



Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός

Ουζούνη Χριστίνα¹, Νακάκης Κωνσταντίνος²

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Λαμίας
2. Καθηγητής Εφαρμογών Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Λαμίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα βιώματα που συχνά έχουν τα παιδιά, ζώντας σε ένα κόσμο με σαρωτικές αλλαγές και απρόβλεπτα ακραία γεγονότα είναι ιδιαίτερα αγχογόνα και αρκετές φορές τραυματικά, ώστε να ακυρώνουν κάθε μηχανισμό προσαρμογής τους.

Τραυματικές εμπειρίες για ένα παιδί μπορεί να είναι η έκθεση σε φυσικές καταστροφές, σε συνθήκες όπως ο πόλεμος και η τρομοκρατία, σε καταστάσεις θυματοποίησης (φυσική ή σεξουαλική κακοποίηση), σε ατυχήματα με συνέπεια σοβαρό τραυματισμό και αναπηρία ή με απώλεια αγαπημένου προσώπου, σε απειλητικές ασθένειες και επώδυνες νοσηλείες, καθώς και σε καταστάσεις ενδοοικογενειακής και εξωοικογενειακής βίας.

Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να διερευνήσει μέσα από την κριτική μελέτη της βιβλιογραφίας τη νοσηλευτική φροντίδα των παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Medline, Cinahl, BNI, PsycINFO και Scopus με λέξεις κλειδιά σχετικές με το θέμα της ανασκόπησης.

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι οι δημοσιευμένες πηγές που αναφέρονται στη νοσηλευτική προσέγγιση παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός είναι πολύ περιορισμένες και δεν παρέχουν σαφή προγράμματα νοσηλευτικής φροντίδας. Η νοσηλευτική φροντίδα παιδιού μετά από τραυματικό γεγονός περιλαμβάνει την πρόληψη του τραύματος, την ανίχνευση της πρώιμης συμπτωματολογίας, την προστασία του από αυτοκαταστροφική και αυτοκτονική συμπεριφορά, την ανάκτηση της εμπιστοσύνης στον εαυτό του και στους άλλους, την ενίσχυση της αυτοέκφρασης, την κάλυψη των συναισθηματικών του αναγκών, τη συμβουλευτική της οικογένειας, την επανασύνδεσή του με τους συνομηλίκους του και τις δραστηριότητές του, καθώς και την εξασφάλιση συνεχιζόμενης παρακολούθησης της θεραπευτικής του πορείας.

Συμπεράσματα: Τα τραυματικά βιώματα επηρεάζουν άμεσα ένα παιδί σε φυσικό, διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, έχοντας επιπτώσεις στην ομαλή ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη, στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του και στην ποιότητα της παιδικής και της ενήλικης ζωής του. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να γνωρίζει θεραπευτικές τεχνικές για να φροντίσει παιδιά μετά από βίωση τραυματικού γεγονότος στην κοινότητα, αλλά και σε κλινικό περιβάλλον. Είναι επίσης αναγκαίο να διαμορφωθούν προγράμματα νοσηλευτικής φροντίδας που να βασίζονται σε ενδείξεις από συστηματικές ανασκοπήσεις.

Λέξεις κλειδιά: Τραυματικό γεγονός, τραύμα, παιδί, νοσηλευτική φροντίδα, διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Δρ Ουζούνη Χριστίνα, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λαμίας, 3^ο χιλ. Π.Ε.Ο Λαμίας Αθηνών, 35100 Λαμία, E-mail: christinaouzouni@yahoo.com

Nursing care of children after a traumatic incident

Ouzouni Christina¹, Nakakis Konstantinos¹

1. Lecturer in Nursing, Technological Educational Institute of Lamia

ABSTRACT

Childhood experiences of living in a world of sweeping changes and unpredictable extreme events can be very stressful and are often traumatic and children are not able to mobilize the defense mechanisms necessary for adaptation. Traumatic experiences for a child can include exposure to natural disasters, circumstances such as war and terrorism, situations of victimization (physical or sexual abuse), accidents resulting in serious injury and disability, loss of loved one, a life-threatening illness and hospitalizations, painful situations, as well as domestic and interfamily violence.

The aim of this literature review was to explore the nursing care of children after a traumatic incident through a critical review of the existing literature.

Material and Methods: A literature search was performed in Medline, Cinahl, BNI, PsycINFO, and Scopus databases with keywords relevant to the subject of this review.

Results: From the literature review it was found that the published resources with respect to the nursing care of children after a traumatic event are very limited and they do not provide clear nursing care plans. Nursing care of children after a traumatic incident involves the prevention of trauma, the detection of early symptoms, the protection of the child from self-destructive and suicidal behavior, the restoration of confidence in self and others, the enhancement of the expressiveness, covering child's emotional needs, the family counseling and reconnection with their peers and childhood activities, as well as ensuring follow-up of their therapeutic progress.

Conclusions: Traumatic experiences directly influence a child at physical, mental and emotional levels, making an impact on the smooth psycho-emotional development, the formation of his personality and the quality of childhood and future adult life. It is vital that nurses are aware of therapeutic techniques, in order to approach and nurse traumatized children in the community or in clinical settings. Moreover, it is necessary for programs to be created with nursing care plans based on evidence from systematic reviews.

Key words: traumatic incident, trauma, child, nursing care, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Corresponding Author: Dr Ouzouni Christina, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Lamia, 3rd Km Old National Road, Lamia - Athens, 35100 Lamia, Greece, E-mail: christinaouzouni@yahoo.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα παιδιά είναι ευάλωτα και εξαρτώμενα, και έχουν το δικό τους κόσμο αισθημάτων, σκέψεων και αντιλήψεων. Τα βιώματά τους από την οικογένεια, το σχολείο, την κοινωνία καταγράφονται νευροβιολογικά και συναισθηματικά επηρεάζοντας τη συμπεριφορά, τις σχέσεις, τις συνήθειες και γενικότερα όλη τους τη ζωή. Ακόμη και οι ανεπεξέργαστες απωθημένες τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, αν και παραμένουν ασυνείδητες, εξακολουθούν να επιδρούν και στην ενήλικη ζωή.¹

Αναπόφευκτα όλα τα παιδιά δοκιμάζουν αγχωτικά γεγονότα, που μπορούν να έχουν κάποιες επιπτώσεις στη συναισθηματική και φυσική τους σφαίρα. Τις περισσότερες φορές, όταν τα παιδιά εκτίθενται σε τραυματική εμπειρία που τους προκάλεσε αρνητικά συναισθήματα και στρες, μετά από ένα σύντομο διάστημα παροδικής αποσταθεροποίησης ανακάμπτουν, χωρίς να

εμφανίζουν κάποια σοβαρά συνακόλουθα προβλήματα.²

Ωστόσο, υπάρχουν φορές που οδυνηρά ή ιδιαίτερα αγχογόνα γεγονότα, όπως η κακοποίηση, η ενδοοικογενειακή βία, η απειλή από ακραία φυσικά φαινόμενα ή η διαμονή σε εμπόλεμη ζώνη βιώνονται "τραυματικά" και έχουν σοβαρές και μακροχρόνιες συνέπειες ιδιαίτερα στα παιδιά, καθορίζοντας την ψυχοσυναισθηματική τους ανάπτυξη και υγεία με αποτέλεσμα να απειλείται σοβαρά η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής τους. Συνεπώς, όταν τα παιδιά έχουν βιώσει με ένταση εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις που θεωρούνται "τραυματογόνες" και οι εκδηλώσεις από αυτές συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα ή φαίνεται ότι παραμένουν, χρειάζονται ουσιαστική βοήθεια με συνεχή υποστήριξη από το περιβάλλον τους και ειδική φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας.³ Υποστηρίζεται ότι τα συμπτώματα



που σχετίζονται με τραύμα που εμφανίζεται μετά από φυσικές καταστροφές υποχωρούν ταχύτερα σε σχέση με τα συμπτώματα που εμφανίζονται μετατραυματικά από τη βίωση καταστάσεων διαπροσωπικής βίας.⁴

Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας με πολυδιάστατο και καθοριστικό θεραπευτικό ρόλο, ο οποίος συνδυάζει την πρόληψη, την κλινική φροντίδα, τη συμβουλευτική και την αποκατάσταση εμπλέκονται ενεργά στη φροντίδα των παιδιών. Ειδικότερα, ανιχνεύουν και εντοπίζουν την προειδοποιητική μετατραυματική συμπτωματολογία σε παιδιά και η δραστηριοποίησή τους αφορά στην κοινότητα, στον κλινικό χώρο και στους χώρους εκπαίδευσης παιδιών, παρέχοντας σε αυτά αισθήματα ασφάλειας και σταθερότητας, αλλά και ενισχύοντας την αυτοέκφρασή τους μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας που χαρακτηρίζεται από την αποδοχή χωρίς όρους.^{3,5} Επιπλέον, οι κοινοτικοί, οι κλινικοί και οι σχολικοί νοσηλευτές μέσα από το εξειδικευμένο επαγγελματικό τους έργο έχουν τη δυνατότητα να διασυνδέουν τα παιδιά με ειδικούς, να ενημερώνουν και να συνεργάζονται, καθώς και να κατευθύνουν συμβουλευτικά τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς^{6,7} για τη στήριξη τους, την ανάκτηση της λειτουργικότητάς τους και την αποκατάστασή τους σε ψυχολογικό και σε κοινωνικό επίπεδο.

Ο έγκαιρος εντοπισμός και η εκτίμηση των συναισθηματικών, αλλά και των γενικότερων αναγκών του παιδιού μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος αποτελούν τον οδηγό για το σχεδιασμό της φροντίδας του, καθώς και για τις θεραπευτικές εξατομικευμένες επιλογές που θα ακολουθηθούν.⁸ Ακόμη, πολλές φορές είναι απαραίτητο να παρασχεθεί επαγγελματική υποστήριξη με την ενδεδειγμένη για την περίπτωση του παιδιού θεραπευτική προσέγγιση (ατομική, οικογενειακή ή ομαδική) που θα επιλεγεί μετά από εκτίμηση του “τραύματος”, του αναπτυξιακού του σταδίου, αλλά και των δυνατοτήτων του.^{3,8} Οι κύριοι στόχοι κάθε ατομικής θεραπευτικής παρέμβασης και συλλογικής προσπάθειας για τη φροντίδα των παιδιών είναι η πρόληψη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας, η άμβλυση των συμπτωμάτων που αναπτύχθηκαν μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος και τα ταλαιπωρούν ψυχικά αλλά και οργανικά, η ενίσχυση της αυτοέκφρασής τους για την επεξεργασία του τραυματικού γεγονότος, καθώς και η επαναπροσαρμογή τους σε συνθήκες που ορίζουν τη φυσιολογική ζωή των παιδιών σε ένα κατάλληλο περιβάλλον.

Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της μετατραυματικής διαταραχής στα παιδιά και

ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας τους.

Μέθοδος ανασκόπησης της βιβλιογραφίας

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε για το χρονικό διάστημα 1978 έως το 2009 μέσω των βάσεων δεδομένων Cinahl, Medline, Psycinfo, BNI, Scopus με τους συνδυασμούς των λέξεων "child", "post-traumatic stress disorder", "PTSD", "nursing care", "therapy".

