσιμο στο: <https://www.cchr.gr/documentaries/the-hidden-enemy/ptsd-pathologizing-war-to-sell-drugs.html> Τελευταία προσπέλαση: 13 Ιουνίου 2021

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Παρακάτω παρατίθενται αληθινά περιστατικά μετά-τραυματικού στρες, όπως ακριβώς τα διηγήθηκαν τα ίδια τα άτομα τα οποία διαγνώστηκαν με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Τα συγκεκριμένα παραδείγματα προέρχονται από ποικίλα άρθρα διαδικτυακών πηγών, όπου χρησιμοποιούνται για την διάδοση της διαταραχής με σκοπό την καλύτερη κατανόηση αυτής και την ενθάρρυνση προς κάθε πάσχον άτομο να μοιραστεί την τραυματική εμπειρία που βίωσε. Είναι σημαντικό να ειπωθεί ότι κύριος στόχος είναι η δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για κάθε άτομο χωρίς λογοκρισίες και προκαταλήψεις. Το φαινόμενο μετά-τραυματικού στρες αποδεικνύεται συχνό και φαίνεται η αναγκαιότητα για κατανόηση ώστε να επιτευχθεί με το καταλληλότερο τρόπο η αντιμετώπιση και θεραπεία, αλλά και η κοινωνική επανένταξη κάθε ατόμου.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΠΡΩΤΟ

Στις 19 Νοεμβρίου του 2009 δημοσιεύθηκε η ιστορία μίας τότε 35χρονης κοπέλας με το ακρωνύμιο P. K. Philips., όπου διαγνώστηκε με τη διαταραχή μετά-τραυματικού στρες. Η ίδια δήλωσε πως δεν υπήρξε στιγμή στη ζωή της στην οποία δεν ένιωθε τα συμπτώματα της διαταραχής, η οποία πυροδοτήθηκε από διάφορα τραύματα λόγω σωματικής, ψυχολογικής και σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της παιδικής της ηλικίας. Μία τρομοκρατική επίθεση εναντίον της προκάλεσε περισσότερα συμπτώματα, όπως εφιάλτες, αναδρομές, αγοραφοβία, κρίσεις πανικού και υψηλά επίπεδα ανασφάλειας και άγχους. Όταν απέκτησε την κόρη της τα συμπτώματα αναπτύχθηκαν δραστικά με κύριο φόβο ότι ο θύτης θα έβλαπτε την κόρη της με τον ίδιο ή και χειρότερο τρόπο. Το μητρικό ένστικτο για τη προστασία προς το παιδί της, την οδήγησε να αναζητήσει βοήθεια και να μιλήσει. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας της, κατάφερε να κατανοήσει τις φοβίες της και ξεκίνησε την προσπάθεια αναζήτησης του εαυτού της τόσο για την ίδια όσο και για την κόρη της. Για την ίδια δεν υπάρχει η απόλυτη ανάρρωση από την διαταραχή, αλλά υπάρχουν πράγματα που επιβεβαιώνουν τις συνθήκες μίας καλύτερης ζωής και η σταδιακή διαμόρφωση της καλύτερης έκδοσης του εαυτού της και μίας καλύτερης ζωής.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΔΕΥΤΕΡΟ

Στην ηλικία των 16, η 22χρονη πλέον Sitara, επιβιβάστηκε σε ένα τραίνο το οποίο δέχθηκε βομβιστική επίθεση. Το τραυματικό βίωμα δεν άφησε σωματικές πληγές αλλά ήταν η αρχή πολλών χρόνων με εφιάλτες και κρίσεις πανικού. Παρόμοιοι χώροι, οσμές, δυνατοί ήχοι και η όψη και οσμή του αίματος προκαλούσαν εφιαλτικές αναδρομές, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μίας τρομερά δύσκολης καθημερινότητας, καθώς κάθε μέρα για την ίδια ήταν ένας ακατάπαυστος αγώνας επιβίωσης. Η διαπίστωση μίας τέτοιας οδυνηρής καθημερινότητας την έκανε να πιστεύει πως ο θάνατός της εκείνη την ημέρα θα ήταν μία καλύτερη επιλογή. Η Sitara δεν έχει δεχθεί ακόμα θεραπεία με δική της επιλογή καθώς είναι αδύνατο να εμπιστευτεί ένα δεύτερο άτομο αλλά ελπίζει να αποκτήσει αρκετό κουράγιο ώστε να αναζητήσει την επαγγελματική βοήθεια που χρειάζεται αλλά φοβάται ακόμα να δεχθεί.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΡΙΤΟ

Ο Brett τη δεκαετία του 1990 ασκούσε το επάγγελμα του αστυνομικού. Σε μία νυχτερινή βάρδια όπου υπηρετούσε σκοπιά, δέχθηκε επίθεση από μία ομάδα 30-40 ατόμων αρσενικού γένους και κατέληξε σε νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο, υπήρχε η συνεχής τάση για να κλάψει και ένα συνεχόμενο αίσθημα απελπισίας. Ο ίδιος δήλωσε πως δεν μπορούσε να καταλάβει τι συνέβαινε αλλά μίλησε σε ειδικούς και ακολούθησε διάγνωση από τους ψυχιάτρους του νοσοκομείου. Παρόλο που δέχθηκε και ακολούθησε τη θεραπεία, τα αποτελέσματα δεν ήταν θετικά, με αποτέλεσμα να διακομίζεται συχνά σε ψυχιατρικές κλινικές για πολλά χρόνια. Η διαταραχή εξελίχθηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό και ο ίδιος έχασε τον έλεγχο της ζωής του, προκαλώντας προβλήματα σε κάθε τομέα αυτής. Ανέπτυξε τα συμπτώματα της κατάθλιψης, κρίσεων πανικού και αγοραφοβία. Τελικά, μετά από δεκατέσσερα χρόνια έδειξε σημεία βελτίωσης και κατάφερε να αποκτήσει τον έλεγχο της ζωής και των συναισθημάτων του σταδιακά.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΕΤΑΡΤΟ

Παρατίθεται αυτούσια η διήγηση της τραυματικής ιστορίας ενός φυλακισμένου με το όνομα Mark. Ο ίδιος παραθέτει τα εξής:

"Έχασα την αθωότητά μου κατά τη διάρκεια τεσσάρων μηνών σε μια τουρκική φυλακή, αδύναμος και τρομοκρατημένος γιατί κανείς δεν ήξερε ότι ήμουν εκεί. Είδα την κτηνωδία πέρα από αυτό που μπορούσε να φανταστεί κανείς. Είχα κακοποιηθεί

τόσο βάνουσα ψυχικά από τη φρίκη της εμπειρίας, που όταν απελευθερώθηκα ήμουν μαριονέτα. Στην αρχή δεν ήξερα ότι είχα μετά-τραυματική διαταραχή στρες. Όταν επέστρεψα στην Αυστραλία η ψυχική μου κατάσταση εκδηλώθηκε σε άγχος και εφιάλτες και νυχτερινούς τρόμους και φόβο. Άρχισα να αποφεύγω τους ανθρώπους, έχασα τη δουλειά μου, έχασα το σπίτι μου, έχασα την όμορφη νεαρή γυναίκα που είχα παντρευτεί και τα δύο μικρά παιδιά που είχαμε ... Μου κόστισε πολύ. Και ακόμα δεν ήξερα για το PTSD. Τώρα, είναι μια αναγνωρισμένη ψυχική ασθένεια, αλλά στην κοινωνία που ζούμε αντιμετωπίζεται ως αδυναμία ή θεωρείται δειλός όποιος την έχει. Μιλούν για κόπωση μάχης και άγχος μάχης, αλλά το είδα καθαρά ότι το PTSD είναι κόπωση τρόμου. Πέρασα από την εποχή του Prozac, με γιατρούς που μου έπαιρναν ηρεμιστικά και κατέβηκα σε μια άλλη κόλαση - συνταγογραφούμενα φάρμακα - σχεδόν τόσο άσχημα όσο μου είχε συμβεί στην Τουρκία."

