

**Πτυχιακή Εργασία**

Ψυχο-Τραυματικά γεγονότα (Ptd) σε παιδιά προσχολικής, σχολικής, εφηβικής ηλικίας και η επίδραση αυτών στη διατροφή και την ψυχολογία κατά την ενηλικίωση τους.

Δασκαλάκη Ελένη ΑΜ: 2214

Επιβλέπουσα: Χαρωνιτάκη Αικατερίνη

ΣΗΤΕΙΑ, Μάιος 2019

**HELLENIC MEDITERRANEAN UNIVERSITY**  
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES  
DEPARTMENT OF FOOD SCIENCE & NUTRITION

---

**THESIS**

**for the Undergraduate Degree**

Post-traumatic stress disorder to children of age pre-school, school, teen age and the impact of them to nutrition and psychology in the adulthood.

Daskalaki Eleni YD: 2214

SUPERVISOR: Charonitaki Katerina

SITIA, May 2019

*Δασκαλάκη Ελένη, «Ψυχο-Τραυματικά γεγονότα (Ptd) σε παιδιά προσχολικής, σχολικής, εφηβικής ηλικίας και η επίδραση αυτών στη διατροφή και την ψυχολογία κατά την ενηλικίωση τους»*

*«Η παρούσα εργασία αποτελεί την διπλωματική μου εργασία στα πλαίσια της απόκτησης του πτυχίου μου, στο Τμήμα Επιστημών Διατροφής & Διαιτολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Παραρτήματος Σητείας .*

*Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος την επιβλέπουσα Καθηγήτρια μου κα Κατερίνα Χαρωνιτάκη για την καθοδήγηση και το χρόνο που μου αφιέρωσε. Μέσα από αυτή την διαδικασία με δίδαξε με υπομονή και μεθοδικότητα, και θα αποτελεί για εμένα παράδειγμα ακαδημαϊκού προς μίμηση στην περαιτέρω επαγγελματική μου δραστηριότητα.*

*Εν συνεχεία, θα ήθελα να ευχαριστήσω, την συμφοιτήτρια και φίλη μου Μαρία για την ηθική συμπαράσταση, τον χρόνο και την πολύτιμη συμβολή της.*

*Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου για όλα όσα έκαναν για εμένα αυτά τα χρόνια προκειμένου να σπουδάσω καθώς και τα αδέρφια μου, που ήταν δίπλα μου με υπομονή και κουράγιο προσέφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.»*

## Περίληψη

Τα βιώματα που συχνά έχουν τα παιδιά, ζώντας σε έναν κόσμο με πολλές αλλαγές και απρόβλεπτα γεγονότα ιδιαίτερα στρεσογόνα τα εμποδίζει να ζήσουν ότι είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο για την ηλικία τους. Καλούνται έτσι να αφήσουν τα παιχνίδια τους και να αναλάβουν ρόλους ‘ενηλίκων’, να ωριμάσουν, κατάσταση που δεν είναι συμβατή με την ηλικία και την ψυχοσύνθεσή τους. Βιώνουν καταστάσεις τις οποίες δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν μόνα και δεν υπάρχει στήριξη από πουθενά. Αρκετά παιδιά δυστυχώς, παραμένουν χωρίς βοήθεια, καθώς δεν γίνεται έγκαιρα η διάγνωση και έτσι δε λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία. Τραυματικές εμπειρίες για ένα παιδί μπορεί να είναι η έκθεση σε φυσικές καταστροφές όπως ο σεισμός, η πλημμύρα κτλ., τραυματικές καταστάσεις όπως η σεξουαλική κακοποίηση, η υιοθεσία, τα σοβαρά ατυχήματα με τραυματισμούς, οι αναπηρίες, ο θάνατος αγαπημένου προσώπου - γονέα, η φυλάκιση ενός γονέα, το διαζύγιο των γονέων καθώς και η ενδο-οικογενειακή βία. Όλα τα παραπάνω μπορούν να συμπεριληφθούν στον όρο post traumatic stress disorder (PTSD) ή μετά τραυματική διαταραχή άγχους, ο οποίος ορίζεται ως μια διαταραχή άγχους και εμφανίζεται στα άτομα μετά από την έκθεσή τους σε τραυματικό στρες. Στη συγκεκριμένη πτυχιακή τα ψυχοτραυματικά γεγονότα που θα αναλυθούν είναι το διαζύγιο, η φτώχεια και η σεξουαλική κακοποίηση. Η έκθεση των παιδιών από πολύ μικρή ηλικία σε αυτές τις τραυματικές καταστάσεις έχει σοβαρό αντίκτυπο στην ψυχολογία τους, αφού αποτελεί την βασική αιτία για ενδεχόμενες ψυχιατρικές παθήσεις ή διατροφικές διαταραχές. Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων όπως ξαφνικές αλλαγές στην συμπεριφορά τους, αμηχανία, εμπλοκή φανταστικών φίλων στις συζητήσεις που κάνουν, συναισθηματική ανασφάλεια, διαταραχές άγχους, κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ακόμη, η παραμέληση των παιδιών από τους γονείς τους και ειδικά σε μικρή ηλικία αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για την εμφάνιση παχυσαρκίας κατά την ενηλικίωση. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι και το συμπέρασμα από μια έρευνα που έγινε η οποία συνδέει το υπερβάλλον βάρος των παιδιών με το διαζύγιο των γονέων. Μια άλλη έρευνα συσχετίζει τα ψυχο-τραυματικά γεγονότα με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (ανορεξία και βουλιμία), παρακολουθώντας τα επίπεδα των ορμονών του πλάσματος. Συνεπώς, η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) συνδέεται με

αυξημένο κίνδυνο για ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία και την πρόωρη θνησιμότητα. Λόγω της κακής διατροφικής κατάστασης ο οργανισμός του ατόμου καταπονείται ακόμη περισσότερο, αυξάνοντας έτσι τον ρυθμό της βιολογικής γήρανσης.

Μια αιτία που προκαλεί πολλές συνέπειες στα παιδιά τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές, είναι το διαζύγιο. Πρόκειται για ένα φαινόμενο που τα τελευταία χρόνια έχει πάρει μεγάλη διάσταση με πολύ αυξημένη συχνότητα και ένα ακριβό αντίκτυπο στη συναισθηματική ευημερία των παιδιών που το βιώνουν, στο μέλλον τους, στην εκπαίδευσή λόγω οικονομικών δυσκολιών και στις οικογενειακές τους σχέσεις. Στις επιπτώσεις του διαζυγίου, εξέχουσας σημασίας έχει και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, αφού εάν εκείνοι γνωρίζουν κάποια πράγματα παραπάνω μπορούν να προφυλάξουν φροντίζοντας κατάλληλα τα παιδιά τους σχετικά με την μόρφωση, ασφάλεια, διατροφή και επικοινωνία μεταξύ τους, αλλά και να κρατήσουν ισορροπίες αποφεύγοντας τυχόν συγκρούσεις με τον άλλο γονέα. Από την άλλη, μπορούν να δημιουργήσουν πολλαπλά προβλήματα και να δυσχεράνουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση. Λόγω ακριβώς αυτών των 'καταστροφικών' συνεπειών του διαζυγίου κρίνεται αναγκαίο καθήκον από τους ίδιους τους γονείς να δημιουργήσουν μια ποιοτική γονική μέριμνα, όχι μόνο για να προσαρμοστούν τα παιδιά στις νέες καταστάσεις, αλλά και για να τους εξασφαλίσουν την ευημερία. Μια πιο πρόσφατη έρευνα εξετάζει τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα EBP (Emotional and Behavioral Problems) των μικρών παιδιών με χωρισμένους γονείς. Κύριος στόχος είναι η διερεύνηση της επίδρασης του διαζυγίου σε σχέση με τα προβλήματα συμπεριφοράς, διατροφής και συναισθημάτων που μπορεί να έχει σε παιδιά ηλικίας 2-4 ετών, αλλά και αργότερα κατά την διάρκεια της εφηβείας.

Άλλη μια αιτία που οδηγεί στο PTSD είναι η φτώχεια, με τις αρνητικές συνέπειες που επιφέρει στην ανάπτυξη του παιδιού τόσο σωματικά αλλά και νοητικά όσον αφορά την ανάπτυξη του εγκεφάλου του, καθώς επηρεάζεται και η ποιότητα της διατροφής του. Το άγχος στην ζωή των παιδιών, αλλά και η μειωμένη φροντίδα που τους παρέχεται οδηγεί σε επιζήμιες επιπτώσεις για τα ίδια. Παρατηρείται ότι το στρες επηρεάζει την ανάπτυξη περιοχών του εγκεφάλου (λευκή φλοιώδη ουσία, ιππόκαμπος) και αντικατοπτρίζεται από μειωμένες σχολικές επιδόσεις, αντικοινωνική συμπεριφορά, αναπτυξιακά ελλείμματα και άλλα. Ακόμη, έχει πραγματοποιηθεί μια έρευνα όπου η επίπτωση της φτώχειας καθώς και

των άλλων στρεσογόνων γεγονότων (διαζύγιο, προβλήματα στην οικογένεια, κακοποίηση) ασκεί μεγάλη επιρροή στην μετέπειτα ενήλικη ζωή του ατόμου καθώς χειροτερεύει η ποιότητα ζωής του και επηρεάζεται η κοινωνική και η οικονομική του θέση.

Ένα ακόμα πολύ συχνό φαινόμενο τη σημερινή εποχή με καταστροφικές συνέπειες, ψυχιατρικές και διατροφικές διαταραχές, με συχνά μόνιμες δυσλειτουργίες συναισθημάτων είναι η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Έχουν υπάρξει αρκετές μελέτες που έχουν ερευνήσει το συγκεκριμένο θέμα, μερικές εκ των οποίων εξετάζουν την παιδική κακοποίηση, την λεκτική κακοποίηση των ενηλίκων, αλλά και την κατάθλιψη σε άτομα παχύσαρκα. Εξίσου σημαντική ήταν μια έρευνα που μελέτησε τον ρόλο της ηλικίας των κακοποιημένων παιδιών σε σχέση με τις αναμνήσεις που πιθανόν να έχουν για να μπορέσουν να αφηγηθούν το γεγονός. Σκοπός ήταν η διερεύνηση των αναμνήσεων σε σχέση με την ηλικία, αλλά και των προγνωστικών επιδράσεων της ηλικίας και των PTSD. Επίσης, έχει εξεταστεί η κατάθλιψη, το άγχος – PTSD σε κακοποιημένους σεξουαλικά εφήβους σε σχέση με την αυτό-αποτελεσματικότητα, την αντιμετώπιση του προβλήματος και την οικογενειακή υποστήριξη. Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της σεξουαλικής κακοποίησης με τους παράγοντες συμπεριφοράς των παιδιών. Μια άλλη έρευνα προσπάθησε να εξετάσει τις επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών σε σχέση με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών στην εφηβική ηλικία, τα οποία εμφάνισαν συνοσηρότητα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι τα προβλήματα είναι σημαντικά και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης με σκοπό να μειωθούν τα ψυχολογικά και διατροφικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά.