Εννοιολογικός προσδιορισμός του "τραύματος"

Το "τραύμα" είναι μια οξεία κατάσταση που συμβαίνει αιφνίδια, κατακλύζει το άτομο από ένταση και πλήθος συναισθημάτων που διαταράσσουν την ψυχική του σφαίρα, καθώς και τη συμπεριφορά του και έχει ως αποτέλεσμα τη συναισθηματική του κατάρρευση. Μπορεί ωστόσο, το "τραύμα" να παραμένει ως μια συσσωρευμένη, σιωπηλή οδυνηρή εμπειρία με αντιδράσεις που δεν είναι πάντα θορυβώδεις και εμφανείς, αλλά με σοβαρές, βαθιές και μακροχρόνιες συνέπειες.⁹

Μετατραυματική ψυχοπαθολογία

Η παρουσία μετατραυματικής ψυχοπαθολογίας στα παιδιά εντάσσεται στα πλαίσια της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας και συνδέεται με την έκθεση σε εξαιρετικά

δύσκολες, ακραίες και ανυπέρβλητες συναισθηματικά εμπειρίες από τις οποίες απειλήθηκαν σοβαρά τα ίδια ή και άλλοι με αποτέλεσμα να προκληθούν βλάβες με μακροχρόνιες συνέπειες στη συναισθηματική, ψυχική και σωματική τους ευεξία.¹⁰ Η μετατραυματική ψυχοπαθολογία περιλαμβάνει τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, τις φοβίες, τις αγχώδεις διαταραχές, τις διαταραχές διαγωγής, τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού, τη διάσπαση προσοχής, την κατάθλιψη, τις διαταραχές ύπνου, καθώς και τη χρήση ουσιών όταν το παιδί προσεγγίζει την προεφηβεία.^{11,12,13} Αξίζει να σημειωθεί ότι μόλις το 1980 στο DSM-III συμπεριελήφθηκε για πρώτη φορά η διάγνωση "μετατραυματική διαταραχή στρες" που στηριζόταν σε κριτήρια, αναδεικνύοντας και τη μοναδική κλινική της φαινομενολογία ως «απάντηση» σε "τραύμα".¹⁴

Η αντίδραση στο ψυχικό τραύμα ως μετατραυματική διαταραχή στρες, συχνά εισβάλλει ύπουλα και μπορεί να εμφανιστεί εβδομάδες, μήνες ακόμη και χρόνια μετά από την έκθεση σε αγχογόνο εμπειρία. Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν αρκετές ημέρες, εβδομάδες ή πολύ περισσότερο και να κορυφωθούν βαθμιαία. Είναι τεκμηριωμένο ότι τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες μπορεί να παραμείνουν για πολύ καιρό και εάν δεν αντιμετωπισθούν στην έναρξή τους με



κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να οδηγήσουν με την πάροδο του χρόνου σε σοβαρές καταστάσεις.^{15,16} Από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι τα παιδιά μπορεί να βιώσουν το πλήρες φάσμα των μετατραυματικών εκδηλώσεων, αλλά ωστόσο, με διαφορετικό τρόπο από ότι οι ενήλικες, οι οποίες εξαρτώνται από την προσωπικότητα του παιδιού, την ηλικία και το αναπτυξιακό του στάδιο.^{13,17,18}

Συνήθως, τα παιδιά μετά το “τραύμα” εμφανίζουν ταραγμένη ή συγκεχυμένη συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από ένα πλήθος συμπεριφορικών αντιδράσεων.^{16,18} Οι αιφνίδιες και επίμονες παρεμβολές στη σκέψη του παιδιού και η ανάκληση δυσάρεστων αναμνήσεων και σκηνών από το τραυματικό γεγονός, πυροδοτούν την αναβίωση του συμβάντος (παρεισφρητική επαναβίωση) από την οποία το παιδί συγκλονίζεται και ταλαιπωρείται. Η επαναβίωση του “τραύματος” μπορεί να συμβεί ακόμη από κάτι που θα λειτουργήσει ως αφορμή, όπως είναι ένας ήχος, μια εικόνα, ορισμένες λέξεις ή μια μυρωδιά ώστε να θυμίσει το αρχικό τραυματικό γεγονός. Σε παιδιά μικρής ηλικίας παρατηρείται ότι στο παιχνίδι τους περιλαμβάνεται η επίμονη επανάληψη πτυχών της τραυματικής εμπειρίας που τα απασχολεί.^{3,14,16} Καθώς αναπτύσσεται η μετατραυματική διαταραχή, τα παιδιά νοιώθουν να κατακλύζονται από αισθήματα ανεξέλεγκτου άγχους, ενοχών,

αυτομομφής, ανικανότητας, αβοηθησίας, φρίκης, θυμού, ντροπής, θλίψης και απόγνωσης, τα οποία τα ακινητοποιούν και προδιαγράφουν την πορεία τους προς τη κατάθλιψη^{11,13,14} ή τη διαταραχή προσωπικότητας.¹⁹ Επίσης, η αυξημένη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος στα παιδιά μετά το “τραύμα” εκδηλώνεται με υπερδιέγερση και υπερβολική αντανακλαστική ανταπόκριση, δηλαδή ανεξέλεγκτη αντίδραση ξαφνιάσματος σε σειρήνες συναγερμών, σε απότομους θορύβους ή σε απτική επαφή, με έντονες φοβικές αντιδράσεις, αλλά και με υπερεπαγρύπνηση και ευερεθιστότητα που συνοδεύεται με εκρήξεις θυμού.^{13,14,20} Η υπερεπαγρύπνηση μπορεί να εμφανισθεί ως ψυχαναγκαστικός έλεγχος της ασφάλειας της πόρτας του σπιτιού ή υπερβολική ανησυχία για την υγεία των ατόμων από τα οποία εξαρτώνται και τα φροντίζουν, ενώ τα ξεσπάσματα θυμού και η ευερεθιστότητα μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολίες αναφορικά με τη διατήρηση σχέσεων με τους συμμαθητές και σε συγκρούσεις με τους γονείς και τους δασκάλους.^{4,13,14}

Επιπλέον, τα “τραυματισμένα” παιδιά εμφανίζουν ελλειμματική προσοχή και φτωχή συγκέντρωση που συχνά οδηγούν σε χαμηλή επίδοση στο σχολείο, σε ατυχήματα, καθώς και σε απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε απολάμβαναν.^{13,21} Επειδή τα παιδιά σε

υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος συνήθως αναστατώνονται ή έχουν έντονες αντιδράσεις προσπαθούν να αποφεύγουν συζητήσεις, δραστηριότητες, άτομα και χώρους που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία, αλλά ωστόσο, παράλληλα μπορεί να εμφανίζουν αδυναμία μνήμης για συγκεκριμένες πτυχές που αφορούν το τραυματικό γεγονός.^{14,22} Ακόμη, ενδεχομένως να έχουν δυσκολία επέλευσης και διατήρησης του ύπνου, ο οποίος είναι ανήσυχος επειδή αναβιώνουν την τραυματική εμπειρία με εφιάλτες,^{23,24} να κλαίνε πολύ συχνά, αλλά και να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές (ανορεξία - βουλιμία),^{19,25} ενώ δεν είναι σπάνια η παρουσία σωματικών εκδηλώσεων όπως κεφαλαλγία, αίσθημα ζάλης, κοιλιακό άλγος, τάση για έμετο, αιφνίδια ταχύπνοια ή αίσθημα ασφυξίας και εφίδρωση.^{3,14,18,26}

Σε επαναλαμβανόμενη δοκιμασία τραυματικών καταστάσεων τα παιδιά φαίνονται πιεσμένα ή και αποσυρμένα. Κάποιες φορές εμφανίζονται με μειωμένη συναισθηματική απαντητικότητα ή με αποσύνδεση από τα συναισθήματά τους, δίνοντας την εντύπωση ότι είναι αποκομμένα από όσα συμβαίνουν γύρω τους και αναπτύσσουν ένα είδος ασυναισθηματικής προσέγγισης των καταστάσεων και των προσώπων που καλείται διαχωρισμός (*dissociation*)^{21,27} για να μπορέσουν να "παγώσουν" και να ελέγξουν τον ψυχικό τους πόνο.

Τα παιδιά ακόμη μπορεί να εκδηλώσουν απρόβλεπτη, παρορμητική, παρακινδυνευμένη, και κάποιες φορές αυτοκαταστροφική ή ακόμη και αυτοκτονική συμπεριφορά.^{10,28} Γενικά, οι συμπεριφορικές αντιδράσεις των παιδιών με μετατραυματική διαταραχή κυμαίνονται από την ακραία παθητικότητα ή τη μειωμένη συναισθηματική απαντητικότητα, έως και τα ξαφνικά ξεσπάσματα με την εκδήλωση ακραίων και δύσκολα ελεγχόμενων αντιδράσεων. Αυτό το φάσμα των εκδηλώσεων που συνθέτει τη συμπτωματολογία της μετατραυματικής διαταραχής μπορεί να εμφανίζεται σε μεγάλη ένταση και τόσο συχνά, με αποτέλεσμα να επηρεάζει την καθημερινότητα των παιδιών και να καθορίσει τη μελλοντική τους ψυχολογική και νευροβιολογική τους εξέλιξη.^{14,29}

Συνεπώς, η μετατραυματική διαταραχή στα παιδιά είναι μια ιδιαίτερη ψυχολογική κατάσταση που συνοδεύεται με εκδηλώσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και συνδέεται με τον αντίκτυπο των τραυματικών βιωμάτων της παιδικής ηλικίας, αποτελώντας την αιτιολογική βάση ενός μεγάλου φάσματος παθολογικών συμπεριφορών και ψυχικών διαταραχών που επηρεάζουν και τη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους.^{12,13,29}



Συνέπειες του “τραύματος”

Όταν στα παιδιά τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής διαλάθουν της προσοχής, υποτιμηθούν ή ακόμη υποεκτιμηθούν μπορεί να υπάρξουν άμεσες συνέπειες, όπως δυσπροσαρμοστικές διαταραχές, φοβίες,^{13,14} ψυχοσυναισθηματικές και αναπτυξιακές καθυστερήσεις, διατροφικές διαταραχές,^{19,25} μαθησιακές δυσκολίες και εξαιρετικά χαμηλές σχολικές επιδόσεις, καθώς και εκδηλώσεις αυτοκαταστροφικότητας και αυτοκτονικότητας.^{10,16,28}

Επίσης, το “τραύμα” στην παιδική ηλικία και η εμπέδωση της συμπτωματολογίας του έχει συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών,^{3,12,14} τη διαταραχή προσωπικότητας,¹⁹ την κατάθλιψη,^{3,10,14} τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη συμπεριφορά με παρανοϊκά στοιχεία και γενικότερα με τις ψυχιατρικές διαταραχές.^{3,16,19} Ακόμη, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα παιδιά που αναπτύσσουν μετατραυματική συμπτωματολογία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν στο μέλλον σωματικές ασθένειες (σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, ινομυαλγία, ισχαιμική καρδιοπάθεια, άσθμα, καρκίνος, μυοσκελετικά προβλήματα) που έχουν συσχετισθεί με το “τραύμα”.^{3,14,16,26} Επιπλέον, η παραβατική συμπεριφορά,^{3,30} καθώς και η ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά έχει συνδεθεί με την έκθεση σε σοβαρό τραυματικό γεγονός και βρέθηκε ότι το 77%

ανήλικων παραβατών που ήταν κορίτσια είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση.³¹ Επιπρόσθετα, η διάπραξη εγκληματικών ενεργειών φαίνεται ότι συνδέεται με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής στην παιδική ηλικία.^{3,32}

Τέλος, τα παιδιά με μετατραυματική διαταραχή διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο για εγκατάσταση μόνιμων νευροβιολογικών αλλαγών με την έννοια της “βλάβης” στο μεσολόβιο ή τυλώδες σώμα στον αριστερό νεοφλοιό, στον ιππόκαμπο (οργάνωση και αποθήκευση πληροφοριών για τη μακροπρόθεσμη μνήμη), και στην αμυγδαλή του εγκεφάλου (διαμόρφωση συναισθηματικών αναμνήσεων).^{22,29}