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΠΕΜΠΤΟ

Ένας Καυκάσιος 24χρονος στρατιώτης του Ναυτικού με μία συμμετοχή στον πόλεμο του Ιράκ, παρουσιάστηκε στο ιατρικό κέντρο VA για υγειονομική περίθαλψη. Κατά την είσοδό του βρέθηκε θετικός σε PTSD και μεταφέρθηκε για εξειδικευμένες υπηρεσίες σε ειδική κλινική μετατραυματικού στρες. Ο ασθενής ανέφερε ότι τα πρωταρχικά του καθήκοντα μάχης περιλάμβαναν τη μετάβαση από σπίτι σε σπίτι και την εκκαθάριση δωματίων, ένα κάθε φορά, για να διαφυλάξει γειτονιές. Στο πλαίσιο αυτού του καθήκοντος ανέφερε ότι εκτέθηκε σε πολλές απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις και πυρκαγιές, έγινε μάρτυρας νεκρών και ακρωτηριασμένων σωμάτων, έπρεπε να πάρει πολλές αποφάσεις ζωής ή θανάτου σε δευτερόλεπτα και έχασε δύο από τους φίλους του με θάνατο που σχετίζεται με την μάχη. Αφού επέστρεψε στις Ηνωμένες Πολιτείες άρχισε να βιώνει τουλάχιστον οκτώ ξεχωριστές ενοχλητικές αναμνήσεις και εφιάλτες από αυτές τις εμπειρίες μάχης. Ασχολήθηκε με την αποφυγή μέσω απόπειρας καταστολής σκέψης, υπερβολικής εργασίας και κατάχρησης αλκοόλ. Ήθελε να αποφεύγει τα πλήθη και τις κοινωνικές καταστάσεις και εγκατέλειψε το κολέγιο επειδή ένιωθε ότι δεν μπορούσε να επικεντρωθεί στα ακαδημαϊκά του καθήκοντα ως αποτέλεσμα των συμπτωμάτων του. Εκτός από τα άλλα συμπτώματα, ο ασθενής ανέφερε συμπεριφορές παθητικού ελέγχου. Ανέφερε ότι ελέγχει την κλειδαριά της μπροστινής πόρτας του 10 έως 30 φορές την ημέρα και κρυφοκοιτάζει έξω από τα παράθυρά του 30 έως 50 φορές την ημέρα. Ο ασθενής ανέφερε επίσης ότι ασχολήθηκε με την συμπεριφορά παθητικού ελέγχου όποτε είχε παρεμβατική μνήμη ή εφιάλητη,

κάθε φορά που άκουγε κάτι “ύποπτο” (π.χ. μία πόρτα αυτοκινήτου να κλείνει ή το γάβγισμα ενός σκυλιού) ή και όποτε ήταν έτοιμος να χαλαρώσει.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΕΚΤΟ

Παρατίθεται ακόμα μία αυτούσια διήγηση, ενός βετεράνου που υπηρέτησε στο Βιετνάμ. Ο ίδιο παραθέτει τα εξής:

"Είμαι βετεράνος της εποχής του Βιετνάμ που τραυματίστηκε από μάχη με 100% αναπηρία που συνδέεται με την υπηρεσία. Από το 1967, όταν απολύθηκα, ένιωσα ότι ήμουν στον έλεγχο της ζωής μου, ζώντας τη φυσιολογική ζωή που έκαναν όλοι οι άλλοι γύρω μου. Έως ότου, όμως, είχα μια εμπειρία σχεδόν θανάτου σε ένα νοσοκομείο το 1996 που στην πραγματικότητα κάτι άλλο με έλεγχε. Μην με ρωτάτε τι συνέβαινε, αλλά περνούσα μια δύσκολη στιγμή μέσα στον "Προσωπικό Κόσμο μου!" Δεν μπορούσα να ελέγξω τον θυμό μου στο μικρότερο γεγονός, άρχισα να οδηγώ σαν να έπρεπε να είμαι στο κεφάλι μιας γραμμής των αυτοκινήτων, η κοινωνική μου ζωή εξαφανίστηκε καθώς έμεινα σπίτι και παρακολουθούσα όλο και περισσότερο τηλεόραση. Απλώς δεν ήθελα να πάω καθόλου μία βόλτα! Αυτή η αλλαγή ήρθε πολύ ξαφνικά και τα αποτελέσματά της εξακολουθούν να υπάρχουν σήμερα. Το 1995, παρακολούθησα μια εθνική σύμβαση για τη στρατιωτική διαταγή της purple heart στο Norfolk VA. Αυτό μου έδωσε την ευκαιρία να συναντηθώ με άλλους που είχαν απονεμηθεί το Purple Heart και να μάθω για τις ανησυχίες αυτού του οργανισμού. Όταν επέστρεψα, μπήκα σε μια μεγάλη κατάθλιψη και δεν μπορούσα να την εξηγήσω με κανένα τρόπο. Ήμουν απλά σε ένα "Blue Funk" όλη την ώρα. Η μελλοντική γυναίκα μου επέμεινε να επισκεφθώ τον οικογενειακό μου γιατρό για να λάβω κάποια μορφή βοήθειας και αυτό έγινε καθώς βρέθηκε πως έπασχα από PTSD."