### **Λέξεις – Κλειδιά**

τραυματικό στρες, στρεσογόνα γεγονότα, παραμέληση, κακοποίηση, διατροφή, ψυχολογία, φτώχεια, αναπτυξιακά και νοητικά προβλήματα

## **Abstract**

Children that live in an environment full of abrupt changes and unpredictably stressful situations, are not usually able to enjoy a regular childhood. They have to abandon their toys, and to adopt a behavior similar to adults, which is something totally misaligned with their age. These children face difficulties that cannot be encountered by themselves. Unfortunately, many children do not get help from anybody, as their difficulties go unnoticed, so that they don't receive any medical treatment. Traumatic experiences for a child can be created, among others, by a war, physical or sexual assault, abuse, domestic violence, natural disasters like floods and earthquakes, adoption, death or imprisonment of one of the parents. These experiences can lead to a Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). This study focuses on the traumatic experiences caused by divorce, poverty, and sexual abuse.

There is a wide range of symptoms for PTSD, like abrupt changes in behavior, talk with imaginary friends, perplexity, low emotional security, anxiety, depression, and low self-esteem. In addition, children neglected by their parents, especially in the early childhood, faced increased risk of obesity during adulthood. Recent analysis revealed a significant link between a divorce and children's overweight. Another study analyzed the relationship of PTSD with EDs (eating disorders) (i.e. anorexia and bulimia nervosa) by examining the level of the plasma hormones. A PTSD is associated with a high probability for diseases in the early ages, and early mortality. Furthermore, due to the unhealthy nutrition, the human body becomes even more exhausted, so that the rate of biological aging is speeded up.

Divorces constitute a main cause for PTSD, as their frequency have recently increased, severely affecting children's health, well-being, education, and family relationships. Not surprisingly, the level of parent education can mitigate the effects of a divorce, since it is more probable that educated parents are aware of how they have to treat their children. In particular, they can safeguard their children's education, security, nutrition, proper communication, while avoiding conflicts with the other parent. An adjustment to the new living situation is thus imperative for the parents, so as to ensure the proper parental care to their children, which would help their children adapt to the new situation. A recent study examines the Emotional and Behavioural Problems (EBP) in early childhood. The

purpose of this study is to investigate the effects of divorce to the Emotional and Behavioural Problems (EBP), nutrition, and feelings in children aged 2-4 years, as well as during adolescence.

Another main driver of PTSD is poverty, with the negative effects on the children's physical and mental growth, the latter related to the brain development, due to inadequate quantity and the low quality of food. The stress of childhood along with the insufficient care from parents or caregivers results in harmful effects for these children. Due to the impact on the growth of the brain (smaller white and cortical gray matter, hippocampal and amygdale volumes), children exposed to poverty and stress have poorer cognitive outcomes and school performance, and are at higher risk for antisocial behaviours and mental disorders. On top of that, another study that examines the effects of poverty along with the other stressful events (divorce, child abuse, other problems in the family) suggest a big influence also on the adulthood, as the quality of life deteriorates, and the social and financial position is also affected.

Childhood sexual abuse is also quite often, with long lasting and devastating consequences, including psychiatric, eating and permanent behavioural disorders. There are also a lot of studies that investigate the types of childhood abuse, verbal abuse by adults, but also any links between depression and obesity. Equally important is another study that assesses whether the age of abuse affects children's memories in describing the event, in conjunction also with a PTSD. Furthermore, it has also been examined the role of depression and PTSD to sexually abused adolescents, and its impact on the self-efficacy, family support, and the confrontation of the problems, in an attempt to link the types of sexual abuse with the behaviour of children. Finally, a latent profile analysis tries to examine the association of child abuse with the development of eating disorders in adolescence, by studying children who suffered from borderline personality disorder psychopathology..

## **Keywords**

traumatic stress, stressful event, neglect, abuse, nutrition, psychology, poverty, brain development, cognitive development.



# Περιεχόμενα

Περίληψη.....	iv
Abstract .....	vii
Περιεχόμενα .....	ix
Κατάλογος Πινάκων .....	xii
Συνοτομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xiii
Εισαγωγή.....	1
1. Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες: Βασικές έννοιες, διαταραχή, επιπλοκές και αντιμετώπιση.....	2
1.1. Βασικές έννοιες της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες.....	2
1.1.1. Αίτια .....	3
1.1.2. Διάγνωση-Τραύμα.....	4
1.2. Συνέπειες: Συμβάντα-Γεγονότα ζωής .....	6
1.2.1. Επιπλοκές σε παιδική ηλικία.....	6
1.2.2. Χαρακτηριστικά-Συμπτώματα Συνέπειες της Διαταραχής.....	9
1.3. Αντιμετώπιση του PTSD.....	10
1.3.1. Τρόποι Πρόληψης & Τρόποι Θεραπείας .....	10
1.3.2. Θεραπεία .....	11
1.3.3. Κοινωνική Υποστήριξη.....	12
1.3.4. Οικονομικό Φορτίο .....	13
2. Γονική Παραμέληση .....	14
2.1. Αιτιολογία .....	14
2.2. Συνέπειες.....	15
2.2.1. Επιπτώσεις στα παιδιά .....	15

2.2.2. Επιπτώσεις στην υγεία τους.....	16
2.2.3. Επιπτώσεις σε διατροφή.....	17
2.2.4. Επιπτώσεις στην ψυχολογία.....	18
2.3. Παρέμβαση –Αντιμετώπιση.....	19
3. Διαζύγιο.....	20
3.1. Αιτιολογία.....	20
3.2. Συνέπειες στα παιδιά.....	21
3.2.1. Μορφωτικό επίπεδο-Προσωπικότητα Γονέων.....	24
3.2.2. Επιπτώσεις σε ψυχολογία και μετέπειτα εξέλιξή τους.....	27
3.2.3. Επιπτώσεις στη Διατροφή.....	28
3.3. Πρόληψη και Αντιμετώπιση των επιπτώσεων του Διαζυγίου.....	32
3.4. Συμπεριφορική Αντιμετώπιση.....	34
4. Κακοποίηση.....	35
4.1. Λόγοι που προκαλούν την Κακοποίηση-Αιτίες.....	35
4.2. Αξιολόγηση Συναισθημάτων και Συμπεριφοράς από τα Κακοποιημένα Παιδιά....	38
4.3. Αντίκτυπο-Συνέπειες στην διατροφή και την ψυχολογία των παιδιών και στην μετέπειτα ζωή τους.....	39
4.4. Αντιμετώπιση-Παρέμβαση.....	44
4.4.1. Αυτό-αποτελεσματικότητα.....	44
4.4.2. Πρόληψη-Αντιμετώπιση:.....	45
4.4.3. Οικογενειακή Υποστήριξη.....	46
5. Φτώχεια.....	48
5.1. Συσχέτιση της φτώχειας με την υγεία και την διατροφή των παιδιών.....	48
5.1.1. Συνέπειες στα παιδιά.....	51
5.1.2. Επιπτώσεις σε σωματική και νοητική ανάπτυξη.....	52

*Δασκαλάκη Ελένη, «Ψυχο-Τραυματικά γεγονότα (Ptd) σε παιδιά προσχολικής, σχολικής, εφηβικής ηλικίας και η επίδραση αυτών στη διατροφή και την ψυχολογία κατά την ενηλικίωση τους»*

5.1.3. Επίδραση στην ψυχολογία τους.....	52
5.2. Παρέμβαση-Αντιμετώπιση.....	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	58

## **Κατάλογος Πινάκων**

Πίνακας 1-1 Διάγνωση του PTSD σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5.....	5
Πίνακας 1-2 Τυποποιημένο Γερμανικό Ερωτηματολόγιο με 25 αντικείμενα .....	7
Πίνακας 4-1 Δείγματα τραυματισμού υπαινικτικά παιδικής κακοποίησης .....	38

## Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

PTSD	post traumatic stress disorder	ACEs	adverse childhood experiences
SAD	social anxiety disorder	WHO	world health organisation
CTQ	childhood trauma questionnaire	SES	socioeconomic status
PA	physical abuse	RCTs	Randomized Controlled Trials
EA	emotional abuse	EMDR	Eye Movement Desensitization & Reprocessing
SA	sexual abuse		
PN	physical neglect		
EN	emotional		
BE	binge eating		
PWM	pediatric weight management		
EBD	emotional behavioral problem		
BED	binge eating disorder		
ER	emotional rating		
NSSI	non suicidal self injury		
CDC	center for disease control & prevention		
CPS	child protective services		

## **Εισαγωγή**

Σχεδόν καθημερινά ακούγονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης περιστατικά κακοποίησης τόσο σωματικής όσο και σεξουαλικής σε παιδιά από στενά συγγενικά πρόσωπα, όπως και παραμέλησης ή εγκατάλειψης από τους ίδιους τους γονείς, ακόμη και πολλές προσπάθειες αυτοχειρίας των παιδιών που αντιμετωπίζουν πολλά στρεσογόνα γεγονότα. Πέρα από την αναφορά των συμβάντων αυτών στα παιδιά δεν γίνεται γνωστό εάν υπάρχει υποστήριξη προς εκείνα σε πολλούς τομείς της ζωής τους. Με αφορμή τα παραπάνω λοιπόν, σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι να μελετηθούν τα ψυχο-τραυματικά γεγονότα και οι επιπτώσεις που έχουν στην διατροφή των παιδιών. Πρόκειται να διερευνηθούν τα αίτια που οδηγούν σε αυτές τις καταστάσεις καθώς και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των παιδιών ούτως ώστε να γίνει αναφορά στην πρόληψη και θεραπευτική (διατροφική, ψυχολογική) αντιμετώπιση.

# **1. Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες: Βασικές έννοιες, διαταραχή, επιπλοκές και αντιμετώπιση**

## **1.1. Βασικές έννοιες της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες**

Η διαταραχή του μετά-τραυματικού άγχους ή post traumatic stress disorder (PTSD) είναι μια αγχώδης διαταραχή που αναπτύσσεται μετά την έκθεση του ατόμου σε ένα οξύ τραύμα, στρες το οποίο δεν υπήρχε στο παρελθόν όπως ένα σοβαρό τραύμα ή ένας ξαφνικός θάνατος π.χ τροχαίο (Perl, 2015). Πρόκειται για μια χρόνια κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από την αναβίωση του τραύματος, αλλά και την αποφυγή αυτού μέσα από τα ερεθίσματα, τις σκέψεις ή τα συναισθήματα που δημιουργούνται και τις αρνητικές αλλαγές στην διάθεση (Kohak & Kilih, 2017). Το Μετά-τραυματικό στρες είναι μια κατάσταση με τις πιο κοινές αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις μετά το τραυματικό γεγονός. Ο επιπολασμός είναι υψηλότερος στους εφήβους από ότι στους ενήλικες, διότι η εφηβεία είναι μια πολύ κρίσιμη περίοδος για τα παιδιά και από φυσική και από ψυχολογική άποψη (Zhou, et al., 2017). Μάλιστα, στις Ηνωμένες Πολιτείες ο επιπολασμός για τον ενήλικο πληθυσμό φτάνει το 9% (Perl, 2015). Το Μετά-τραυματικό στρες δεν είναι η μόνη διαταραχή που προκύπτει από το τραύμα και οι χρόνιες περιπτώσεις Μετά-τραυματικού στρες συχνά συνοδεύονται από άλλες σωματικές και ψυχολογικές ασθένειες ή αποκρύπτονται από άλλες, αναγνωρίσιμες διαταραχές. Αυτό μπορεί να κάνει τη διαφορική διάγνωση πολύ δύσκολη (Frommberger, et al., 2014).