Αιτιολογικοί παράγοντες

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων που συνδέονται με τον κίνδυνο εμφάνισης και ανάπτυξης μετατραυματικής συμπτωματολογίας, καθώς και παραμέτρων που καθορίζουν το “τραύμα”, οι οποίοι υπογραμμίζουν τον αιτιώδη ρόλο της ψυχοπαθολογίας στην παιδική ηλικία (Πίνακας 1). Ο κίνδυνος εμφάνισης μετατραυματικής συμπτωματολογίας στα παιδιά σχετίζεται με τη σοβαρότητα του τραύματος, το ενδεχόμενο επανάληψης του τραυματικού γεγονότος, την ηλικία και το στάδιο ανάπτυξης, την εγγύτητα ή το βαθμό εμπλοκής του παιδιού στο τραυματικό

γεγονός, τη σχέση του παιδιού με το θύτη όταν το τραυματικό γεγονός έχει προκληθεί από πρόσωπο και την απουσία ουσιαστικού και με κατανόηση υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Επίσης, η επέτειος του τραυματικού γεγονότος ή η αναφορά στο συγκεκριμένο ή σε κάποιο παρόμοιο γεγονός που αποτέλεσε το τραυματικό βίωμα, ακόμη και από τα μέσα ενημέρωσης μπορεί να προκαλέσει μνημονική ανάκληση της επώδυνης εμπειρίας, με συνέπεια την υποτροπή συναισθηματικών και συμπεριφορικών παθολογικών εκδηλώσεων.¹⁴

Ειδικότερα, η μετραυματική συμπτωματολογία στα παιδιά εμφανίζεται ως απότοκη της βίωσης τραυματικού γεγονότος και συνδέεται με καταστάσεις, όπως η κακοποίηση (σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική),^{3,33} η θυματοποίηση (υποχρεωτική επαιτεία), η θέαση σκηνών ενδοοικογενειακής ή κοινοτικής βίας (ληστεία) ή και η εμπλοκή σε αυτές, η αντιμετώπιση απειλητικής για τη ζωή ασθένειας και οι επώδυνες νοσηλείες, η ακραία οικονομική ανέχεια, καθώς και το ματαιωτικό και ακυρωτικό περιβάλλον διαβίωσης που προκαλεί αισθήματα ενοχής, ντροπής και επιθετικότητας προς τον εαυτό τους.^{31,34} Ακόμη, η μετατραυματική συμπτωματολογία συνδέεται με συνθήκες, όπως είναι ο πόλεμος,³⁵ τα ατυχήματα,^{3,36} οι τρομοκρατικές πράξεις³⁷ και με φυσικές

καταστροφές όπως οι πυρκαγιές, οι πλημμύρες, οι σεισμοί,^{2,15} και οι τυφώνες.^{26,38} Επίσης, η απώλεια ή ο τραυματισμός αγαπημένου προσώπου θεωρείται ένας ιδιαίτερος αιτιολογικός παράγοντας που συνδέεται με το κίνδυνο μετραυματικής συμπτωματολογίας, ιδιαίτερα στα παιδιά.³⁹ Ωστόσο, από τις πλέον σοβαρές τραυματικές εμπειρίες που έχουν δυσμενείς συνέπειες είναι αυτή της σεξουαλικής κακοποίησης, επειδή αποτελεί μια ακραία τραυματική εμπειρία, ειδικά για ένα παιδί, και είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα οδηγήσει στην εκδήλωση μετατραυματικής συμπτωματολογίας και στην εγκατάσταση διαταραχής, αναλογικά με άλλης φύσεως τραυματικά γεγονότα.^{14,33}

Ο νοσηλευτής και παιδί με “τραύμα”

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές, συνήθως δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον για τις ορατές σωματικές βλάβες (εκδορές, μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα) στα παιδιά, και όχι για εκείνες που πιθανόν έχουν υποστεί σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Παρότι οι νοσηλευτές είναι σαφώς προσανατολισμένοι στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, δεν εκπαιδεύονται σχετικά με τις παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη της μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται να παρέχουν σε παιδιά με



μετατραυματικές εκδηλώσεις. Ενδεχομένως, αυτό συμβαίνει επειδή μέχρι σήμερα δεν έχουν σχεδιαστεί πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να αξιοποιούν τις γενικές νοσηλευτικές αρχές, τις γνώσεις της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, της παιδιατρικής και κοινοτικής νοσηλευτικής για τη φροντίδα των παιδιών με "τραύμα".^{3,16,40} Οι νοσηλευτές που προσεγγίζουν και νοσηλεύουν παιδιά μετά από τη βίωση ψυχοτραυματικού γεγονότος είναι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, καθώς και οι σχολικοί νοσηλευτές ανάλογα με τα επαγγελματικά δικαιώματα και τις αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται.

Πρόληψη μετατραυματικής συμπτωματολογίας

Η πρόληψη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας είναι ένα θέμα κεφαλαιώδους σημασίας στη φροντίδα των παιδιών και συνεπώς, των μελλοντικών ενηλίκων. Γι' αυτό και η σημαντικότερη προσέγγιση για την αντιμετώπισή της θεωρείται η πρόληψη της ανάπτυξης και της εγκατάστασης μετατραυματικών εκδηλώσεων, μετά από βίωση τραυματικού γεγονότος.^{3,14,41} Το βασικό υποστηρικτικό

σύστημα που διαπιστωμένα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής, αλλά και στη διαχείριση της κρίσης είναι η οικογένεια ή το πλαίσιο που υποκαθιστά την οικογένεια και φροντίζει παιδιά^{13,41} π.χ. ανάδοχη οικογένεια, ορφανοτροφείο.

Ο κοινοτικός και ο σχολικός νοσηλευτής χρειάζεται να εντάσσει προγράμματα πρόληψης μετατραυματικής διαταραχής εντός της κοινότητας ή στο τοπικό σχολικό σύστημα αντίστοιχα, αλλά χρειάζεται επιπλέον, όπως ο κλινικός νοσηλευτής και ο νοσηλευτής που εργάζεται σε δομές προστασίας παιδιών, καθώς και αυτός που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε περιστάσεις μαζικών καταστροφών να γνωρίζει τρόπους ανίχνευσης, εντοπισμού και εκτίμησης των πρώιμων μετατραυματικών συμπτωμάτων σε παιδιά, ώστε να προλαμβάνεται η κλιμάκωσή τους.^{42,43} Επειδή το σχολείο αποτελεί ιδιαίτερο χώρο κοινωνικής και διαπροσωπικής ανάπτυξης του παιδιού, ο σχολικός νοσηλευτής μέσα από τα επαγγελματικά του δικαιώματα και τον εξειδικευμένο ρόλο που έχει, χρειάζεται να διασυνδέει άμεσα με τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας τα παιδιά για τα οποία υπάρχει το ενδεχόμενο ανάπτυξης μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τις οικογένειές τους, να ασκεί συμβουλευτική νοσηλευτική και να συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς και το περιβάλλον των

παιδιών για την πρόληψη εκδήλωσης μετατραυματικής συμπτωματολογίας. Επιπλέον, ο σχολικός νοσηλευτής σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, τα παιδιά και τους γονείς τους έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στο περιορισμό του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού (*bullying*) που συμπεριλαμβάνεται στους παράγοντες που ευθύνονται για την ανάπτυξη μετατραυματικής συμπτωματολογίας.³⁴

Ο νοσηλευτής που εργάζεται σε δομές προστασίας παιδιών δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη και στην ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής, επειδή ασχολείται με τη φροντίδα παιδιών που εξ ορισμού προέρχονται από δύσκολο οικογενειακό περιβάλλον και έχουν βιώσει δύσκολες καταστάσεις (παραμέληση, απουσία γονεϊκής στοργής) με αποτέλεσμα ο κίνδυνος εμφάνισής της να είναι μεγάλος.¹⁴

Ο νοσηλευτής, ως μέλος ομάδας παρέμβασης σε μαζικές καταστροφές, συμβάλει ενεργά στην πρόληψη των εκδηλώσεων του τραύματος, εντοπίζοντας παιδιά που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικής συμπτωματολογίας π.χ. παιδιά που κινδύνεψε η ζωή τους ή έχουν μείνει χωρίς γονείς.^{42,43}

Σε επίπεδο πρόληψης του “τραύματος” αλλά και θεραπευτικής παρέμβασης σε τραυματικά βιώματα, συμπεριλαμβάνονται οι προτάσεις για παιδικά βιβλία που αφορούν στην

εκπαίδευση των παιδιών με ξεχωριστό τρόπο και προσφέρουν σημαντική βοήθεια, καθώς διαχειρίζονται επώδυνα ευαίσθητα και δύσκολα ζητήματα, όπως η παιδική κακοποίηση.⁴⁴

Νοσηλευτικό ιστορικό

Η διάγνωση και η αντιμετώπιση μετατραυματικής συμπτωματολογίας στα παιδιά έχει ιδιαίτερες προκλήσεις.^{18,43,45} Είναι σημαντικός ο προσδιορισμός του αιτιολογικού παράγοντα και των παραμέτρων του “τραύματος” (Πίνακας 1), των πρώτων μετατραυματικών αντιδράσεων του παιδιού μετά από την έκθεσή του στο τραυματικό γεγονός, του φάσματος της συμπτωματολογίας που έχει αναπτυχθεί, καθώς και του κινδύνου ύπαρξης συνθήκης επαναληπτικής βίωσής του. Αρχικά, ο νοσηλευτής χρειάζεται να συγκεντρώσει με το νοσηλευτικό ιστορικό στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν στο παιδί από κάθε πηγή που είναι διαθέσιμη, αφού ελέγξει πρώτα την αξιοπιστία της. Η συλλογή στοιχείων εστιάζεται στην προσωπικότητα του παιδιού, στις δυσκολίες και στις δυνατότητές του, στο περιβάλλον που διαβιεί, στη σχολική του επίδοση, στις σχέσεις του με τους άλλους (γονείς, αδέρφια, συμμαθητές και δασκάλους), στις τυχόν δυσχέρειες που αντιμετώπιζε στην καθημερινότητά του και στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούσε όταν αντιμετώπιζε δυσκολίες. Επιπρόσθετα,



λαμβάνονται πληροφορίες για την ύπαρξη σωματικών, ψυχικών και διανοητικών προβλημάτων, το ενδεχόμενο θυματοποίησης ή κακοποίησης του από τους γονείς⁴⁶ ή από άλλα ενήλικα άτομα, ή ακόμη και από τους συμμαθητές του, το βαθμό επίβλεψης που υπήρχε από τους γονείς, το καθημερινό πρόγραμμα που ακολουθούσε, τις συνήθειες που είχε πριν από τη βίωση του τραυματικού γεγονότος, καθώς και τις δραστηριότητες που προτιμούσε.