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΧΟΥ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Ελέγξτε τα παρακάτω συμπτώματα που αντιμετωπίζετε (που μπορεί να σχετίζονται ή όχι με ένα τραυματικό συμβάν) και να σημειώσετε ανάλογα με τις ανάγκες:

Βίωσα ή είδα ένα τραυματικό συμβάν κατά το οποίο ένιωσα υπερβολικό φόβο, αδυναμία ή τρόμο.

Το συμβάν συνέβη στις (ημέρα / μήνας / έτος) _____.

Τι συνέβη? _____.

A. Έχω συμπτώματα επανεμφάνισης ή επανεμφάνισης του τραυματικού συμβάντος:

- Κακά όνειρα ή εφιάλτες σχετικά με την εκδήλωση ή κάτι παρόμοιο
- Συμπεριφορά ή αίσθηση σαν να συνέβαινε το γεγονός ξανά (αυτό είναι γνωστό ότι έχει αναδρομές)
- Έχω πολλά συναισθηματικά συναισθήματα όταν θυμάμαι το γεγονός
- Έχω πολλές φυσικές αισθήσεις όταν θυμάμαι το συμβάν (π.χ., η καρδιά μου κτυπά ή χτυπά, ιδρώνω, δυσκολεύομαι να αναπνέω, αισθάνομαι λιποθυμία, νιώθω ότι θα χάσω τον έλεγχο)

B. Έχω συμπτώματα αποφυγής υπενθυμίσεων για το τραυματικό συμβάν:

- Αποφεύγοντας σκέψεις, συνομιλίες ή συναισθήματα που μου θυμίζουν το γεγονός
- Αποφεύγοντας άτομα, μέρη ή δραστηριότητες που μου θυμίζουν το συμβάν
- Έχοντας δυσκολία να θυμηθείτε κάποιο σημαντικό μέρος της εκδήλωσης

Γ. Παρατήρησα ότι από τότε που συνέβη το συμβάν:

- Έχω χάσει το ενδιαφέρον, ή απλά δεν το κάνω, πράγματα που ήταν σημαντικά για μένα
- Νιώθω αποσπασμένος από τους ανθρώπους. Το βρίσκω δύσκολο να εμπιστεύομαι τους ανθρώπους
- Νιώθω συναισθηματικά «μούδιασμα» και δυσκολεύομαι να έχω στοργικά συναισθήματα ακόμη και σε εκείνους που είναι συναισθηματικά κοντά μου
- Δυσκολεύομαι να πέσω ή να κοιμηθώ
- Είμαι ευερέθιστος και έχω προβλήματα με τον θυμό μου
- Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ
- Νομίζω ότι μπορεί να μην ζήσω πολύ καιρό και νιώθω ότι δεν έχει νόημα να σχεδιάζουμε το μέλλον
- Είμαι νευρικός και τρομάζω εύκολα
- Είμαι πάντα "σε επιφυλακή"

Δ. Αντιμετωπίζω αυτά τα ιατρικά ή συναισθηματικά προβλήματα:

- Προβλήματα στο στομάχι
- Εντερικά προβλήματα
- Γυναικολογικά προβλήματα
- Αύξηση ή απώλεια βάρους
- Χρόνιος πόνος (π.χ. στην πλάτη, το λαιμό, την πυελική περιοχή (σε γυναίκες))
- Προβλήματα στον ύπνο
- Προβλήματα που μένουν κοιμισμένα
- Πονοκέφαλοι
- Δερματικά εξανθήματα και άλλα δερματικά προβλήματα
- Ευερεθιστότητα, γρήγορη ιδιοσυγκρασία και άλλα προβλήματα θυμού
- Εφιάλτες
- Κατάθλιψη
- Έλλειψη ενέργειας, χρόνια κόπωση
- Ο αλκοολισμός και άλλα προβλήματα χρήσης ουσιών
- Γενικό άγχος
- Επιθέσεις άγχους (πανικού)
- Άλλα συμπτώματα όπως: _____