Τα αγχώδη γεγονότα είναι ένα συνηθισμένο κομμάτι στην σημερινή ζωή των ανθρώπων. Τον 19ο αιώνα οι γιατροί άρχισαν να ενδιαφέρονται για το συγκεκριμένο θέμα και να μελετούν σε συστηματικές έρευνες τις ψυχολογικές συνέπειες μιας σειράς στρεσογόνων γεγονότων όπως τα ατυχήματα, η σεξουαλική κακοποίηση κ.α. Σκοπός ήταν να μελετηθεί και να αντιμετωπιστεί το μακροχρόνιο τραύμα, το οποίο αρχικά αναφέρθηκε σε σωματικές βλάβες και επεκτάθηκε στην συνέχεια σε ψυχολογικές επιπτώσεις.

Σημαντικός πρόδρομος παράγοντας για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας είναι το τραύμα της παιδικής ηλικίας. Πρόκειται για οποιαδήποτε τραυματική εμπειρία εκδηλώνεται πριν την ηλικία των 18 ετών και κατατάσσεται σε 5 υποκατηγορίες την συναισθηματική κακοποίηση, την συναισθηματική παραμέληση- αμέλεια, την φυσική εγκατάλειψη, την φυσική κακοποίηση και την σεξουαλική κακοποίηση (Marx, et al., 2017).

Πολλές σημαντικές μελέτες δηλώνουν ότι η πρόωμη έκθεση σε τραύμα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο στην ενήλικη ζωή για ανάπτυξη διαταραχών σχετιζόμενων με το άγχος και τον φόβο, περιλαμβάνοντας την Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους και την Διαταραχή Κοινωνικής Φοβίας (SAD social anxiety disorder). Παρόλα αυτά αν όχι όλα, τα περισσότερα άτομα που έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία στην εφηβεία αναπτύσσουν Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους και Διαταραχή Κοινωνικής Φοβίας ή άλλη ψυχοπαθολογία ως ενήλικες (Marx, et al., 2017).

### **1.1.1. Αίτια**

Τα αίτια που δείχνουν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους είναι όπως το έγραψε ο Φρόιντ στην εξής φράση “breach in the protective shield against stimuli”, δηλαδή «η παραβίαση σε ένα προστατευτικό κάλυμμα εναντίου του ερεθίσματος». Συνεπώς, η αντιμετώπιση ενός σοβαρού τραύματος πρέπει να γίνεται από ψυχολόγους, αν και η συγκεκριμένη διαταραχή υπερβαίνει την ικανότητα-επιδεξιότητα των ψυχολογικών πηγών βοήθειας να ανταπεξέλθουν. Η ανάπτυξη της Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους ορίζεται ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων, των χαρακτηριστικών του γεγονότος που συμβαίνει και των προστατευτικών παραγόντων. Διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί καταλήγουν σε κάποιες παρατηρήσεις και αφορούν διάφορα σημεία του εγκεφάλου. Πιο συγκεκριμένα, δείχνουν ότι τα άτομα που βιώνουν



της Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους εμφανίζουν χαμηλότερη ισχύ του υπόκαμπου και γενετικούς πολυμορφισμούς στους υποδοχείς των νευροδιαβιβαστών. Ωστόσο, παρατηρείται υποδραστηριότητα στο φλοιό του εγκεφάλου και υπερδραστηριότητα στην αμυγδαλή, η οποία δηλώνει δυσλειτουργία στα συναισθήματα αλλά και διαταραχή στην ισορροπία αυτών. Νευροβιολογικά ένα τραυματικό γεγονός οδηγεί όχι μόνο σε δυσλειτουργικές αλλαγές αλλά και σε μορφολογικές. Τέλος, οι επιγενετικές αλλαγές μπορούν να συμβούν ως συνέπεια στο τραύμα και να συνεχίσουν να έχουν επίδραση σε επόμενες γενιές (Frommberger, et al., 2014).

### **1.1.2. Διάγνωση-Τραύμα**

Η λέξη τραύμα χρησιμοποιείται για να δηλώσει ένα ευρύ πεδίο των γεγονότων. Ο όρος 'τραύμα' για την διάγνωση του Μετατραυματικού Άγχους είναι αυστηρά βασισμένος και ταξινομημένος σε ψυχιατρικά συστήματα. Αυτό περιλαμβάνει απειλητικά για την ζωή συμβάντα, τα οποία σχετίζονται με σοβαρούς τραυματισμούς, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογικό σοκ με διαφορετικό βαθμό σε οποιοδήποτε άτομο (Frommberger, et al., 2014). Τα ψυχολογικά συμβάντα είναι λιγότερο σοβαρά και μη απειλητικά για την ζωή όπως ένα διαζύγιο, η απόλυση από την δουλειά, το bullying και τα αρνητικά συναισθήματα. Στην διάγνωση λαμβάνονται και άλλοι παράγοντες πέρα από τα κριτήρια που έχουν τεθεί και σχετίζονται με το τραύμα, όπως ο χρόνος, τα κλινικής σημασίας ζητήματα, αλλά και οι συνέπειες από την θεραπεία. Η μη σωστή διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε μη σωστή θεραπεία και εσφαλμένες αποφάσεις. Βέβαια, διαφορετικοί άνθρωποι μπορούν να αντιδράσουν στο ίδιο γεγονός με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, μερικοί παράγοντες που συμβάλλουν είναι οι γενετικοί και επιγενετικοί, το φύλο, η ευφυΐα- νοημοσύνη, η στρατηγική του ατόμου να ανταπεξέλθει σε ένα γεγονός, οι μηχανισμοί άμυνας-προστασίας, η κοινωνική υποστήριξη και η επιθυμία για αποκατάσταση. Για να γίνει η διάγνωση του Μετατραυματικού Άγχους χρησιμοποιούνται οι πιο πρόσφατες αναθεωρημένες εκδόσεις του DSM-5 (Frommberger, et al., 2014).

### Πίνακας 1-1 Διάγνωση του PTSD σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5

Post-traumatic stress disorder (PTSD) diagnosis (DSM-IV)
<p><b>A) Τραύμα</b></p> <p>Αντικειμενικό: απειλητικό για την ζωή</p> <p>Υποκειμενικό: έντονος φόβος, αδυναμία, τρόμος</p>
<p><b>B) Αναβίωση του γεγονότος</b></p> <p>Εφιάλτες, εισβολές, αναδρομές, ψυχολογικό άγχος, φυσικές αντιδράσεις σε αντιπαραθέσεις-συγκρούσεις</p>
<p><b>Γ) Αποφευκτική συμπεριφορά</b></p> <p>Συναισθηματικό παραλήρημα, αποξένωση, αλλοτρίωση, ατελή ανάμνηση, αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραύμα.</p>
<p><b>Δ) Υπερεπαγρύπνηση</b></p> <p>Διαταραχές ύπνου και συγκέντρωσης, υπερβολική απόκριση-έκπληξη, ευερεθιστότητα</p>
<p><b>Ε) Διάρκεια &gt;1 μήνα</b></p>
<p><b>ΣΤ) Ψυχοκοινωνική έκπτωση</b></p>
<p><u>Διαφορική Διάγνωση</u></p> <p>Τα συμπτώματα του PTSD σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και μπορεί να πυροδοτήσουν αναμνήσεις και υπενθυμίσεις.</p> <p>Οξεία αντίδραση στο στρες: Συμπτώματα που διαρκούν λιγότερο από 1 μήνα (Κριτήριο DSM-5)</p> <p>Ρύθμιση Διαταραχής: λιγότερο σοβαρό τραύμα/στρες, τα συμπτώματα συνήθως είναι λιγότερο σοβαρά ή όχι όλα τα παρόντα συμπτώματα.</p> <p>Σύνπλεγμα PTSD (ακολουθεί μετά από τραύμα τύπου II), πιο ευμετάβλητο, σε μεγάλο βαθμό συμπτώματα όπως διαρκής δυσπιστία, συναισθηματική δυσλειτουργία, διαταραχές στις σχέσεις, οικειότητα-σεξουαλικότητα, ταυτότητα και αυτό-αντίληψη, χρόνιες αυτοκτονικές σκέψεις,</p>

αυτοτραυματισμοί.

Πηγή: Frommberger U., Angenendt J. & Berger M.,(2014). Post-Traumatic Stress Disorder- a Diagnostic and Therapeutic Challenge. Deutsches Ärzteblatt Internationa 5: 59–65.

## 1.2. Συνέπειες: Συμβάντα-Γεγονότα ζωής

### 1.2.1. Επιπλοκές σε παιδική ηλικία

Τραυματικά γεγονότα θεωρούνται ο πόλεμος, η φυσική καταστροφή (σεισμός, πλημμύρα κτλ), η φωτιά ή έκρηξη, τα ατυχήματα, η παιδική παραμέληση, η επίθεση-κακοποίηση των παιδιών (Perl, 2015). Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση, η προσβολή-λεκτική επίθεση ενηλίκων, η επίθεση με όπλο, η σεξουαλική επίθεση ενηλίκων, άλλη σεξουαλική επίθεση, οι ασθένειες, τα εγκλήματα, ο βίαιος θάνατος-θάνατος συγγενή και άλλου είδους τραύματα (Hansen, et al., 2017) είναι μερικά από τα στρεσογόνα γεγονότα που μπορεί να οδηγήσουν στην συγκεκριμένη διαταραχή.

Τα άτομα που θεωρούνται πιο επιρρεπή στο να εκδηλώσουν Μετατραυματικού Άγχους είναι:

- Θύματα βίαιων εγκλημάτων (σωματικές-σεξουαλικές επιθέσεις, σεξουαλική κακοποίηση, βομβιστικές επιθέσεις, ταραχές)
- Μέλη ένοπλων δυνάμεων, αστυνομία, δημοσιογράφοι-υπηρεσίες φυλακών, πυροσβεστική υπηρεσία, προσωπικό έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που δεν είναι σε υπηρεσία.
- Θύματα πολέμου, βασανιστηρίων, βίας που επιβλήθηκε από το κράτος ή τρομοκρατία
- Πρόσφυγες, επιζώντες από ατυχήματα και καταστροφές
- Γυναίκες μετά από έναν τραυματικό τοκετό

Δασκαλάκη Ελένη, «Ψυχο-Τραυματικά γεγονότα (Ptd) σε παιδιά προσχολικής, σχολικής, εφηβικής ηλικίας και η επίδραση αυτών στη διατροφή και την ψυχολογία κατά την ενηλικίωση τους»

- Άτομα που διαγνώστηκαν με μια απειλητική ασθένεια για την ζωή (Perl, 2015; Frommberger, et al.,2014).

Για να γίνει η διάγνωση στο Τραύμα Παιδικής Ηλικίας χρησιμοποιείται στο συνολικό CTQ σκορ (Childhood Trauma Questionnaire –short form) (Marx, et al., 2017).