Οι νοσηλευτές χρειάζεται πάντα να λαμβάνουν υπόψη τους την εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς και τους φροντιστές, όταν αναφέρονται σε καταστάσεις ή γεγονότα κατά τη λήψη ιστορικού. Συνεπώς, αν αυτό είναι δυνατόν, επιδιώκεται η προσωπική επικοινωνία του νοσηλευτή με το παιδί και είναι απαραίτητο να γίνεται πάντα λεπτομερειακή καταγραφή των παρατηρήσεων, ώστε να υπάρχουν ολοκληρωμένα και επαρκή στοιχεία για να αξιοποιηθούν στη διαμόρφωση εξατομικευμένου προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο θα ενσωματωθεί στην καθημερινότητά του, ώστε να μην προκύψουν προβλήματα προσαρμογής.⁴⁷

Νοσηλευτική εκτίμηση

Η παρουσία μετατραυματικής συμπτωματολογίας που συνδέεται με την έκθεση του παιδιού σε ακραίες καταστάσεις ή

τη βίωση εμπειριών από τις οποίες απειλήθηκε σοβαρά και προκλήθηκαν βλάβες στην συναισθηματική, ψυχική και σωματική του ευεξία δεν εντοπίζεται άμεσα, εκτός εάν πραγματοποιηθεί λεπτομερής εκτίμηση.^{3,10} Η διεξοδική εκτίμηση αφορά στην αξιοποίηση των στοιχείων του νοσηλευτικού ιστορικού για να προσδιορισθούν τα τρέχοντα προβλήματα και οι άμεσες ανάγκες του παιδιού, αλλά και της οικογένειας με σκοπό τη διαμόρφωση των στόχων της θεραπευτικής προσέγγισης και νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα επιλεγούν, αφού σταθμιστούν τα δυνητικά οφέλη έναντι των ενδεχόμενων κινδύνων.

Η εκτίμηση της εκδήλωσης μετατραυματικής απάντησης στο παιδί και ο εντοπισμός των δυσκολιών που έχουν προκύψει, αφορούν στα προβλήματα που υπάρχουν αναφορικά με το ψυχοσυναισθηματικό αναπτυξιακό στάδιο, στη δυσλειτουργία σε διαπροσωπικό επίπεδο, στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής ή αυτοκτονικής συμπεριφοράς, στο χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, στην ανεπαρκή διαδραστική επικοινωνία και διαταραχή συναισθήματος, στο έλλειμμα προσοχής και στη δυσκολία συγκέντρωσης, στην εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων και στις ανάγκες που έχουν ανακύψει αναφορικά με τη κάλυψη συναισθηματικών αναγκών της ηλικίας του.^{3,16} Επίσης, η εικόνα που παρουσιάζει ένα παιδί, δηλαδή αν φαίνεται ανήσυχο, στεναχωρημένο, αποσυρμένο και σε

μαρασμό, χαρούμενο και επικοινωνιακό, είναι αλάνθαστη πηγή πληροφόρησης και δηλώνει πολλά για όσα βιώνει. Γενικά, η προσεκτική παρατήρηση που αφορά στις αιφνίδιες μεταβολές της συμπεριφοράς, της διανοητικής κατάστασης και της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης των μικρών παιδιών που δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφράζουν πάντα με λόγια τι έχει συμβεί ή πως αισθάνονται, έχει σημαντική θέση στην εκτίμησή της κατάστασής τους και αποτελούν αναφορές στη μετατραυματική συμπτωματολογία. Ωστόσο, στο επίκεντρο της εκτίμησης είναι αναγκαίο πάντα να βρίσκεται η ποιότητα της σχέσης του παιδιού με τους γονείς /φροντιστές με τους οποίους το παιδί θα συνεχίσει να ζει μαζί τους.^{8,11,45} Η συστηματική επανεκτίμηση του παιδιού και των γονέων θα πρέπει να διεξάγεται σε τακτά χρονικά διαστήματα για την αναθεώρηση των θεραπευτικών στόχων και τον επαναπροσδιορισμό της θεραπείας προόδου και της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο βασικός στόχος είναι η επαναφορά της λειτουργικότητας και της μακροπρόθεσμης ευημερίας του παιδιού με την πρόληψη μελλοντικών προβλημάτων.^{3,30,48}

Οικογένεια και παιδί με “τραύμα”

Η ουσιαστική συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία αποτελεί βασικό στόχο, εφόσον πρώτα εκτιμηθούν οι περιστάσεις και η περίπτωση του

παιδιού.^{14,16,49} Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι σημαντική η συνοχή των μελών της οικογένειας, επειδή όσο ισχυρότερες είναι οι οικογενειακές σχέσεις, τόσο ηπιότερο αντίκτυπο θα έχει το “τραύμα” στη ζωή του παιδιού. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι οικογένειες οι οποίες διατηρούν ξεκάθαρα όρια, αποτελεσματική επικοινωνία και σταθερούς λειτουργικούς κανόνες, ενισχύουν την προσαρμοστικότητα των μελών τους σε δύσκολες περιστάσεις.⁵⁰ Συνεπώς, χρειάζεται να γίνεται εκτίμηση της οικογένειας στο σύνολό της, αλλά και των μελών της ξεχωριστά για τον εντοπισμό τυχόν δυσλειτουργιών και για τη διαπίστωση διατιθέμενης ποιοτικής και ποσοτικής υποστήριξης. Ειδικότερα, είναι καθοριστική για τη θεραπευτική διαδικασία η εκτίμηση της σχέσης του γονέα/φροντιστή με το παιδί, των παιδαγωγικών αντιλήψεων που έχει σε θέματα πειθαρχίας και εμπιστοσύνης προς το παιδί, καθώς και της στάσης του αναφορικά με τη φροντίδα του. Επίσης, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί κατά πόσο λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις αντιδράσεις του παιδιού, αλλά και η διάθεση και η ετοιμότητά του να συμμετάσχει ουσιαστικά στη θεραπευτική διαδικασία.^{49,51}

Οι γονείς του παιδιού χρειάζεται να κατανοήσουν ότι πρέπει να είναι υποστηρικτικοί όταν προσπαθεί να εκφράζει ακόμη και μη λεκτικά τους φόβους του, τις ενοχές και γενικότερα τα συναισθήματα που



το ταλαιπωρούν. Ακόμη χρειάζεται να αποδέχονται χωρίς κριτική και αποδοκιμασία τις αντιδράσεις του όπως είναι το κλάμα ή οι έντονες αρνήσεις, γιατί είναι τρόπος αποφόρτισης και εξισορρόπησης των συναισθημάτων του παιδιού.^{49,51}

Σε περιπτώσεις που οι γονείς τείνουν να υποβαθμίζουν τα συμπτώματα του παιδιού που έχει βιώσει τραυματικό γεγονός, επειδή θεωρούν ότι είναι παροδικά ή δεν θέλουν να αποδεχθούν τη σοβαρότητά τους, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην αναζητήσουν κατάλληλη βοήθεια, εκτός αν κάποιος ειδικός τα εντοπίσει και επισημάνει την ανάγκη για άμεση παρέμβαση.^{14,34} Επιπλέον, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης μετατραυματικής διαταραχής, όταν στο "τραύμα" εμπλέκονται μέλη της οικογένειας ή πολύ κοντινά άτομα σε αυτή γιατί περιπλέκεται ο ρόλος που έχει το παιδί αναφορικά με τα άτομα αυτά, καθώς αναπτύσσονται συναισθηματικά διαταραγμένες σχέσεις, αλλά επιπλέον υπάρχει και το σοβαρό ενδεχόμενο το παιδί να τα συναντά συχνά.^{14,52} Ειδικά, όταν οι νοσηλευτές καλούνται να φροντίσουν κακοποιημένα παιδιά, που για τα σημάδια κακοποίησης δίνονται παραπλανητικές εξηγήσεις όπως "το παιδί έπεσε από την σκάλα" ή "κτύπησε ενώ έπαιζε", είναι επιτακτική ανάγκη να αποκτήσουν οι γονείς επίγνωση των οικογενειακών δυσλειτουργιών. Στις περιπτώσεις αυτές

χρειάζεται να διερευνηθεί η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων σε βάθος και ειδικότερα, η ύπαρξη σταθερού προστατευτικού και υποστηρικτικού πλαισίου για το παιδί για την αποφυγή επαναληπτικής βίωσης τραυματικών καταστάσεων. Η κατάσταση των περισσότερων παιδιών βελτιώνεται μέσα σε λίγες εβδομάδες ή μήνες και το άγχος και γενικότερα οι εκδηλώσεις που προκλήθηκαν από την τραυματική εμπειρία παρουσιάζουν ύφεση, εάν παρασχεθεί άμεσα ή κατάλληλη φροντίδα και η συμμετοχή της οικογένειας στο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι ουσιαστική.^{4,51}

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Προστασία του παιδιού

Τα παιδιά με αυτοκαταστροφική ή αυτοκτονική συμπεριφορά θεωρείται ότι έχει βιώσει τραυματικές καταστάσεις και έχει αναπτύξει συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής στρες και κατάθλιψης,^{10,11} και γι αυτό χρειάζεται να αντιμετωπίζεται άμεσα αναφορικά με το "τραύμα".²⁸ Το "τραυματισμένο" παιδί μπορεί να παρατηρηθεί ότι επιχειρεί παράτολμα παιχνίδια ή κάνει ενέργειες που ενέχουν υψηλό βαθμό κινδύνου, υιοθετώντας παράδοξες συμπεριφορές με αυτοκαταστροφικό ή αυτοτιμωρητικό χαρακτήρα που απειλούν σοβαρά την ασφάλειά του.^{11,28} Προτεραιότητα για το

νοσηλευτή αποτελεί η προστασία της ζωής του παιδιού που βίωσε τραυματικό γεγονός με την εκτίμηση και την πρόληψη παρακινδυνευμένης, αυτοκαταστροφικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αλλά και των κινδύνων που ενδεχομένως διατρέχει από ένα μη ασφαλές περιβάλλον μέσα στο οποίο διαβιεί.^{11,16,28} Επιπλέον, λόγω της ελλειμματικής προσοχής και της αδυναμίας συγκέντρωσης ενδεχομένως να είναι επιρρεπές σε ατυχήματα γι' αυτό επιβάλλεται να είναι εγκατεστημένος ένας υψηλός βαθμός ασφάλειας του περιβάλλοντος.²⁰ Οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο για αυτούς τους λόγους να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί αναφορικά με την επίβλεψη - επιτήρηση του παιδιού, διατηρώντας ταυτόχρονα λεπτές ισορροπίες στη χρήση περιορισμών, τους οποίους θέτουν για την ασφάλεια και την προστασία του, ώστε να αποφευχθεί ο εκ νέου «τραυματισμός» του. Το νοσηλευόμενο παιδί με «τραύμα» χρειάζεται προσωπική και αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα για την προστασία του και η εξασφάλιση της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας⁵ επιτυγχάνεται με την προσωπική ανάθεσή του σε συγκεκριμένο νοσηλευτή (προσωπικός νοσηλευτής-“key nurse”). Ωστόσο, αυτός ο τύπος νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή του μέσα στο πλαίσιο των υφιστάμενων νοσοκομειακών συνθηκών, καθώς προϋποθέτει επαρκή στελέχωση των παιδιατρικών -

παιδοψυχιατρικών θεραπευτικών δομών, αλλά και επικαιροποιημένη γνώση σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές εφαρμογές και σε θεραπευτικές επικοινωνιακές - συμβουλευτικές διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών βασισμένης σε ενδείξεις.^{3,16}

Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος

Η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος εντάσσεται μέσα σε κάθε θεραπευτικό σχεδιασμό με σκοπό το παιδί που νοσηλεύεται να αντλεί αισθήματα αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενίσχυσης, ψυχικής άνεσης και προστασίας.^{5,11} Ειδικότερα χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εγκαθίδρυση του συναισθήματος της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης στο παιδί, μέσα στο διαμορφωμένο θεραπευτικό περιβάλλον που το πλαισιώνει, δίνοντάς του ευκαιρίες για περισσότερη έκφραση και λόγο.^{3,11,51} Επειδή το “τραυματισμένο” παιδί είναι ευάλωτο σε κάθε είδους αναπάντεχες ανατροπές και αιφνιδιασμούς, η διατήρηση των ρυθμών της καθημερινότητας με σταθερότητα, συνέπεια και προβλεψιμότητα είναι απαραίτητες προϋποθέσεις του θεραπευτικού περιβάλλοντος που το πλαισιώνει^{5,11,47} και το βοηθούν να μη βιώνει ανασφάλεια, φόβο και πανικό. Επίσης, σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον το νοσηλευόμενο παιδί επιβάλλεται να προετοιμάζεται κατάλληλα