### Πίνακας 1-2 Τυποποιημένο Γερμανικό Ερωτηματολόγιο με 25 αντικείμενα

<u>Φυσική Κακοποίηση</u>	<u>Συναισθηματική Σεξουαλική Φυσική Παραμέληση</u>	<u>Συναισθηματική Παραμέληση</u>
<u>Φυσική Κακοποίηση (Physical Abuse PA)</u>		
PA9: Σκληρό χτύπημα αρκετό που να το δει ο γιατρός		
PA11: Σκληρό χτύπημα αρκετό που να αφήνει μώλωπες		
PA12:Κακοποίηση από σκληρά αντικείμενα		
PA15:Σωματικά κακοποίηση		
PA17:Σοβαρό χτύπημα αρκετά για να παρατηρηθεί		
<u>Συναισθηματική Κακοποίηση (Emotional Abuse EA)</u>		
EA3: Η οικογένεια να φωνάζει ή να βρίζει		
EA8: Οι γονείς εύχονται να μην είχε γεννηθεί ποτέ το παιδί		
EA14: Η οικογένεια λέει προσβλητικά πράγματα για το παιδί		
EA18: Το παιδί αισθάνεται μίσος-αντιπάθεια από την οικογένεια		
EA25:Είναι συναισθηματικά κακοποιημένο		
<u>Σεξουαλική Κακοποίηση (Sexual Abuse SA)</u>		
SA20: Η σεξουαλική συνεύρεση του παιδιού		
SA21:Το παιδί πληγώθηκε αν δεν έκανε κάτι ενστικτωδώς		

SA23: Το παιδί εξαναγκάστηκε να κάνει σεξουαλικά πράγματα

SA24: Παρενοχλήθηκε σεξουαλικά-έγινε θύμα σεξουαλικής παρενόχλησης

SA27: Ήταν σεξουαλικά κακοποιημένο

#### Φυσική Παραμέληση (Physical Neglect PN)

PN1: Ανεπαρκές φαγητό από αυτό που χρειάζεται

PN2(R): Απομάκρυνση των φροντιστών από την φροντίδα του παιδιού

PN4: Οι γονείς να είναι μεθυσμένοι ή φτιαγμένοι (μαστουρωμένοι)

PN6: Το παιδί να φοράει βρώμικα ρούχα

PN26(R) : Δεν λαμβάνουν βοήθεια από γιατρό

#### Συναισθηματική Παραμέληση (Emotional Neglect EN)

EN5(R): Αν ένιωθαν σημαντικοί ως άνθρωποι (τα παιδιά)

EN7(R): Αν αισθάνονταν ερωτευμένα (τα παιδιά)

EN13(R): Αν τα φρόντιζαν και τα πρόσεχαν οι φροντιστές-γονείς τους

EN19(R): Αν ένιωθαν την οικογένεια κοντά τους

EN28(R): Αν η οικογένεια ήταν η πηγή της δύναμής τους

Πηγή: Karos K., Niederstrasser N., Abidi L., Bernstein P. D., & Bader K., (2014). Factor Structure, Reliability, and Known Groups Validity of the German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (Short-Form) in Swiss Patients and Nonpatients. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23:418–430.

#### **Αξίζει να σημειωθεί ότι:**

Σημαντικές είναι και οι πηγές λάθους τόσο στην διάγνωση όσο και στην θεραπεία του PTSD όπως:

- Το τραύμα ή τα κριτήρια διάγνωσης να μην ανταποκρίνονται
- Η Διαφορική διάγνωση που αποκρύπτει το PTSD
- Τα Αισθήματα ντροπής και ενοχής οδηγούν σε απόκρυψη και συγκάλυψη προβλημάτων από άλλους τομείς
- Η Μη προσκόλληση

- Ανεπαρκές μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον
- Συνεχιζόμενη αποφευκτική συμπεριφορά (The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2005 ).

Για την θεραπεία χορηγούνται εκλεκτικοί υποδοχείς σεροτονίνης, σκευάσματα τα οποία δεν επιβάλλονται για μεγάλο χρονικό διάστημα ή σε μεγάλη δόση ( πάνω από το μέγιστο επιτρεπόμενο όριο εξαιτίας της αντίθετης - δυσμενής δράσης των φαρμάκων ADRs).

### **1.2.2. Χαρακτηριστικά-Συμπτώματα Συνέπειες της Διαταραχής**

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στην συγκεκριμένη διαταραχή είναι η έντονη και αναπόφευκτη αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, διάφορες εικόνες όπως σκηνές από ταινίες ή και εφιάλτες. Τα άτομα αυτά καθίστανται ανίκανα να ελέγξουν τις αναμνήσεις από το γεγονός, στην προσπάθειά τους να το αντιμετωπίσουν προσπαθούν να μην το συλλογίζονται όμως αποτυγχάνουν και οδηγούνται σε μια αποφευκτική-δυσλειτουργική συμπεριφορά. Επίσης, παρατηρείται ολική ή μερική αμνησία, συναισθηματικό παραλήρημα, εκδηλώσεις ανησυχίας όπως νευρικότητα, διαταραχές και προβλήματα στον ύπνο, ανησυχητικά όνειρα, διαταραχή στην συγκέντρωση, απώλεια του ενδιαφέροντος για πολλά πράγματα και αποστασιοποίηση (Hansen, et al., 2017). Επίσης, τα άτομα αυτά εμφανίζουν υπερβολική αντίδραση στον τρόμο (τρομάζουν πολύ εύκολα), ένταση, εκρήξεις θυμού και ευερεθιστότητας ανάλογα με τον τύπο του τραύματος. Τα άτομα αυτά μπορούν να βιώσουν βαθιά απελπισία και να βασανίζονται από συναισθήματα ντροπής και ενοχής, μπορούν ακόμα και να αυτοτραυματιστούν ακόμα παρουσιάζουν ριψοκίνδυνη συμπεριφορά. Τέλος, οι διαστρεβλωμένες σκέψεις τους μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψή τους για τον κόσμο όπως το να μην εμπιστεύονται κανέναν, να κρύβονται γιατί νιώθουν από παντού κίνδυνο. Οι αιτίες που υπάρχουν συμβάλλουν έτσι ώστε τα συμπτώματα να γίνονται παρατεταμένα και χρόνια. (Frommberger, et al., 2014). Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων όπως ξαφνικές αλλαγές στην συμπεριφορά τους, αμηχανία, εμπλοκή φανταστικών φίλων στις συζητήσεις που κάνουν, (Hagan, et al., 2017) συναισθηματική ανασφάλεια, διαταραχές άγχους, κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ακόμη, η παραμέληση των παιδιών από τους γονείς τους και

ειδικά σε μικρή ηλικία αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για την εμφάνιση παχυσαρκίας κατά την ενηλικίωση (Yannakouli & Papanikolaou, 2008)

## **1.3. Αντιμετώπιση του PTSD**

### **1.3.1. Τρόποι Πρόληψης & Τρόποι Θεραπείας**

Μετά το στάδιο της διάγνωσης αυτό που χρήζει άμεσης παρέμβασης είναι η αντιμετώπιση-θεραπεία του τραυματικού γεγονότος, προκειμένου να προληφθούν τα χειρότερα. Στην διάγνωση περιλαμβάνονται διάφορα συμπτώματα όπως η υπερδιέγερση, η επαναβίωση του γεγονότος σε σύντομο χρονικό διάστημα, η σημαντική μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου στην καθημερινότητα του. Λίγη προσοχή δίνεται στον τρόπο 'πρόληψης' της διαταραχής. Διάφορες έρευνες έχουν διεξαχθεί σε πειραματόζωα και έχουν ενδείξεις μείωσης του φόβου και των τρομακτικών αναμνήσεων με την χρήση φαρμακευτικής αγωγής (Perl., 2015). Πιο συγκεκριμένα η προπανόλη, η υδροκορτιζόνη και η μορφίνη έχουν αποδείξει ότι μειώνουν τις ορμόνες του στρες που αυξάνονται σε καταστάσεις άγχους, έντασης και φόβου. Η προπανόλη είναι ένας μη εκλεκτικός β-αδρενεργικός υποδοχέας παρεμπόδισης, που χρησιμοποιείται κοινώς για την θεραπεία της υπέρτασης, στους πονοκεφάλους, τις ημικρανίες, σε χαρακτηριστικό ρίγος-τρέμουλο και στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Δραστηριοποιείται στο να μειώνει τον καρδιακό ρυθμό, την συσταλτικότητα του μυοκαρδίου, τις απαιτήσεις σε οξυγόνο και την πίεση του αίματος. Αντενδείκνυται σε ασθενείς με άσθμα και σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Η προπανόλη συνήθως ορίζεται για την θεραπεία της αντιμετώπισης του άγχους. Μικρές πιλοτικές μελέτες πήραν δείγμα από επείγοντα περιστατικά τραύματος και έδωσαν πληροφορίες για την χρήση προπανόλης και τον χρόνο του τραύματος στην μείωση της σοβαρότητας του Μετατραυματικού Άγχους. Σε ασθενείς που τους χορηγούνταν προπανόλη τα ευρήματα έδειξαν ότι τα συμπτώματα του

Μετατραυματικού Άγχους ήταν λιγότερα. Όσον αφορά την υδροκορτιζόνη έχει μελετηθεί σε κατάσταση αντιμετώπισης τραυματικού γεγονότος και έχει παρατηρηθεί μείωση των συμπτωμάτων του στρες και σημαντική παρεμπόδιση του Μετατραυματικού Άγχους. Οι δόσεις υδροκορτιζόνης δίνονται σε ασθενείς με επέμβαση καρδιάς για να παραμένουν χαμηλά τα συμπτώματα του στρες και να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του ασθενή 6 μήνες μετά την επέμβαση. Η Μορφίνη είναι ένα οπιοειδές κοινά χρησιμοποιούμενο για την ανακούφιση μέτριου ή και σοβαρού πόνου σχετιζόμενου με το χρόνιο ή οξύ τραύμα. Η χρήση αυτής της φαρμακευτικής αγωγή έχει μειώσει την σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την διάγνωση του Μετατραυματικού Άγχους. Μαζί η υδροκορτιζόνη και η προπανόλη μειώνουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα στο οξύ στρες και του ρυθμού ανάπτυξης Μετατραυματικού Άγχους. Βέβαια δεν υπάρχει κανένα στοιχείο που να μπορεί αναμφίβολα να εμποδίσει το Μετατραυματικό Άγχος. Υπάρχουν φαρμακευτικές αγωγές που δίνουν υποσχέσεις για την μείωση των συμπτωμάτων καθώς και την αντίδραση-απάντηση στον φόβο, όμως υπάρχουν περιορισμοί για την χρήση-εφαρμογή τους. Γι αυτό, πρέπει να δοθεί μεγάλη σημασία στην μελλοντική πρακτική, στην ανάπτυξη πρακτικών με σκοπό την παρεμπόδιση του Μετατραυματικού Άγχους (Perl, 2015).