για κάθε επώδυνη διαγνωστική εξέταση ή επέμβαση, με εξηγήσεις για τη διάρκειά της, αλλά και για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου που θα προκληθεί, ώστε να μειώνεται η επιπρόσθετη ψυχολογική και συναισθηματική του επιβάρυνση.⁵³ Η διαχείριση του σωματικού πόνου σε παιδί με “τραύμα” αποτελεί μια μορφή δευτερογενούς πρόληψης της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, ώστε να μη λειτουργήσουν οι επώδυνες εμπειρίες νοσηλείας συσσωρευτικά στο “τραύμα” και επιβαρυνθεί η κατάστασή του.^{7,14}

Όταν το παιδί παραμένει στο σπίτι, κάποιες φορές είναι δύσκολο να δομηθεί περιβάλλον που να του παρέχει ασφάλεια, συναισθηματική ζεστασιά και σταθερότητα και στην περίπτωση αυτή είναι πολύ βοηθητικό να παρέχονται συμβουλευτικές κατευθύνσεις στα άτομα που το φροντίζουν. Τις περισσότερες φορές χρειάζεται να προσφερθεί στους γονείς/φροντιστές κατάλληλη συμβουλευτική καθοδήγηση και για το λόγο αυτό συχνά προτείνεται θεραπεία με σκοπό την ψυχοσυναισθηματική τους ενδυνάμωση και ενίσχυση της ικανότητάς τους να υποστηρίζουν και να φροντίζουν αποτελεσματικά το “τραυματισμένο” παιδί, αλλά και για να μπορούν να του παρέχουν ασφαλές περιβάλλον.^{7,51}

Κάλυψη διατροφικών αναγκών

Στη μετατραυματική συμπτωματολογία συχνά εμφανίζονται διατροφικές διαταραχές (ανορεξία, υπερφαγία), οι οποίες χρειάζεται να αντιμετωπίζονται στην έναρξή τους.^{3,19,25,31} Είναι απαραίτητο για ένα παιδί που είναι ταραγμένο, καταπονημένο και οι μεταβολικές του ανάγκες είναι αυξημένες από την απελευθέρωση των “ορμονών του στρες”, όπως η κορτιζόλη και οι κατεχολαμίνες, να ακολουθεί σωστό και ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα.^{3,54} Συχνά το θέμα των διατροφικών αναγκών δεν εντάσσεται στις προτεραιότητες φροντίδας του παιδιού με αποτέλεσμα να δίνεται περισσότερη έμφαση και προσοχή στις δυσκολίες που εμφανώς αντιμετωπίζει ή στις εκδηλώσεις που έχει επειδή φαίνεται αναστατωμένο ή αποσυρμένο. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να παρατηρεί αν το παιδί ακολουθεί το ημερήσιο διατροφικό πρόγραμμα, να καταγράφει την πρόσληψη των κανονικών γευμάτων και της επαρκούς ενυδάτωσης, καθώς και να εφαρμόζει τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ενδεχόμενης ψυχογενούς υπερφαγίας.³ Η δυνατότητα επιλογής από το ίδιο το παιδί των φαγητών που προτιμά, πολλές φορές λειτουργεί ως κίνητρο για την κάλυψη των διατροφικών του αναγκών και παράλληλα το βοηθά στην ανάκτηση του χαμένου ελέγχου, εφόσον του παρέχεται η ευκαιρία έκφρασης άποψης και επιλογής για θέματα που το αφορούν.

Αντιμετώπιση διαταραχών ύπνου

Οι διαταραχές ύπνου συμπεριλαμβάνονται στις σοβαρές δυσκολίες που εμφανίζει ένα παιδί με μετατραυματική απάντηση.³ Εκτός από την αϋπνία και τους εφιάλτες, το παιδί αναπτύσσει άγχος όταν είναι η ώρα να κοιμηθεί, με αποτέλεσμα συχνά να παραμένει ξύπνιο για να ελέγχει το περιβάλλον, αλλά και για να αποφεύγει τη δυσφορία που του προκαλούν οι εφιάλτες.^{23,24} Ο νοσηλευτής για να διευκολύνει τον ύπνο του παιδιού φροντίζει να κλείνει την ημέρα του διασυνδέοντάς το με ένα ευχάριστο πρόγραμμα της επόμενης ημέρας. Όταν το παιδί είναι σε μικρή ηλικία ο νοσηλευτής παραμένει δίπλα του μέχρι να κοιμηθεί, διαβάζοντάς του ένα παραμύθι με αισιόδοξο περιεχόμενο και θετικό τέλος. Επίσης, δεν παραλείπει να το διαβεβαιώσει ότι θα βρεθεί αμέσως στο δωμάτιό του για ό,τι χρειαστεί, καλύπτοντας την ανάγκη του για ασφάλεια και προστασία.

Ενσυναισθητική επικοινωνία

Επειδή, για την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπευτικών επιλογών, ο νοσηλευτής χρειάζεται όχι μόνο να υποθέτει πως βίωσε ένα παιδί το τραύμα, αλλά και να γνωρίζει πως το έζησε το ίδιο, πως το ερμήνευσε, καθώς και ποιες διαστάσεις του έχει δώσει, χρειάζεται να διαθέτει πέρα από κατάλληλες εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες

θεραπευτικών τεχνικών προσέγγισης, ενσυναισθητική επικοινωνία. Ο νοσηλευτής με τη θεραπευτική επικοινωνία βοηθά στην ανάπτυξη και στη χρήση κατάλληλου και συναισθηματικού λεξιλογίου από το παιδί, που το διευκολύνει στην ομαλοποίηση της έκφρασης των σκέψεών του και της λεκτικοποίησης των συναισθημάτων του.^{3,51} Ωστόσο, δεν μπορεί να αναμένεται από το παιδί να μην αισθάνεται αναστατωμένο όταν συμβαίνει να γίνονται έστω απλές ή τυχαίες νύξεις για το γεγονός που έχει βιώσει, ζώντας ακόμη στο απόηχο του “τραύματος”. Η κατανόηση και η αποδοχή των αντιδράσεων του παιδιού, χωρίς κανένα ίχνος κριτικής, τις οποίες εκδηλώνει ως απόρροια της τραυματικής εμπειρίας, αλλά και της παλινδρομημένης συμπεριφοράς που πολλές φορές αναπτύσσει επειδή έχει την ανάγκη να αισθάνεται ότι λειτουργεί σε προηγούμενες ασφαλέστερες περιόδους της ζωής του, έχουν θεραπευτική επίδραση και το βοηθούν να εμπιστεύεται τους νοσηλευτές και τη φροντίδα που του προσφέρουν. Επιπρόσθετα, η κατανόηση και η αποδοχή ως κύρια συστατικά της ενσυναισθητικής επικοινωνίας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και στη συνεργασία του παιδιού, η οποία είναι απαραίτητη για να ακολουθήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα, παρέχοντάς του ευκαιρίες για λεκτική επικοινωνία, σε ένα περιβάλλον που



αποδέχεται όλο το φάσμα των εκδηλώσεων και των συναισθημάτων του.

Συχνά τα παιδιά θεωρούν ότι το τραυματικό γεγονός προκλήθηκε από δική τους ευθύνη δημιουργώντας τα αισθήματα ενοχής.¹⁴ Γι' αυτό η παροχή εξηγήσεων στο παιδί χρειάζεται να γίνεται με απλό και ενσυναισθητικό λόγο για να του δοθεί μία κατανοητή και κατάλληλη για την ηλικία του ερμηνεία. Πολλές φορές ακόμη, η χρήση αλληγορικού και παραβολικού λόγου μπορεί να συμβάλει στο να δοθεί μια επαρκής εξήγηση στο "τραυματισμένο" παιδί για ό,τι συνέβη με σκοπό να το ανακουφίσει.^{3,14}

Αποκατάσταση της έννοιας του ελέγχου

Το παιδί μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος αισθάνεται ευάλωτο με ανίσχυρη βουλευτική ικανότητα καθώς έχει την αίσθηση της απώλειας έλεγχου και της αδυναμίας να ορίσει καταστάσεις που το αφορούν, επειδή έχει διαμορφώσει μια εικόνα του κόσμου, στον οποίο δεν υπάρχει η έννοια της ασφάλειας. Όταν μάλιστα έχει υποστεί διαπροσωπική βία, λόγω της επιφυλακτικότητας που διατηρεί προς τους ανθρώπους δεν μπορεί να αναπτύξει κατάλληλες και ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις.³ Η παρουσία αγαπημένων προσώπων που το παιδί εμπιστεύεται, όταν χρειάζεται να νοσηλευθεί ή να του παρασχεθεί φροντίδα μετατραυματικά στο σπίτι, του ενισχύουν το αίσθημα της

ασφάλειας και της σιγουριάς, επειδή αισθάνεται ότι αν χρειαστεί θα υπάρχει κάποιος που θα το προστατεύσει.⁵¹ Για το λόγο αυτό, ο νοσηλευτής που φροντίζει παιδιά μετά από τραυματική εμπειρία, χρειάζεται να έχει το προφίλ ενήλικα που μόνο και με την παρουσία του μπορεί να παρέχει ασφάλεια και να δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης. Επιπλέον, αρκετές φορές λειτουργεί θεραπευτικά, ανάλογα με το τύπο του "τραύματος", η ανάληψη της φροντίδας του παιδιού από μια γυναίκα νοσηλεύτρια και ένα άνδρα νοσηλευτή, επειδή η νοσηλευτική προσέγγιση με τη μορφή αυτή υποκαθιστά το γονεϊκό πρότυπο.

Οι νοσηλευτές χρειάζεται να μεριμνούν, ώστε να αποκατασταθεί η αίσθηση του παιδιού στον έλεγχο της ζωής του, παρέχοντάς του ευκαιρίες για ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα του, γεγονός που το ενδυναμώνει και το βοηθά να ανακτήσει τη χαμένη εμπιστοσύνη στο εαυτό του. Επίσης, με την ενίσχυση της ανάκλησης και της αφήγησης εμπειριών ασφάλειας, αλλά και ικανοτήτων επίτευξης από το παιδί, παρέχεται η δυνατότητα της ενεργοποίησης της αίσθησης ελέγχου και της πεποίθησης ότι μπορεί να υπερασπιστεί και να προστατεύσει σε ανάλογες περιστάσεις τον εαυτό του. Επιπλέον, το "τραυματισμένο" παιδί επιτυγχάνει την ανάπτυξη της αίσθησης του ελέγχου, όταν μέσα από "πρόβες" που

γίνονται σαν παιχνίδι κατορθώσει να αποκτήσει προσαρμοστική συμπεριφορά και να εξοικειωθεί με τρόπους αντιμετώπισης κινδύνων π.χ. να μάθει που θα αναζητήσει βοήθεια καλώντας ένα κατάλληλο τηλεφωνικό νούμερο ή αναζητώντας άμεσα κάποιο άτομο ή υπηρεσία.