### **1.3.2. Θεραπεία**

**Ψυχολογική Παρέμβαση:** Η πρώτη παρέμβαση θα πρέπει να είναι 'προσιτή' προκειμένου να αποδειχθεί ότι αντιμετωπίζεται η διαταραχή του PTSD ή άλλων διαταραχών. Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές ψυχολογικές παρεμβάσεις: η πρώτη παρέμβαση-θεραπεία, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η πάρωση στην κίνηση ή απευαισθητοποίηση του ματιού (EMD eye movement desensitization) και η επανεπεξεργασία των γεγονότων. Υπάρχουν πολλοί τύποι ψυχοθεραπείας μερικοί από αυτούς είναι: Όσον αφορά την πρώτη παρέμβαση, κυριαρχούν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Το πιθανό τραύμα διαχειρίζεται καλύτερα από την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία - για τις πιο κρίσιμες στιγμές. Ο οικογενειακός γιατρός είναι συνήθως το πρώτο άτομο που κάποιος θα μιλήσει σχετικά με το τραυματικό γεγονός. Καλύτερο στοιχείο ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης (εκτιμώμενο σε RCTs- Randomized Controlled Trials): η αντιμετώπιση του τραύματος επικεντρώνεται στην γνωστική



συμπεριφοριστική θεραπεία. Επίσης, εστιάζει στην κίνηση του ματιού, την απευαισθητοποίηση και την επανεξέταση (EMDR eye movement desensitization & reprocessing). Άλλες υποσχόμενες θεραπείες εστιάζουν στην αφηγηματική ικανότητα των ασθενών να διηγούνται τόσο λεκτικά όσο και γραπτά το γεγονός που βίωσαν, εστιάζοντας οι θεράποντες στην συνέπεια και το αποτέλεσμα που προκύπτει. Τέλος, η αφηγηματική θεραπεία επικεντρώνεται στην έκθεση των παιδιών, αλλά και στην εκδήλωση διάφορων συναισθημάτων και πράξεων είναι μια εκλεκτική ψυχοθεραπεία (Frommberger, et al, 2014).

**Φαρμακοθεραπεία:** Η χορήγηση φαρμάκων είναι άλλος ένας τρόπος για να γίνει η αντιμετώπιση του προβλήματος. Στο στάδιο της πρώιμης παρέμβασης δεν είναι σίγουρη η αποτελεσματικότητα, αλλά και η αποφυγή του φαρμάκου της βενζοδιαζεπίνης (ηρεμιστικό). Έχοντας συνολικά την κλινική εικόνα του Μετατραυματικού Άγχους γίνεται και η χορήγηση των φαρμάκων TCAS, (τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, π.χ. αμιτριπτυλίνη, μιπραμίνη). Επιπλέον, υπάρχουν αναστολείς μονοαμινοξυδάσης όπως φενιλζίνη, μοκλοβιμίδη και SSRIs εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης όπως σετραλίνη, φλουοξετίνη, SNRIs, (αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης), NASSAs, (νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονεργικά αντικαταθλιπτικά: μιρταζαπίνη, καρμαμαζιπίνη, λαμοτριγίνη) και άλλα (Gottschalk, et al., 2017).

### **1.3.3. Κοινωνική Υποστήριξη**

Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ως επακόλουθο ενός δυσάρεστου γεγονότος σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο για χρόνια διαταραχή άγχους (PTSD). Το βίωμα ενός τραυματικού γεγονότος έχει συχνά ένα αρνητικό αντίκτυπο στην ικανότητα των ατόμων να εμπιστευτούν άλλα άτομα και να δεσμευτούν σε σχέσεις. Τα θύματα νιώθουν αποξενωμένα από τους άλλους και απομακρύνονται από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Αυτό βέβαια ίσως να συνεισφέρει στην διατήρηση του προβλήματος και να επεμβαίνει στην ανάπτυξη σχέσης του ασθενή με τους επαγγελματίες υγείας. Για όλους τους παραπάνω λόγους κρίνεται αναγκαία η κοινωνική υποστήριξη από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς. (The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2005 ).

#### **1.3.4. Οικονομικό Φορτίο**

Οι μέθοδοι της οικονομικής αξιολόγησης –εκτίμησης κατέχουν ένα υψηλό επίπεδο σύμφωνα με την επικρατούσα γνώμη. Παρόλα αυτά το δεδομένο κόστος για τις θεραπείες Μετατραυματικού Άγχους και τα επακόλουθα αποτελέσματα τους είναι λιγοστά έως και μη υπαρκτά. Βέβαια δεν υπάρχουν πληροφορίες για την ποιότητα και την ποσότητα της ζωής αυτών των ατόμων. Η προτιμώμενη προσέγγιση είναι να διεξαχθεί μια αποδοτική ανάλυση και να εξετάσει όλες τις εναλλακτικές παρεμβάσεις. Προκειμένου να σχηματιστεί η οικονομική αξιολόγηση, οι εναλλακτικές λύσεις καθώς και το αντίκτυπο του κόστους, τα κέρδη-οφέλη που σχετίζονται με την υγεία έχουν πολύ μεγάλη σημασία. Στην περίπτωση του Μετατραυματικού Άγχους, καθώς και με άλλες διαταραχές για τις οποίες έχουν εφαρμοστεί πολλαπλές θεραπείες, είναι χρήσιμο να εξεταστούν το κόστος και οι επιδράσεις ή τα οφέλη που μια παρέμβαση ή ένα πρόγραμμα επιφέρει. Ακόμη, μπορεί να υπάρχει μια σημαντική διαφορά στο κόστος μεταξύ των ασθενών που αρκούνται στην πρώτη επίσκεψη και αυτών που συνεχίζουν το πρόγραμμα θεραπείας.

Δυστυχώς πέρα από τις προσπάθειες να εμποδίσουν την αύξηση των κρουσμάτων αυτών και να αντιμετωπίσουν τις υπάρχουσες καταστάσεις, η πλειοψηφία των οικονομικών εκτιμήσεων για την διαταραχή μετατραυματικού άγχους αποτυγχάνει να καλύψει τα κριτήρια για την οικονομική κάλυψη –ασφάλιση της υγείας των ασθενών (The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2005 ).

## **2. Γονική Παραμέληση**

### **2.1. Αιτιολογία**

Με τον όρο γονική παραμέληση ορίζεται η ανεπάρκεια του γονέα ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου υπεύθυνου για το παιδί (κηδεμόνα) να του παρέχει τα απολύτως απαραίτητα. Ως απολύτως απαραίτητα θεωρείται: το αναγκαίο φαγητό για το παιδί, ο ρουχισμός, η στέγαση και η ιατροφαρμακευτική φροντίδα ή επίβλεψη. Επίσης, η υγεία του παιδιού, η ασφάλεια και η ευημερία είναι σοβαρές καταστάσεις και κρίνεται αναγκαίο από την νομοθεσία να ενημερωθούν τα παιδιά για τον βαθμό παραμέλησης που βιώνουν και τον ορισμό της (Nelson, et. al., 2013). Η παιδική παραμέληση, παιδική εγκατάλειψη και παιδική αμέλεια είναι ένας από τους τέσσερις τύπους “κακομεταχείρισης” των παιδιών. Παραδείγματα κατηγοριών παραμέλησης –αμέλειας είναι η σωματική παραμέληση, η συναισθηματική, η παραμέληση ιατρικής φροντίδας-περίθαλψης, η παραμέληση πνευματικής υγείας, η εκπαιδευτική παραμέληση, η διανοητική και η ψυχολογική παραμέληση, η παραμέληση από το οικείο περιβάλλον, η έλλειψη επιτήρησης – επίβλεψης και η άρνηση ειδικής φροντίδας συνεπώς και θεραπείας (Mulder, et al.,2018). Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο κακοποίηση καλύπτεται ένα ευρύ φάσμα σωματικής, σεξουαλικής ή συναισθηματικής κακοποίησης (εγκατάλειψη, παραμέληση κτλ). Η εγκατάλειψη του παιδιού έχει αποδειχθεί μακροπρόθεσμα να είναι τουλάχιστον τόσο καταστροφική, όσο την σωματική-σεξουαλική κακοποίηση. Αφού, η έννοια εγκατάλειψη

περιλαμβάνεται στον ορισμό της κακοποίησης ή παραμέλησης, πρόκειται για σοβαρές καταστάσεις στις οποίες η ταυτότητα του γονέα ή η θέση του είναι άγνωστες. Αυτό έχει ως συνέπεια το παιδί να έχει φύγει από τον γονέα σε συνθήκες τις οποίες το ίδιο υποφέρει, ανέχεται και υπομένει καταστάσεις ή τον γονέα να έχει αποτύχει να διατηρήσει επικοινωνία με το παιδί ή να παρέχει την ικανοποιητική υποστήριξη για μια συγκεκριμένη περίοδο του χρόνου (Nelson , et. Al., 2013). Παρόλα αυτά όμως, η παραμέληση των παιδιών συνεχίζει να μην λαμβάνει την απαραίτητη προσοχή από την επιστημονική και δημόσια κοινότητα. Εκτιμήθηκε ο επιπολασμός της παιδικής παραμέλησης σε ορισμένες περιοχές του κόσμου να εμφανίζεται σε υψηλότερο ποσοστό από αυτό που είχε δηλωθεί. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) μελέτησε τις Ρουμανικές οικογένειες αναφορικά με την παιδική κακοποίηση και τα αποτελέσματα που διεξήχθησαν ήταν για την σωματική κακοποίηση 46%, την συναισθηματική 44% και την εκπαιδευτική παραμέληση 34%.γεγονός που περιγράφει τον ρόλο των γονέων ή των φροντιστών να εξασφαλίζουν το δικαίωμα των παιδιών για εκπαίδευση σύμφωνα με τους νόμους και τους διεθνείς κανόνες (Bland, et al., 2018). Παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την παιδική παραμέληση περιλαμβάνουν την ηλικία του παιδιού, το φύλο, τα αδέρφια, το διαζύγιο των γονέων, την σοβαρή οικογενειακή δυσλειτουργία, την στοργική συμπεριφορά της μητέρας, την αρνητική ανταπόκριση, την εκπαίδευση των γονέων, την δομή της οικογένειας(κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο) και την ποιότητα ζωής (Zhao, et al., 2018).

## **2.2. Συνέπειες**

### **2.2.1. Επιπτώσεις στα παιδιά**

Η παιδική παραμέληση έχει ένα σχετικά υψηλό δείκτη επιπολασμού, συγκρινόμενο με άλλους τύπους παιδικής κακοποίησης όπως, σωματική και σεξουαλική. Το αντίκτυπο της παιδικής παραμέλησης στη υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών είναι τουλάχιστον τόσο αρνητικό όσο και των επιπτώσεων από τους άλλους τύπους παιδικής κακοποίησης (Bland, et al., 2018). Η παραμέληση των παιδιών μπορεί να έχει πολύ σοβαρές συνέπειες, ανεξάρτητα από την γονική παραμέληση και την περιορισμένη στήριξη της κοινωνίας ,η

κοινωνική πρόνοια μπορεί να εισβάλλει στην ζωή του παιδιού και της οικογένειας (Mulder, et al., 2018). Αναλυτικότερα, υπάρχουν πολύ υψηλά κοινωνικά, ιατρικά και προσωπικά κόστη υγείας σχετικά με τα "θύματα" της παιδικής παραμέλησης. Υπάρχει μια δομή για την παιδική παραμέληση, η οποία περιλαμβάνει τα παιδικά τραυματικά βιώματα όπως, η ανεπαρκής ή ελλιπής επιτήρηση και εποπτεία από τους γονείς, η ανεπαρκής ή ακατάλληλη διαθεσιμότητα φαγητού, ρουχισμού και προσωπικής φροντίδας. Μερικές από τις συνέπειες περιλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο συμπεριφορών εξωτερίκευσης, αλλά και εσωτερίκευσης, καθυστέρησης στην νοητική, γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη καθώς και έλλειψη αυτοπεποίθησης, κατάχρηση ουσιών, κίνδυνο για ανάπτυξη βίαιων και σεξουαλικών συμπεριφορών. Η βίαιη συμπεριφορά συσχετίζεται με αποτυχία σε πολλούς τομείς της ζωής και ελλιπή εκπαίδευση, ανεργία, κατάχρηση ουσιών, αυτοκτονίες, χαμηλό βάρος γέννησης και πρόωρους τοκετούς. (Bland, et al., 2018). Εξίσου σημαντική είναι η συναισθηματική κατάσταση και τα βιώματα των γονέων, τα οποία επηρεάζουν άμεσα τα παιδιά. Γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους έχουν την τάση να είναι και οι ίδιοι απόμακροι ως χαρακτήρες γεγονός που έχει αντίκτυπο στα παιδιά, τα οποία δεν μπορούν τα ίδια να επικοινωνήσουν-κοινωνικοποιηθούν, δέχονται λιγότερη φροντίδα και δυσκολεύονται να αντιληφθούν τα συναισθήματα και την εκδήλωση συναισθημάτων από τους ανθρώπους γύρω τους (Young & Widom, 2014).

### **2.2.2. Επιπτώσεις στην υγεία τους**

Το αντίκτυπο της παιδικής παραμέλησης επηρεάζει την ανάπτυξη του εγκεφάλου, αφού διαταράσσει την πρόωμη ωρίμανση και λειτουργία του, επιδρώντας στο νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα. Σύμφωνα με μελέτη διαπιστώθηκε ότι η παιδική παραμέληση σχετίζεται με μια σημαντική επίδραση στη συνολική ανάπτυξη για αγόρια όχι όμως και για τα κορίτσια. Η διαφορά αυτή μεταξύ των δυο φύλων είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα δεδομένου ότι στους άνδρες στατιστικά η ενήλικη βίαιη συμπεριφορά εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό. Επίσης έχει διαπιστωθεί καθυστέρηση στη διανοητική ανάπτυξη εφόσον περιλαμβάνει καθυστερημένη ανάπτυξη στο επίπεδο ομιλίας σε σχέση με μη παραμελημένα παιδιά. Άλλη μια ισχυρή συσχέτιση είναι μεταξύ παιδικής παραμέλησης και αρνητικής ακαδημαϊκής σχολικής απόδοσης. Τα παραμελημένα παιδιά συχνά δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις σχολικές τους υποχρεώσεις. Τα τραύματα στην

παιδική ηλικία έχουν δείξει αρνητικές επιδράσεις στην σωματική, γνωστική-διανοητική και κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη, πράγμα αναμενόμενο καθώς η παιδική παραμέληση θα μπορούσε να παίζει ρόλο στην ενήλικη βία (Bland, et al., 2018). Είναι αξιοσημείωτο το πόσο εύκολα επηρεάζονται τα παραμελημένα παιδιά στην νοημοσύνη-ευφυΐα τους, στην γλώσσα αλλά και τις κοινωνικές δεξιότητες. Εκδηλώνουν αρνητικές συμπεριφορές, αλλά και ανεπάρκειες στην διανοητική-πνευματική λειτουργία, διακυβεύεται η ανάπτυξη της γλώσσας και του λόγου τους, αντιμετωπίζουν μειωμένη κοινωνικότητα και πολλά προβλήματα πνευματικής υγείας στην διάρκεια της ζωής τους (Benedan, et al., 2018).

### **2.2.3. Επιπτώσεις σε διατροφή**

Το αντίκτυπο των δυσμενών συνθηκών στην παιδική ηλικία, η παραμέληση καθώς και όλων των στρεσογόνων καταστάσεων επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση και κατ' επέκταση την διατροφή των παιδιών (Nelson, et. al., 2013). Το αντίκτυπο της παραμέλησης στην διατροφή σχετίζεται με την ανάπτυξη παχυσαρκίας, αλλά και με μη υγιείς συμπεριφορές ελέγχου βάρους. Από την μια πλευρά οι παράγοντες που ενισχύουν την ανάπτυξη και εκδήλωση παχυσαρκίας των παιδιών στην μετέπειτα ζωή τους είναι η συναισθηματική παραμέληση, η σωματική-σεξουαλική κακοποίηση και οι στρεσογόνες καταστάσεις μέσα στην οικογένεια όπως προβλήματα μεταξύ των γονέων (π.χ δυσλειτουργία οικογένειας, κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ, σοβαρό πρόβλημα υγείας, αποχώρηση ή παραμέληση του ενός γονέα ή θάνατος γονέα, διαζύγιο, φτώχεια κτλ) (Isohookana, et al., 2016). Από την άλλη πλευρά, παρατηρούνται ακραίες συμπεριφορές απώλειας βάρους, ανησυχίες, φόβοι για πάχυνση καταστάσεις που σχετίζονται με ψυχιατρικές διαταραχές. Πιο αναλυτικά, τα συμπτώματα που παρατηρούνται συχνότερα στους εφήβους είναι οι εμετοί, η χρήση διαιτητικών χαπιών, η νηστεία, η απουσία-παράλειψη γευμάτων, η ανεξέλεγκτη-υπερβολικά γρήγορη κατανάλωση υψηλών θερμιδικών φαγητών τουλάχιστον 3000 θερμίδων την ημέρα (Binge Eating). Σημαντική συσχέτιση των δυσμενών βιωμάτων με τον Δείκτη Μάζας Σώματος στα κορίτσια προάγει την ανάπτυξη παχυσαρκίας σε σχέση με τα κορίτσια που δεν βίωσαν στρεσογόνες καταστάσεις (Isohookana, et al., 2016).

#### **2.2.4. Επιπτώσεις στην ψυχολογία**

Τα ευρήματα από διάφορες έρευνες αποκαλύπτουν ανεπάρκειες στην εκδήλωση, αλλά και στην εξέλιξη του συναισθήματος των παιδιών, όμως το ερώτημα παραμένει σχετικά με το αν συνεχίζονται και στην διάρκεια της ενήλικης ζωής τους (Benedan, et al., 2018). Πιο συγκεκριμένα, οι συνέπειες στην ψυχολογία των παιδιών έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην απόδοση της συναισθηματικής εξέλιξης στην ενήλικη ζωή. Έχει βρεθεί από έρευνες ότι τα άτομα με παρελθόν κακοποίησης – παραμέλησης παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα αγχωδών διαταραχών. Τα άτομα με τα υψηλότερα επίπεδα αγχωδών συμπτωμάτων παρουσιάζουν ελλείψεις στην ικανότητα αντίληψης συναισθημάτων καθώς και στη διαχείριση συναισθημάτων (Young & Widom, 2014). Επίσης, η παιδική παραμέληση επηρεάζει την ψυχοπαθολογία των παιδιών και συγκεκριμένα στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας επιδεινώνοντας την βίαιη συμπεριφορά στην ενήλικη ζωή. Πιο αναλυτικά, παρατηρούνται διαταραχές συμπεριφοράς στη παιδική ηλικία στις οποίες περιλαμβάνονται η επιθετική – προκλητική εναντιωματική διαταραχή και διαταραχή συμπεριφοράς στη διαγωγή. Οι παραπάνω διαταραχές συσχετίζονται ισχυρά με αντικοινωνικές και επιθετικές συμπεριφορές. Ακόμα, μια ισχυρή συσχέτιση της παιδικής παραμέλησης και της ανάπτυξης διαταραχών συμπεριφοράς είναι το άγχος και η κατάθλιψη τόσο στην παιδική ηλικία, όσο και στην εφηβεία. Άλλος ένας τομέας που επηρεάζεται από την παιδική παραμέληση είναι ο συναισθηματικός. Παρατηρούνται προβλήματα προσκόλλησης σε πρώιμη και μέση παιδική ηλικία και συμπτώματα δυσπιστίας, καχυποψίας και απομάκρυνσης από τους άλλους. Οι συνέπειες που προκαλεί το τραύμα της συναισθηματικής παραμέλησης είναι τα παιδιά να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν διαφορετικές συναισθηματικές εκφράσεις του προσώπου σε σχέση με τα παιδιά τα οποία έχουν κακοποιηθεί σωματικά ή εκείνα που δεν είχαν ποτέ κακοποιηθεί. Σύμφωνα με μελέτες οι οποίες υποδηλώνουν ότι η αντίληψη και η κατανόηση του συναισθήματος είναι 'σημάδια' πως τα παιδιά βιώνουν ένα εύρος από συναισθήματα των ενηλίκων στην παιδική ηλικία. Σε αντίθετη περίπτωση τα παιδιά αντιμετωπίζουν προβλήματα προσκόλλησης στην πρώιμη παιδική ηλικία και αυτό ίσως έχει αντίκτυπο την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή, διαταραχών προσωπικότητας, αυξημένο κίνδυνο ανεργίας και εγκληματικότητας (Bland, et al., 2018).

### **2.3. Παρέμβαση –Αντιμετώπιση**

Η παιδική παραμέληση έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη βίαιης συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή. Υπάρχει στην βιβλιογραφία πληθώρα προστατευτικών παραγόντων που μπορούν να αποτρέψουν άσχημες καταστάσεις (Bland, et al., 2018). Η παρέμβαση που πρέπει να γίνει οφείλει να εστιάσει στις οικογένειες υψηλού κινδύνου προκειμένου να αντιληφθούν και να κατανοήσουν οι γονείς τα προβλήματα για να βελτιώσουν τις συνθήκες ανάπτυξης και ανατροφής του παιδιού. Άλλες υπηρεσίες περιλαμβάνουν την υποστήριξη της οικογένειας, την φροντίδα των παιδιών και την εκπαίδευση τους. Επίσης, υπάρχει και η βοήθεια για την εργασιακή απασχόληση των γονέων, ούτως ώστε να υπάρχει ένα περιβάλλον ασφάλειας για το παιδί αλλά και ένα κλίμα αρμονίας μέσα στην οικογένεια (Nelson, et al., 2013). Επιπλέον, υπάρχουν και τα συμβουλευτικά ψυχοθεραπευτικά κέντρα για την αντιμετώπιση προβλημάτων πνευματικής υγείας, κατάχρησης ουσιών και άλλων υπηρεσιών φροντίδας και ανατροφής παιδιών, σε περιπτώσεις όπου το παιδί επιβάλλεται να μείνει μακριά από το οικογενειακό περιβάλλον. Ακόμα, στις υπηρεσίες πρόληψης και αντιμετώπισης περιλαμβάνονται τα νοσοκομεία αλλά και μονάδες ιατρικής περίθαλψης. Η κοινωνία προσφέρει προγράμματα επίσκεψης στο σπίτι σε γυναίκες με επικίνδυνη εγκυμοσύνη, αλλά και προγράμματα επιδοτούμενα για τις μητέρες με παιδιά σε μικρή ηλικία. Στα προγράμματα αυτά εντάσσονται επιδόματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της επιλόχειας κατάθλιψης και άλλων υπηρεσιών υποστήριξης, τα οποία παρέχονται για μήνες ή και χρόνια (Nelson, et al., 2013).