Ένας άλλος ενδεδειγμένος και αποτελεσματικός τρόπος αποκατάστασης της αίσθησης ελέγχου και δύναμης από το παιδί είναι να ενθαρρύνεται να “φροντίζει” το ίδιο άλλους, επειδή αυτό δρα ψυχοπροστατευτικά και επιτελεί καθοριστικό ρόλο στη μετατροπή του αισθήματος “τραυματικής αβοηθητότητας”, σε προσφορά αρωγής και προσωπικής δύναμης. Όταν τα παιδιά αισθάνονται ότι κάνουν κάτι με το οποίο θα προσφέρουν ανακούφιση, όπως να φροντίσουν ένα ζωάκι ή να βοηθήσουν κάποιο άλλο παιδί που βρίσκεται σε δύσκολη θέση, στην ουσία φροντίζουν και θάλπουν τον εαυτό τους.⁵⁰

Θεραπευτική αξιοποίηση των εκφραστικών μέσων

Τα παιδιά αποφεύγουν να αναφέρονται σε τραυματικά γεγονότα, ιδιαίτερα όταν αυτά αφορούν θέματα βίας στην οικογένεια.¹⁰ Επειδή ένα παιδί δεν έχει την εμπειρία ζωής και συνεπώς δε διαθέτει την ικανότητα όπως ένας ενήλικας να ερμηνεύει κατάλληλα τα γεγονότα και να λεκτικοποιεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, οι νοσηλευτές

φροντίζουν ώστε το παιδί να εκπορεύει αυτό που το απασχολεί, με όποιο τρόπο και εκφραστική δυνατότητα διαθέτει. Η εκφραστική αποτύπωση ή η λεκτική απόδοση των συγκρουσιακών εσωτερικών συναισθημάτων και του τραυματικού συγκινησιακού “άχθους” που βαραίνει το παιδί λειτουργεί ως “ψυχοκάθαρση” (*abreaction*) για το ίδιο, αλλά και ως αποκωδικοποίηση των προβλημάτων και των αναγκών του για τους επαγγελματίες υγείας.^{3,55,56} Ακόμη, τα παιδιά αφού αποτυπώσουν στις ζωγραφιές τους αυτά που τα απασχολούν μετά μπορούν να μιλήσουν για περισσότερα πράγματα και να εκφράσουν ακόμη και οδυνηρά συναισθήματα, με αφορμή την απεικόνιση των όσων έχουν βιώσει, ενώ παράλληλα θα φανερώσουν και την ερμηνεία που έχουν δώσει σε καταστάσεις και γεγονότα.^{48,52,56} Ο νοσηλευτής μπορεί να κάνει ερωτήσεις σχετικά με όσα έχει σχεδιάσει το παιδί, ξεκινώντας πάντα με θέματα που δεν έχουν σχέση με τη τραυματική εμπειρία, όπως για γεγονότα πριν το τραυματικό γεγονός, ή για άτομα που ήταν εκεί πριν και κατά τη διάρκεια του.⁵⁶

Επίσης, ένα φωτογραφικό άλμπουμ που απεικονίζει οικογενειακές στιγμές μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο στο να βοηθήσει το παιδί να αφηγηθεί την ιστορία της ζωής του όπως αυτό την αντιλαμβάνεται και να αποκαλύψει τη θέση του, καθώς και την παρουσία του



μέσα στην οικογένεια όπως το ίδιο την αισθάνεται.^{3,16,56} Καθώς το συναισθηματικό υλικό αποδεσμεύεται ήπια, συνήθως, το παιδί εμφανίζει κινησιολογικά την άνεση και τον αυθορμητισμό που ταιριάζει με την ηλικία του και αναφέρεται με μεγαλύτερη ευκολία στο θέμα που το απασχολεί.^{3,55}

Ένα άλλο ισχυρό εκφραστικό μέσο είναι η εκδραμάτιση καταστάσεων με την οποία επιχειρείται η διαχείριση και η επεξεργασία ενδοψυχικών συγκρούσεων και μπορεί να επιτευχθεί μέσα από διαλόγους κουκλοθέατρου ή μέσα από ρόλους θεατρικού παιχνιδιού, όπου το παιδί συμμετέχει ενεργά.^{40,51,56} Όταν τα παιδιά αφηγούνται με αφορμή ένα σχέδιο που έχουν κάνει, ή το παιχνίδι με κούκλες ή μαριονέτες, ο νοσηλευτής θα πρέπει να κατευθύνει ενεργά τη διαδικασία. Η διαχείριση των αυθόρμητων επαναλαμβανόμενων αναφορών στο περιεχόμενο του τραύματος, που συχνά κάνουν την εμφάνισή τους στο παιχνίδι των μικρών παιδιών έχει μεγάλη σημασία, επειδή με αυτό τον τρόπο προσπαθούν να “λύσουν” το “τραύμα”.⁵⁷ Αυτή η επαναλαμβανόμενη θεματολογική αναφορά στο “τραύμα” μέσω του παιχνιδιού μπορεί να διευκολυνθεί ομαλά με τη δημιουργία ενός βιβλίου - λευκώματος μαζί με το παιδί, το οποίο θα αναφέρεται στην ιστορία της ζωής του και σε γεγονότα που έχουν συμβεί έως εκείνη τη στιγμή.¹⁶ Κύρια επιδίωξη είναι σ’ όλες του τις εκδηλώσεις το παιδί να εκφράζεται

απροσποίητα, είτε όταν μέσα από το θεραπευτικό παιχνίδι εκδραματίζει το τραυματικό γεγονός και τους φόβους του, είτε όταν ζωγραφίζει, ή είτε ακόμη όταν η ηλικία του το επιτρέπει να επιλέγει τη χρήση γραπτού αφηγηματικού λόγου για ό,τι του συμβαίνει σε ημερολόγιο ή προσωπικό βιβλίο ιστοριών. Η παροχή ευκαιριών στο παιδί, καθώς και η διευκόλυνσή του να λεκτικοποιεί τα συναισθήματά του για την τραυματική εμπειρία μέσα από ευκαιρίες έκφρασης, λειτουργεί γι’ αυτό θεραπευτικά και ανακουφιστικά και επιπλέον, το προφυλάσσει από έντονες και ακραίες μετατραυματικές εκδηλώσεις.^{3,51,56}

Στην αξιοποίηση των εκφραστικών μέσων εντάσσεται και η αφηγηματική θεραπεία έκθεσης (*narrative exposure therapy*) ή οποία εφαρμόζεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Κατά τη θεραπευτική αυτή διαδικασία το παιδί καλείται να μιλήσει με κάθε λεπτομέρεια για το τραυματικό γεγονός, βιώνοντας τα συναισθήματα που συνδέονται με αυτό και νιώθοντας σταδιακά λιγότερο φόβο για τις οδυνηρές αναμνήσεις ενώ παράλληλα επιχειρείται η ανοικοδόμηση της τραυματικής μνήμης που οδηγεί στην ύφεση της μετατραυματικής συμπτωματολογίας.⁵⁸

Η θεραπεία έκθεσης χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την αφήγηση της αυτοβιογραφικής μνήμης, η οποία είναι αποτελεσματική σε παιδιά μεγαλύτερα των

οκτώ ετών.⁵⁹ Στη διαδικασία αυτή το παιδί καλείται να περιγράψει τι συνέβη με μεγάλη λεπτομέρεια, δίνοντας προσοχή σε ότι βίωσε αναφορικά μ' αυτό που είδε, άκουσε, μύρισε, αισθάνθηκε και σκεφτόταν κατά τη διάρκεια του γεγονότος. Αρχικά, αυτό ενδεχομένως να είναι οδυνηρό, αλλά σταδιακά επιτυγχάνεται η εξοικείωση με τη διαδικασία και τα επίπεδα δυσφορίας μειώνονται σημαντικά μετά από μόλις τέσσερις συνεδρίες "έκθεσης".⁵⁹

Όταν το παιδί φαίνεται να δυσφορεί να συμμετάσχει μετά από κάποια στιγμή σε οποιαδήποτε θεραπευτική διαδικασία γίνεται προσπάθεια να αποσπασθεί η προσοχή του σε ανώδυνα και ευχάριστα ερεθίσματα όπως τηλεόραση, βίντεο, μουσική και διαδραστικό παιχνίδι.

Τεχνικές χαλάρωσης

Τα παιδιά που μπορούν να συνεργαστούν και να ακολουθήσουν λεκτικές εντολές, έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν σε τεχνικές χαλάρωσης, τις οποίες μπορούν να εφαρμόζουν σαν να είναι παιχνίδι για να διαχειρίζονται και να αποφορτίζουν το άγχος που βιώνουν, ιδιαίτερα τις στιγμές που αυτό τα κατακλύζει.³ Είναι πολύ βοηθητικό το "τραυματισμένο" παιδί να μάθει τις βασικές τεχνικές χαλάρωσης (βαθιά κοιλιακή αναπνοή, θεραπευτικός οραματισμός, καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση κ.ά.) για να είναι ανεκτή η επαναβίωση της εμπειρίας του και για να μπορεί να αμβλύνει τις

τραυματικές μνήμες, καθώς και τις συνοδές σωματικές αντιδράσεις.⁵² Οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να εφαρμοσθούν ακόμη, ως προδιαδικαστική προετοιμασία για τη δημιουργία συνθήκης θεραπευτικής προσέγγισης και προτείνονται από τους νοσηλευτές σαν ένα "διάλειμμα" στις εκδηλώσεις που εμφανίζει το παιδί (αυξημένοι καρδιακοί παλμοί, ταχύπνοια ή ασθματική αναπνοή), κατά τη διάρκεια της επαναβίωσης του τραυματικού γεγονότος.^{16,52}

Οι αυτοανακουφιστικές τεχνικές λειτουργούν στο ίδιο σχεδόν πλαίσιο με τις τεχνικές χαλάρωσης και είναι καλό το παιδί να μάθει να τις χρησιμοποιεί πριν γίνει οποιαδήποτε αναφορά στο "τραύμα", για να έχει έλεγχο σε έντονες ψυχοσωματικές αντιδράσεις όταν συμβαίνει μνημονική ανάκληση σκηνών του τραυματικού γεγονότος. Αν το παιδί είναι πολύ μικρό και έχει γονέα ή συγγενή διαθέσιμο που του έχει εμπιστοσύνη, μπορεί να αποδεχθεί αυτές τις τεχνικές αμέσως. Αναφορικά με τη συνεργασία του νοσηλευτή με το παιδί για την εφαρμογή αυτοανακουφιστικών τεχνικών, χρειάζεται πρώτα να δομηθεί σχέση ασφάλειας και εμπιστοσύνης για να μπορέσει να του τις διδάξει, ώστε στη συνέχεια να μπορεί να τις εφαρμόζει και μόνο του. Οι αυτιανακουφιστικές τεχνικές περιλαμβάνουν, τεχνικές όπως το χάδι στο μάγουλο, το λίκνισμα, ή το σιγανό τραγούδι, έτσι ώστε τα



παιδιά να μπορούν να αμβλύνουν τις τραυματικές μνήμες όταν επανεμφανίζονται και τα κατακλύζουν.^{3,16,52}

Συμβολική υπέρβαση των δυσκολιών

Οι νοσηλευτές με κάθε ευκαιρία χρειάζεται να επιχειρούν την ανάδειξη των υποτιμημένων ικανοτήτων και την ανάπτυξη του προσωπικού δυναμικού που κρύβει το παιδί, για να ανακτήσει την αυτοεκτίμησή του και να διεκδικήσει την αξιοπρέπειά του. Η ανάγνωση παραμυθιών που το περιεχόμενό τους αναφέρεται σε θέματα όπως, ότι παρά τις δυσκολίες που είχε ένα παιδί στο τέλος τα κατάφερε, καθώς και η θετική αναπλαισίωση της κατάστασής του μέσα από ήρωες που θαυμάζει, βοηθούν πολύ το παιδί με “τραύμα” να πιστέψει στις δυνατότητες που έχει και να εκλογικεύσει ακόμη και τις πλέον οδυνηρές καταστάσεις.⁵¹ Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα παιδιού στο οποίο μετά από ακρωτηριασμό των κάτω άκρων χρειάστηκε να γίνει προσθήκη από τεχνητά μέλη και είπε “τώρα θα είμαι σαν τον Robo cop”, αναδεικνύοντας την προσωπική του υπερβατική προσπάθεια να βρει τρόπο να υπερφαλαγγίσει συμβολικά τις δυσκολίες από το τραυματικό γεγονός.

Άσκηση και δραστηριότητες

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει μέσα από το συμβουλευτικό του ρόλο τη φυσική άσκηση του παιδιού και γενικότερα την εκπόρευση

της ψυχικής του ενέργειας κινητικά, μέσα από ατομικές, αλλά και ομαδικές δραστηριότητες. Η κινητική και διανοητική συμμετοχή του “τραυματισμένου” παιδιού, καθώς και η επικοινωνιακή συνδιαλλαγή του μέσα από δραστηριότητες συντελούν στην απομάκρυνση του στρες αλλά και των πιεσμένων αισθημάτων του, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του, στην ανάκτηση της κοινωνικής του επάρκειας και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης σχέσεων και καταστάσεων, συντελώντας στην ομαλή αναπτυξιακή του διαδικασία.

Η μέθοδος EMDR

Η τεκμηριωμένη ερευνητικά θεραπευτική τεχνική EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) αποσκοπεί στην αντιμετώπιση του “τραύματος” και μπορεί να εφαρμοσθεί σε παιδιά παρέχοντας ουσιαστική βοήθεια. Η μέθοδος EMDR που αφορά στην οφθαλμοκινητική απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία του “τραύματος” έχει θεωρηθεί μια από τις πλέον αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους, η οποία μέσω κατευθυνόμενων οφθαλμικών κινήσεων ενισχύει την επεξεργασία του οδυνηρού μετατραυματικού μνημονικού υλικού, έτσι ώστε να είναι ανεκτό από το άτομο.^{40,60}

Γνωστική θεραπεία επεξεργασίας (CBT)

Από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύεται η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπευτικής προσέγγισης (CBT) σε ενήλικες αλλά και σε παιδιά, η οποία μπορεί να εφαρμοσθεί και από εκπαιδευμένο νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Με αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση, ο θεραπευτής βοηθά το παιδί να αναπτύξει υγιείς τρόπους μείωσης του στρες που σχετίζεται με οδυνηρές αναμνήσεις.^{40,57}

Εξασφάλιση κοινωνικής στήριξης

Η κοινωνική στήριξη που θα παρασχεθεί στο παιδί μετά από “τραύμα” από κοινοτικές υπηρεσίες υγείας που είναι σε θέση να του προσφέρουν συνεχιζόμενη και μακροπρόθεσμη στήριξη, χρειάζεται να συμπεριλαμβάνεται από το νοσηλευτή σε κάθε αποκαταστασιακό θεραπευτικό σχεδιασμό.^{3,61,62} Για τη διαχείριση των μετατραυματικών εκδηλώσεων των παιδιών και την επιστροφή τους στην καθημερινότητα, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των γονέων, αλλά και των ατόμων που είναι “οι σημαντικοί άλλοι” στη ζωή τους, όπως οι δάσκαλοι.⁶³ Είναι πολύ βοηθητικό ο δάσκαλος να είναι ενημερωμένος και ευαισθητοποιημένος από τον επαγγελματία υγείας που έχει αναλάβει την επανασύνδεση του παιδιού με το σχολείο (κοινοτικός νοσηλευτής, σχολικός νοσηλευτής) για τα

θέματα που το προβληματίζουν ή το φέρνουν σε δύσκολη θέση, ώστε να μπορεί να διαχειρισθεί ενδεχόμενες καταστάσεις που θα προκύψουν με επιδεξιότητα και ευαισθησία και να ανταποκριθεί με θετικό τρόπο στις ανησυχίες που τυχόν υπάρχουν, αναφορικά με θέματα απορρήτου και εμπιστευτικότητας. Η υποστήριξη και η ευαισθησία που θα δείξουν οι γείτονες, οι δάσκαλοι αλλά και οι συνομήλικοι του παιδιού είναι το αμυντικό του “ανάχωμα” στις μετατραυματικές δυσκολίες. Είναι γεγονός ότι, τα παιδιά που αντιμετωπίζονται με κατανόηση και λαμβάνουν στήριξη από το σχολείο τους την περίοδο μετά το “τραύμα” έχουν ταχύτερη αποκατάσταση.^{7,55}

Επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες

Η συμβουλευτική βοήθεια στα παιδιά και στους γονείς για την επιστροφή στη φυσιολογική ρουτίνα εντάσσεται μέσα στα πλαίσια της αποκατάστασης μετά από “τραύμα”. Η ενθάρρυνση της επιστροφής του παιδιού στις βασικές δραστηριότητες της ηλικίας του, όπως η συνέχιση των σχολικών του υποχρεώσεων και η επανασύνδεσή του με πράγματα που συνήθιζε να κάνει και το ευχαριστούσαν, διευκολύνει και προσδιορίζει την πορεία της αποκατάστασής του.^{3,56} Είναι σημαντικό επίσης, να γίνει προετοιμασία του παιδιού για τις απαντήσεις που θα χρειασθεί να δώσει σε ερωτήσεις που ενδεχομένως θα



του κάνουν οι συμμαθητές του, ή όποιοι άλλοι για να μην βιώσει άγχος και να μην νοιώσει αμηχανία.

Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή για τη χορήγηση της οποίας απαιτείται λεπτομερής ενημέρωση και εκπαίδευση του γονέα και του παιδιού, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση των εξουθενωτικών μετατραυματικών εκδηλώσεων και βοηθά δραστικά στην αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης που συνδέονται με το “τραύμα”, καθώς και στη σταθεροποίηση του συναισθήματος του παιδιού. Σε περιπτώσεις συμπεριφορών αυτοτραυματισμού, “αποσύνδεσης” ή και σοβαρής επιθετικής συμπεριφοράς, ενδεχομένως να είναι αναγκαία και η εισαγωγή ενός νευροληπτικού παράγοντα.^{64,65}

Συμπεράσματα

Τα ακραία γεγονότα που βιώνουν κάποιες φορές τα παιδιά, ξεπερνούν το εύρος της αντοχής τους στο στρες, στο φόβο και γενικότερα στα οδυνηρά συναισθήματα, με συνέπεια να τα “τραυματίζουν” και να διαταράσσουν σοβαρά την ψυχική αλλά και τη σωματική τους υγεία.

Ειδικότερα, τα παιδιά μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος μπορεί να εκδηλώσουν ένα φάσμα συμπτωμάτων, τα οποία παραπέμπουν σε μετατραυματική

διαταραχή που συχνά επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητά τους, την ομαλή ψυχοσυναισθηματική τους εξέλιξη έχοντας αντίκτυπο και επιβαρύνοντας πολλές πτυχές της μετέπειτα ενήλικης ζωής τους.

Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται ενεργά στην πρόληψη της εκδήλωσης μετατραυματικής συμπτωματολογίας, αλλά και στη φροντίδα παιδιών μετά από τη βίωση ψυχοτραυματικού γεγονότος είναι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, καθώς και οι σχολικοί νοσηλευτές. Με την αξιοποίηση των στοιχείων του νοσηλευτικού ιστορικού που αφορούν την προσωπικότητα του παιδιού, την ιστορία της ζωής του, τη φύση και τα χαρακτηριστικά του τραυματικού γεγονότος, το βαθμό επηρεασμού του παιδιού από το “τραύμα”, καθώς και το πλαίσιο που διαβιεί, οι νοσηλευτές πραγματοποιούν τη συνολική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειάς του. Από τη στιγμή που δεν υπάρχουν πλάνα φροντίδας, τα οποία να αναφέρονται στο παιδί μετά από τραυματικό γεγονός, οι νοσηλευτές συνθέτουν τις βασικές και τις εξειδικευμένες γνώσεις τους και λαμβάνοντας υπόψη τον αιτιολογικό παράγοντα του “τραύματος”, την ηλικία του παιδιού, τη γενική του υγεία, τη σοβαρότητα της μετατραυματικής συμπτωματολογίας, την ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικού περιβάλλοντος

και την ανταπόκρισή του στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, διαμορφώνουν το σχεδιασμό και την εφαρμογή νοσηλευτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Οι πληροφορίες και τα μηνύματα που δίνει το παιδί με “τραύμα” στο νοσηλευτή με τη λεκτική επικοινωνιακή συνδιαλλαγή, τη σχεδιαστική αποτύπωση των σκέψεων και των συναισθημάτων του, τη συμμετοχή του σε θεατρικό παιχνίδι και γενικότερα με κάθε εκφραστικό μέσο, γίνονται η αφετηρία για την εφαρμογή των ενδεδειγμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επίσης, η στήριξη από τον κοινοτικό και τον σχολικό νοσηλευτή των “τραυματισμένων” παιδιών και η άσκηση συμβουλευτικής στις οικογένειές τους με την αξιοποίηση του κοινοτικού θεραπευτικού πλαισίου, καθώς και η ευαισθητοποίηση του κοινοτικού περιβάλλοντος θεωρείται ότι είναι μείζονος σημασίας και αναγκαία για τη θεραπευτική τους πορεία και την αποκατάσταση της λειτουργικότητάς τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Miller A. Prisoners of childhood, 4th edition, Athens, Roes 2007.
2. Chou FH, Chou P, Su TT, Ou-Yang WC, Chien IC, Lu MK, Huang MW. Quality of life and related risk factors in a Taiwanese village population 21 months after the earthquake. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004, 38(5):358-364.
3. Mulvihill D. Nursing care of children after a traumatic incident. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2007, 30(1-2):15-28.
4. Ullman SE. Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse* 2007, 16(1):19-36.
5. Ragia A. Mental Health Nursing, Athens, G. Parisianos, 2004.
6. Alexandropoulou M, Kalokairinou Ath, Sourtzi P. School healthcare services in Hellas. The position of school nurse. *Nosileutiki* 2006, 45(3):308-314.
7. Sabin J, Zatzick D, Rivara F. Role for School Health Personnel in Supporting Children and Families Following Childhood Injury. *Journal of School Health* 2005, 75(4):141-144.
8. Caffo E, Belaise C. Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2003, 12(3):493-535.
9. Moses R. Adult psychic trauma: The question of early predisposition and some detailed mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis* 1978, 59(2-3):353-363.