## **3. Διαζύγιο**

### **3.1. Αιτιολογία**

Κάθε χρόνο περισσότερο από ένα εκατομμύριο παιδιά στην Αμερική βιώνουν το διαζύγιο ή τον αποχωρισμό από τους γονείς τους. Οι παράγοντες που επιδρούν στο διαζύγιο είναι η φτώχεια, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης των γονέων και η ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια. Ακόμα παιδιά με χρόνιες και σοβαρές ασθένειες ή νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως νεοπλασίες και διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού έχουν συχνά υψηλότερο κίνδυνο να βιώσουν το διαζύγιο του ζευγαριού (Cohen, et al., 2016). Η ζωή σε χωρισμένες οικογένειες είναι συχνό φαινόμενο την σημερινή εποχή και ίσως είναι από τις πιο επιβλαβείς καταστάσεις που βιώνουν τα παιδιά. Η πιο καταστρεπτική επίπτωση του διαζυγίου στην προσαρμογή του παιδιού και την ευημερία του είναι η έκθεσή του στις γονικές διαμάχες. Συνεπώς, ένα από τα πιο δύσκολα καθήκοντα των γονέων είναι να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν ένα δυνατό δεσμό με τα παιδιά τους (Leopold, & Kalmijn, 2016).

### **3.2. Συνέπειες στα παιδιά**

Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα του 2009 ένα εκατομμύριο γάμοι στην Ευρωπαϊκή Ένωση καταλήγουν στο διαζύγιο. Το διαζύγιο ή ο αποχωρισμός θεωρείται ως ένα από τα δέκα πιο δυσμενή βιώματα της παιδικής ηλικίας (Theunissen, et al., 2017). Οι συνέπειες του διαζυγίου επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής των παιδιών, μερικοί από τους οποίους είναι η υγεία και η ευημερία τους (Leopold, et al., 2016). Παιδιά διαζευγμένων γονέων παρουσιάζουν πολλά προβλήματα συμπεριφοράς, μειωμένες σχολικές αποδόσεις, διαταραχή στην ψυχολογική και συναισθηματική ευημερία, χαμηλή αυτοπεποίθηση και περισσότερα προβλήματα στην ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων (Theunissen, et al., 2017). Κάθε παιδί όπως και κάθε άνθρωπος είναι προφανώς μοναδικός, με διαφορετική προσωπικότητα, ιδιοσυγκρασία, πιστεύω, απόψεις, αντιλήψεις και με διαφορετικές δυνάμεις, αδυναμίες και αντοχές. Όλα αυτά επηρεάζονται και μεταβάλλονται μετά το διαζύγιο, αφού έχει φανεί ότι μειώνεται η ικανότητα των παιδιών στο μέλλον να πετύχουν σε πολλούς τομείς της ζωής τους όπως οι σχέσεις με την οικογένεια, η εκπαίδευση, η συναισθηματική ευημερία και η μελλοντική επαγγελματική θέση (Andersen, 2014). Η επιδείνωση αυτών οδηγεί σε ψυχολογικές ασθένειες (συχνότερα παρατηρούνται συμπτώματα κατάθλιψης) και τα παιδιά δεν δείχνουν να απολαμβάνουν και να εκτιμούν την ζωή. Οι επιπτώσεις του διαζυγίου επηρεάζονται από το πόσο "δύσκολος, οδυνηρός και επώδυνος" ήταν ο χωρισμός στην οικογένεια, εάν έπειτα από την στρεσογόνα κατάσταση υπήρξε βοήθεια και στήριξη από το οικείο περιβάλλον προκειμένου να ανακουφιστούν τα μέλη της οικογένειας. Μια έρευνα που εξέτασε το διαζύγιο, τις συγκρούσεις μεταξύ των γονέων και τα προβλήματα προσαρμογής των παιδιών, έδειξε ότι η επίπτωση της κατάθλιψης μετά το διαζύγιο ήταν τρεις φορές δυνατότερο να συμβεί όταν τα ζευγάρια είχαν παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η κατάθλιψη των γονέων επηρεάζει την συναισθηματική υγεία και ψυχολογική λειτουργία των παιδιών. Η δυσκολία στην ευημερία των διαζευγμένων γονέων, μπορεί να επιβαρύνει στο διπλάσιο τα παιδιά. (Leopold, et al., 2016). Η επικρατούσα άποψη είναι πως τα παιδιά βρίσκονται σε «κίνδυνο», αφού ελλοχεύει να καταστραφεί ο ψυχικός τους κόσμος. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά βιώνουν φόβο, το αίσθημα της απώλειας, προδοσία απέναντι στους γονείς τους, ενοχές, τύψεις, οργή και απογοήτευση (Fry & Addington, 1985). Επίσης, εμφανίζονται μεγάλα ποσοστά παραβατικής συμπεριφοράς καθώς και περιστατικών με έντονο το

υπόβαθρο ψυχοπαθολογίας στα παιδιά από διαζευγμένους γονείς. Άλλη μια σημαντική επίδραση είναι η αρνητική επίπτωση στη νοημοσύνη του παιδιού, η οποία αμβλύνεται από το διαζύγιο, το περιβάλλον στο οποίο ζει το παιδί, την μητρική κατάθλιψη και ευαισθησία της μητέρας, αλλά και τις οικονομικές αποδοχές της οικογένειας (Weaver & Schofield, 2015). Καθώς δεν μπορούν να προσδιοριστούν με σαφήνεια οι επιδράσεις, μια ερμηνεία για την αιτιολόγηση των παραπάνω είναι οι συνεχείς διαμάχες-διαφωνίες μεταξύ των γονέων πολύ πριν το γεγονός του διαζυγίου και το γενικό περιβάλλον στο οποίο ζουν (Fry & Addington, 1985). Ακόμα, αυτό που παρατηρείται είναι ότι τα αγόρια είναι εκείνα που βιώνουν εντονότερα τον αποχωρισμό και αυτό αποτυπώνεται στην μετέπειτα συμπεριφορά τους. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζουν υψηλότερους ρυθμούς διαταραχών συμπεριφοράς, προβλήματα με το σχολείο, το σπίτι, τους συνομήλικους και στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Αναπτύσσουν επιθετική συμπεριφορά, είναι ανυπάκουα, μη συνεργάσιμα και δεν συμμορφώνονται σε κανόνες και υποδείξεις (Leopold, et al., 2016). Επιπλέον, σύμφωνα με την βιβλιογραφία φαίνεται πως η ηλικία των παιδιών επηρεάζει τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά με την σειρά της τις επιπτώσεις του διαζυγίου. Αναλυτικότερα, η ικανότητα αντίληψης των παιδιών για το διαζύγιο, οι σκέψεις και τα συναισθήματα τους σχετικά με τον γάμο των γονιών τους, καθώς και οι ανησυχίες, ανασφάλειες, αλλά και ο φόβος για το μέλλον που θα έχουν τα ίδια αλλά και οι γονείς τους σχετίζονται με την ηλικία που διανύουν (Fry & Addington, 1985). Παρόλα αυτά, η εκδήλωση αντιδράσεων των παιδιών στον χωρισμό των γονέων τους σχετίζεται και με άλλους παράγοντες περιλαμβάνοντας το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού, την ικανότητα των γονέων να επικεντρωθούν στις ανάγκες, τον χρόνο που βλέπουν τα παιδιά τους, το πόσο ισχυρή είναι η σχέση εμπιστοσύνης γονέα-παιδιού, η συναισθηματική ασφάλεια που λαμβάνει το παιδί (Andersen, 2014), τα συναισθήματά του παιδιού, η ιδιοσυγκρασία του παιδιού και των γονέων πριν κατά τη διάρκεια και μετά το χωρισμό (Cohen, et al., 2016). Επίσης, οι σχέσεις με τους συγγενείς και τους παππούδες εξασθενούν, ειδικά από την μεριά του γονέα που δεν έχει την κηδεμονία. Τα παιδιά έπειτα από το διαζύγιο δεν βιώνουν τις οικογενειακές παραδόσεις, τα ήθη και έθιμα, τις γιορτές, τα γενέθλια και τις καθημερινές ρουτίνες (Andersen, 2014). Τα βρέφη δεν μπορούν να κατανοήσουν τον χωρισμό, όμως αλλάζει η ρουτίνα τους αναλαμβάνουν άλλα πρόσωπα την φροντίδα τους με συνέπεια να διαταράσσεται ο δεσμός προσκόλλησης, παρατηρώντας διατροφικές διαταραχές, διαταραχές στην συμπεριφορά (απαθή ή οξύθυμα, ανήσυχα) και στον ύπνο

(Cohen & Weitzman, 2017). Στα νήπια το άγχος αποχωρισμού είναι η πιο συχνή ένδειξη της στεναχώριας στην ηλικία αυτή. Διστάζουν να αποχωριστούν τους γονείς τους ακόμα και σε οικεία περιβάλλοντα όπως αυτά των παππούδων. Επίσης, παρατηρείται αναπτυξιακή παλινδρόμηση στην οποία περιλαμβάνεται απώλεια της διαδικασίας εκμάθησης της χρήσης τουαλέτας, διατροφικές διαταραχές και διαταραχές ύπνου. Τέλος και η ικανότητα εκμάθησης γλώσσας δεν είναι πολύ σπάνιο. Στην προ-σχολική ηλικία τα παιδιά δεν μπορούν να κατανοήσουν ότι ο χωρισμός είναι μόνιμος. Παρατηρείται να ρωτάνε συνεχώς πότε θα επιστρέψει ο άλλος γονέας, έχουν επιθετική συμπεριφορά είναι απαιτητικά ως παιδιά. Αναφέρονται επίσης διατροφικές διαταραχές και διαταραχές ύπνου καθώς και παλινδρόμησης σε αναπτυξιακά βήματα. Στην ηλικία 4-5 ετών κατηγορούν τον εαυτό τους για τον χωρισμό των γονέων τους, αρχίζουν παρεκτροπές, άτακτες συμπεριφορές, βιώνουν εφιάλτες και τέλος φοβούνται την πιθανότητα να είναι παρατημένα-εγκαταλελειμμένα από τους γονείς τους. Στη σχολική ηλικία κυριαρχεί το συναίσθημα της αυτοκατηγορίας για τον χωρισμό των γονέων, δεν είναι σπάνιο το γεγονός της ψευδαισθήσεως και ονειροπόλησης σχετικά με την συνάντηση των γονέων. Παρατηρούνται αλλαγές στην συμπεριφορά και την διάθεση (π.χ θυμός, οργή), μείωση της σχολικής απόδοσης αλλά και το συναίσθημα της παραμέλησης-εγκατάλειψης από τον γονέα που δεν ζει μαζί με το παιδί στο ίδιο σπίτι (Cohen & Weitzman, 2017). Στην εφηβεία τα παιδιά μπορούν να κατανοήσουν μερικούς από τους λόγους για τους οποίους η οικογένεια διασπάται με συνέπεια να μπορούν να αποδέχονται ευκολότερα την νέα κατάσταση προσπαθώντας έτσι να αναλάβουν ρόλους ενηλίκων. Όμως και στην ηλικία αυτή εξακολουθεί να υπάρχει η ελπίδα των παιδιών για επανασύνδεση των γονέων και ολοκλήρης της οικογένειας. Έφηβοι υποστηρίζουν τις προγαμιαίες σχέσεις, την συγκατοίκηση – συμβίωση, μιας και έχουν πρόωμη σεξουαλική δραστηριότητα. Κορίτσια που οι πατέρες εγκατέλειψαν το σπίτι τους είχαν οκτώ φορές περισσότερες πιθανότητες να κυοφορήσουν ως έφηβες. Αγόρια κατά παρόμοιο τρόπο είχαν υψηλότερους ρυθμούς σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων ή ασθενειών (Andersen, 2014). Οι έφηβοι αναπτύσσουν επιθετική-εγκληματική συμπεριφορά, μειωμένη σχολική απόδοση, κατάχρηση ουσιών και ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά, αλλά και αυτοκτονικό ιδεασμό (Cohen & Weitzman, 2017).