10. Belivanaki M, Kolaitis G, Kanari N, Tsiantis J. Post-traumatic stress disorder symptomatology, often non-recognized, among psychiatric inpatient children and adolescents. *Encephalos-Archives of Neurology and Psychiatry* 2006, 43(2):53-58.
11. Ouzouni Chr, Nakakis K. Nursing care of depressed children. *Nosileftiki* 2008, 47(4):458-470.
12. Dube SR, Felitti V, Dong M, Chapman D, Giles W, Anda R. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003, 111(3): 564-572.
13. Kar N. Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions *World Journal of Pediatrics* 2009, 5(1):5-11.
14. Cohen JA, Berliner L, March JS: Treatment of children and adolescents. In *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Edited by Foa EB, Keane TM and Friedman MJ. New York, The Guildford Press, 2000.
15. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Long-term psychological outcome for non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003, 191(3):154-160.
16. Mulvihill, D. The health impact of childhood trauma: An interdisciplinary review, 1997-2003, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2005, 28(2):115-136.
17. Koenen KC, Widom CS. A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *Journal of Traumatic Stress* 2009, 22(6):566-574.
18. Scheeringa, M, Zeanah, C, Myers, L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003, 42(5):561-570.
19. Sansone RA, Sansone LA. Childhood trauma, borderline personality, and eating disorders: a developmental cascade. *Eating Disorders* 2007, 15(4):333-346.
20. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J, Fleischer A, Thomas J. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment* 2000, 5(3):205-17.
21. DePrince AP, Weinzierl KM, Combs MD. Stroop performance, dissociation, and trauma exposure in a community sample

- of children. *Journal of Trauma and Dissociation* 2008, 9(2):209-223.
22. Bremner JD, Krystal JH, Charney DS, Southwick SM. Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: Relevance to the current controversy surrounding the "False Memory Syndrome". *American Journal of Psychiatry* 1996, 153(7 Suppl):71-82.
23. Levin R, Nielsen TA. Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin* 2007, 133(3):482-528.
24. Valli K, Revonsuo A, Pälkäs O, Ismail KH, Ali KJ, Punamäki RL. The threat simulation theory of the evolutionary function of dreaming: Evidence from dreams of traumatized children. *Consciousness and Cognition* 2005, 14(1):188-218.
25. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* 2007, 15(4):285-304.
26. Hensley L, Varela RE. PTSD symptoms and somatic complaints following Hurricane Katrina: the roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2008, 37(3):542-552.
27. Roe-Sepowitz D, Bedard LE, Pate K. The impact of child abuse on dissociative symptoms: a study of incarcerated women. *Journal of Trauma and Dissociation* 2007, 8(3):7-26.
28. Högberg G, Hällström T. Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality: description, evaluation and clinical profile. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2008, 13(3):435-448.
29. Teicher M, Andersen S, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2003, 27(1-2):33-44.
30. Carrion VG, Steiner H. Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 2000, 39(3):353-359.
31. Dixon A, Howie P, Starling J. Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 2005, 44(8):798-806.
32. Heide KM, Solomon EP. Biology, childhood trauma, and murder: rethinking justice. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006, 29(3):220-233.
33. Kaplow J.B., Dodge K.A, Amaya-Jackson L, Saxe G.N. Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American*



- Journal of Psychiatry* 2005, 162(7): 1305-1310.
34. Kinchin D. Post traumatic stress disorder the invisibly injury. Wessex Press Wantage Oxfordshire GB, 2005.
35. Thabet A, Abu Tawahina A, El Sarraj E, Vostanis P. Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2008, 17(4):191-199.
36. Olofsson E, Bunketorp O, Andersson AL. Children and adolescents injured in traffic associated psychological consequences: a literature review. *Acta Paediatrica* 2009, 98(1):17-22.
37. Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP, Wu P, Mandell DJ, Goodwin RD et al. Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Archives of General Psychiatry* 2005, 62(5):545-552.
38. Vernberg EM, La Greca AM, Silverman WK, Prinstein MJ. Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology* 1996, 105(2): 237-248.
39. Eksi A, Peykerli G, Saydam R, Toparlak D, Braun KL. Vivid intrusive memories in PTSD: responses of child earthquake survivors in Turkey. *Journal of Loss and Trauma* 2008, 13(2-3):123-155.
40. Adler-Nevo G, Manassis K. Psychosocial treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression & Anxiety* 2005, 22(4):177-189.
41. Rick S, Douglas DH Neurobiological effects of childhood abuse. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2007, 45(4):47-54.
42. Adams SM, Dolfie EK, Feren SS, Love RA, Taylor SW. Mental health disaster response: nursing interventions across the life span. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 1999, 37(11):11-19.
43. McIntosh S, Mata M. Early detection of posttraumatic stress disorder in children *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2008, 15(3):126-130
44. Trivizas Eug. Little Bear in Trouble. Athens, the Greek Soroptimist Union 2005.
45. Steiner H, Carrion V, Plattner B, Koopman C. Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2003, 12(2):231-249.
46. Medley A, Sachs-Ericsson N. Predictors of parental physical abuse: the contribution of internalizing and externalizing disorders and childhood experiences of abuse. *Journal of Affective Disorders* 2009, 113(3):244-254.

-
47. Kontaxakis BP, Havaki Kontaxaki MI, Christodoulou GN. Preventive Psychiatry and Mental Hygiene, Beta, Athens, 2004.
48. Kaplow JB, Saxe GN, Putnam FW, Pynoos RS, Lieberman AF. The long-term consequences of early childhood trauma: a case study and discussion. *Psychiatry* 2006, 69(4):362-375.
49. Landolt MA, Grubenmann S, Meuli M. Family impact greatest: predictors of quality of life and psychological adjustment in pediatric burn survivors. *Journal of Trauma* 2002, 53(6):1146-1151.
50. Paraschakis A. Factors promoting resilience after a traumatic event. *Encephalos-Archives of Neurology and Psychiatry* 2008, 45(3).
51. Melnyk BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF, Crean HF, Johnson J, Fairbanks E, et al. Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics* 2004, 113(6):597-607.
52. Margolin G, Gordis, E. The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology* 2000, 1: 445-479.
53. Matziou V, Kletsiou E, Galanis P, Dousis E, Tsoumakas C, Livanios S. Pediatric pain. Nursing approach in Greek hospitals. *Nosileutiki* 2008, 47(2):240-246.
54. Paddon-Jones, D. The interplay of stress and physical inactivity on muscle loss: nutritional counter measures, *Journal of Nutrition, American Society of Nutrition* 2006, 136:2123-2126.
55. Stein, J. "He survives everything," A latency-aged child with play disruption in the face of trauma and early object loss, *Clinical Social Work Journal* 2002, 30(2):145-158.
56. Miller C, Boe J. Tears to diamonds: Transformation of child psychic trauma through sand play and storytelling. *Arts in Psychotherapy* 1990, 17(3):247-257.
57. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2008, 35(3):287-313.
58. Neuner F, Catani C, Ruf M, Schauer E, Schauer M, Elbert T. Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2008, 17(3):641-664.
-



59. Onyut LP, Neuner F, Schauer E, Ertl V, Odenwald M, Schauer M, Elbert T. Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry* 2005, 5:7.
60. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Basic Principles, Protocols, and Procedures. 2nd edition, the Guilford Press, New York, 2001.
61. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Houshyar S, Lipschitz D, Krystal JH et al. Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U.S.A.* 2004, 101(49):17316-17321.
62. Purtscher K. Trauma in childhood - risks for the child's development. *Psychiatria Danubina* 2008, 20(4):513-520.
63. Wolmer L, Laor N, Dedeoglu C, Siev J, Yazgan Y. Teacher-mediated intervention after disaster: a controlled three-year follow-up of children's functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005, 46(11):1161-1168.
64. Donnelly CL: Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2003, 12(2):251-269.
65. Staller JA. Psychopharmacologic treatment of aggressive preschoolers: a chart review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2007, 31(1):131-135.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟ "ΤΡΑΥΜΑ"	
ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΓΕΓΟΝΟΤΟΣ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Κακοποίηση σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική π.χ. ακυρωτικό περιβάλλον που προκαλεί ματαιώσεις, ντροπή και αυτομομφή. ▪ Εγκατάλειψη, παραμέληση ▪ Πόλεμος π.χ. βίωση καταστάσεων φρίκης σε εμπόλεμη ζώνη, προσφυγική ζωή. ▪ Ατυχήματα π.χ. τροχαία ατυχήματα, πτώση από ύψος. ▪ Φυσικές καταστροφές π.χ. πυρκαγιά, πλημμύρα, σεισμός, νανάγιο, τυφώνας. ▪ Ακραία οικονομική ανέχεια π.χ. έξωση από το σπίτι. ▪ Τρομοκρατικές ενέργειες ή απειλές. ▪ Απειλητική για τη ζωή του παιδιού ασθένεια π.χ. καρκίνος. ▪ Επώδυνες νοσηλείες π.χ. επώδυνη χειρουργική επέμβαση. ▪ Ενδοοικογενειακή βία π.χ. μάρτυρας σκηνών με εμπλοκή ή μη του παιδιού. ▪ Κοινοτική βία π.χ. θέαση φόνου, ληστείας. ▪ Σχολική βία π.χ. σχολικός εκφοβισμός. ▪ Θυματοποίηση π.χ. υποχρεωτική επαιτεία. ▪ Απώλεια ή σοβαρός τραυματισμός αγαπημένου προσώπου. ▪ Πρόκληση τραυματισμού ή θανάτου άλλου ατόμου. π.χ. πρόκληση ατυχήματος παίζοντας το παιδί με όπλο.
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΓΕΓΟΝΟΤΟΣ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Σοβαρότητα του "τραύματος" (επηρεασμός της λειτουργικής κατάστασης από την τραυματική εμπειρία) π.χ. αναπηρία -απώλεια μέλους του σώματος, όρασης, ακοής. ▪ Αναπάντεχο τραυματικό γεγονός. ▪ Επαναληπτικότητα του τραυματικού γεγονότος π.χ. επαναλαμβανόμενες επώδυνες διαγνωστικές επεμβάσεις (παρακεντήσεις). ▪ Διάρκεια του τραυματικού γεγονότος π.χ. έκθεση παιδιού σε νανάγιο για πολλές ώρες. ▪ Βαθμός έκθεσης στο τραυματικό γεγονός (εγγύτητα στο τραυματικό γεγονός) π.χ. αυτόπτης μάρτυρας ακραίων γεγονότων. ▪ Βαθμός εμπλοκής στο τραυματικό γεγονός π.χ. αν αφορούσε το ίδιο το παιδί (απαγωγή) ή κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο.
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Προσωπικότητα π.χ. κακή προνοσηρή ψυχοκοινωνική προσαρμογή του παιδιού σε γεγονότα ζωής. ▪ Φύλο (στα κορίτσια εμφανίζεται συχνότερα). ▪ Ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο (στα μικρότερα παιδιά οι επιπτώσεις είναι μεγαλύτερες). ▪ Απουσία οικογένειας και γονεϊκής προστασίας π.χ. ορφανό παιδί, ακατάλληλη ανάδοχη οικογένεια, διαβίωση σε ιδρύματα. ▪ Παρουσία προβλημάτων υγείας π.χ. σακχαρώδης διαβήτης Τύπου I.
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΥΤΗ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η διαπροσωπική σχέση του παιδιού με το θύτη (όταν το τραυματικό γεγονός έχει προκληθεί από πρόσωπο). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Γονέας π.χ. πατέρας, πατριός. ▪ Συγγενής π.χ. θείος. ▪ "Σημαντικός άλλος" π.χ. δάσκαλος, προπονητής. ▪ Άγνωστο άτομο.
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Απουσία επαρκούς επιπέδου γονεϊκής στήριξης. π.χ. δύσκολο χωρίς κατανόηση οικογενειακό περιβάλλον, οικογένεια που δεν μπορεί να προστατέψει το παιδί. ▪ Χαμηλή ποιότητα της οικογενειακής σχέσης π.χ. μέλος διαλυμένης οικογένειας. ▪ Ακατάλληλη ανάδοχη οικογένεια π.χ. έλλειψη στοργικότητας. ▪ Ιστορικό τραύματος σε μέλος της οικογένειας π.χ. κακοποιημένη μητέρα. ▪ Γονείς με ψυχική διαταραχή π.χ. συναισθηματική διαταραχή.
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	<p>Απουσία επαρκούς επιπέδου σχολικής υποστήριξης π.χ. Δάσκαλοι μη ευαισθητοποιημένοι σε θέματα μετατραυματικού στρες, μη συνεργάσιμοι με γονείς ή επαγγελματίες υγείας, μη εκπαιδευμένοι στη θετική κινητοποίηση του σχολικού περιβάλλοντος προς το παιδί με "τραύμα". π.χ. συμμαθητές που απομονώνουν, θυματοποιούν, χλευάζουν ή ταπεινώνουν το παιδί.</p>
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	<p>Χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης π.χ. γείτονες, αρχές και φορείς ενός τόπου που δεν είναι διαθέσιμοι για παροχή υποστήριξης στο παιδί και στην οικογένεια.</p>