### **3.2.1. Μορφωτικό επίπεδο-Προσωπικότητα Γονέων**

Σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω, το αντίκτυπο για τα παιδιά μπορεί να είναι πιο δυσμενές εάν οι γονείς δεν διαθέτουν τα κατάλληλα «μέσα» (οικονομική άνεση και εκπαιδευτική μόρφωση) για να αποτρέψουν τα χειρότερα. Πρωτεύον ρόλο σε αυτό έχει το μορφωτικό επίπεδο καθώς και η προσωπικότητά των γονέων τους. Αναλυτικότερα, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων επηρεάζει την ευημερία των παιδιών την στιγμή μάλιστα που τα ίδια βιώνουν την διάλυση της οικογένειάς τους. Στις επιδράσεις του διαζυγίου και της γονικής ευημερίας, οι γονείς ίσως είναι λιγότερο ικανοί να παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον για τα παιδιά τους, όταν έχουν να ασχοληθούν με τα δικά τους συναισθηματικά προβλήματα (Leopold & Kalmijn ,2016). Επίσης, ρόλο κλειδί κατέχει η κοινωνική αλλά και οικονομική θέση των γονέων, προκειμένου να εξασφαλίσουν ένα ασφαλή και σταθερό περιβάλλον για τους ίδιους και τα παιδιά, αλλά δεν τα καταφέρνουν πάντα. Οι καλύτερα μορφωμένοι γονείς ίσως έχουν περισσότερη επίγνωση των ενδεχομένων επιπτώσεων του διαζυγίου και μπορέσουν να προστατεύσουν καλύτερα τα παιδιά τους μειώνοντας τις στρεσογόνες καταστάσεις για τα ίδια. Άλλος ένας μηχανισμός που λειτουργεί θετικά είναι όταν ο γονέας έχει περισσότερες ικανότητες να διατηρήσει το σπίτι στο οποίο ζει, με συνέπεια τα παιδιά να παραμένουν στο ίδιο σχολείο και να έχουν τους ίδιους φίλους τους από την γειτονιά. Από την άλλη πλευρά, η επίδραση του διαζυγίου στην εκπαιδευτική πορεία/σταδιοδρομία είναι πιο δυσμενή αν οι αποδοχές των γονέων είναι χαμηλές όπως και το επίπεδο μόρφωσης τους. Πολλές έρευνες εστιάζουν στις κοινωνικό-οικονομικές αποδοχές των γονέων, διότι εξηγούν ένα σημαντικό μέρος της επίδρασης στην ευημερία και τα συμπεριφορικά προβλήματα. Οι σχέσεις παιδιού-γονέα επηρεάζονται αρνητικά, αφού ο πατέρας απομακρύνεται από το σπίτι, μειώνοντας έτσι την ποιότητα επικοινωνίας με το παιδί του και απομακρύνεται από την ζωή του. Η μητέρα με την σειρά της έχει λιγότερο διαθέσιμο χρόνο και ενέργεια για το παιδί της, αφού αναγκάζεται να δουλεύει περισσότερο για να καλύπτει τα έξοδα και τις ανάγκες του (Mandemakers & Kalmijn, 2014). Η πιο συχνή σύγκρουση ανάμεσα στους πρώην συζύγους είναι σχετικά με την επιμέλεια των παιδιών. Η απόφαση για την κηδεμονία είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα που βιώνει μια οικογένεια. Πρόκειται για πολλές διαμάχες μεταξύ των γονέων, παρεμβάσεις νομικής φύσεως αλλά και ο έλεγχος των γονέων για πνευματική και ψυχιατρική σταθερότητα. Παρατηρείται συναισθηματική προσκόλληση των γονέων η οποία επικεντρώνεται στην επιμέλεια των

παιδιών. Μια εξήγηση για την συμπεριφορά αυτή είναι τα συναισθήματα θυμού και ενοχής που αισθάνονται οι γονείς λόγω του διαζυγίου, έτσι που αφοσιώνονται στην προσπάθειά τους να διεκδικήσουν την επιμέλεια. Η παραδοσιακή επικρατούσα άποψη υποστηρίζει πως στην ανατροφή αλλά και στην διαπαιδαγώγηση των παιδιών το κατάλληλο πρόσωπο για να ανταπεξέλθει είναι η μητέρα. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια τείνει να επηρεάζεται και η γνώμη του δικαστηρίου αφού τείνουν να εξετάζονται και άλλοι παράγοντες (νοητικοί, πνευματικοί, ψυχολογικοί κτλ). Άλλη μια κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπίσει η χωρισμένη μητέρα είναι η διάφορων μορφών προκατάληψη του φύλου. Μητέρες που ακολουθούν τον παραδοσιακό τρόπο ζωής, στάσεων και συμπεριφορών είναι περισσότερο ευάλωτες σε ψυχιατρικές διαταραχές (στεναχώρια, κατάθλιψη κτλ), χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμό ανεξαρτήτως από την ηλικία, την εκπαίδευση ή την κατάσταση εργασίας. Αντιθέτως οι μη παραδοσιακές μητέρες που χωρίζουν ίσως βιώνουν λιγότερο πόνο, θλίψη, στεναχώρια αλλά αισθάνονται περισσότερη ευημερία και προσωπική ανάπτυξη, αυτοεκτίμηση και αποτελεσματικότητα (Fry & Addington, 1985). Συνοπτικά πρέπει να αναφερθούν και οι συνέπειες που βιώνουν οι ίδιοι οι γονείς από το διαζύγιο. Αρχικά επηρεάζεται ο συναισθηματικός, σωματικός και οικονομικός τομέας, διαταράσσεται η ευημερία τους, εφόσον πρέπει να αλλάξουν την καθημερινότητά τους αναλαμβάνοντας καθήκοντα χωρισμένου γονέα (αλλαγή τόπου κατοικίας, αναγκάζονται να απασχολούνται σε περισσότερες από μια δουλειές, να βλέπουν λιγότερο συχνά τα παιδιά τους κτλ). Όσον αφορά τους παντρεμένους σε σχέση με τους χωρισμένους γονείς έχει διαπιστωθεί πως οι παντρεμένοι καπνίζουν και πίνουν λιγότερο σε σχέση με τους χωρισμένους. Επίσης, είναι λιγότερο πιθανό να διαπράξουν αυτοκτονίες ή να νοσήσουν από διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές σε σχέση με τους διαζευγμένους. Ακόμα, οι παντρεμένοι εμφανίζουν χαμηλότερη συχνότητα σε νοσήματα όπως (Σακχαρώδη Διαβήτη, Υπέρταση Καρδιαγγειακών Νοσημάτων κτλ) και παρατηρήθηκε ότι έπειτα από διάγνωση Καρκίνου του Προστάτη σε άνδρες ζούσαν περισσότερο σε σύγκριση με τους χωρισμένους άνδρες. Επιπλέον, οι παντρεμένοι αποκτούν υψηλότερη περιουσία και ζουν περισσότερο από τους διαζευγμένους. Γυναίκες που βίωσαν το διαζύγιο αντιμετώπισαν μείωση των αποδοχών τους στο 27% ενώ αισθάνονταν να απειλείται η σωματική τους ακεραιότητα. Όσο αφορά την προσωπική τους ζωή δυσκολεύονται να ξαναφτιάξουν τη ζωή τους με άλλο σύντροφο, διότι τα ενδιαφέροντα και οι προτεραιότητες είναι τα παιδιά τους (Anderson, 2014). Υπάρχουν

πολλοί λόγοι όπου τα παιδιά των μορφωμένων γυναικών είναι καλύτερα (σωματικά και συναισθηματικά), αφού βιώνουν μικρότερη μείωση στους οικονομικούς πόρους μετά το διαζύγιο. Επίσης, αυτές οι γυναίκες έχουν την δυναμικότητα να υπερασπιστούν τα δικαιώματα των ίδιων και των παιδιών τους, αφού διαπραγματεύονται το διαζύγιο με σκοπό να διεκδικήσουν τα παιδιά και την κατάλληλη διατροφή. Οι γυναίκες που δούλευαν κατά την διάρκεια του γάμου, έχουν περισσότερες ευκαιρίες να διατηρήσουν τη δουλειά τους ή να βρουν μια δουλειά με αρκετά καλό μισθό, μιας και το υψηλό επίπεδο μόρφωσης αλλά και το επαρκές εισόδημα της μητέρας μειώνουν το αρνητικό αντίκτυπο του διαζυγίου στην ευημερία των παιδιών τους. Λόγω του μορφωτικού τους επιπέδου, διαβάζουν βιβλία, περιοδικά και εφημερίδες προκειμένου να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους στον τομέα της ψυχολογίας και κοινωνιολογίας (Mandemakers & Kalmijn, 2014). Οι μορφωμένες μητέρες και οικονομικά ανεξάρτητες βιώνουν λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα μετά το διαζύγιο, διότι μπορούν να διαχειριστούν τις δυσκολίες που προκύπτουν με περισσότερη ψυχραιμία και αποφασιστικότητα. Μπορούν να έχουν την συναίσθηση να γνωρίζουν τους κινδύνους του διαζυγίου στα παιδιά, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή σε αυτά παρά τα προβλήματά τους. Από την άλλη πλευρά, για το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα οι προβλέψεις δεν είναι και τόσο σαφείς αφού υπάρχουν αντιτιθέμενες επιδράσεις. Μια άποψη είναι πως ο πατέρας ασκεί λιγότερη επιρροή στη ζωή των παιδιών επειδή τα βλέπει λιγότερο συχνά σε σχέση με την μητέρα τους. Επιπλέον, ο πατέρας έχει λιγότερη πιθανότητα να μεταδώσει τις αντιλήψεις και ιδέες του στο παιδί λόγω του «περιορισμένου» χρόνου που έχει με το ίδιο. Αυτό συνεπάγεται μια «αδύναμη» επίδραση από το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα μετά το διαζύγιο, αφού σύμφωνα με την βιβλιογραφία η κοινωνική διαστρωμάτωση φαίνεται - να επηρεάζει ισχυρά την εκπαίδευση και την απασχόληση των παιδιών. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί οι πιο μορφωμένοι πατέρες εμπλέκονται πιο έντονα στην ανατροφή των παιδιών από τους λιγότερο μορφωμένους. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μορφωμένοι πατέρες μπορούν ακόμα και να διεκδικήσουν από κοινού την επιμέλεια των παιδιών τους μετά το διαζύγιο σε σχέση με τους μη μορφωμένους. Ωστόσο, οι πατέρες που δεν μένουν σε κοντινή περιοχή με τα παιδιά τους είναι περισσότερο πιθανόν να τα βλέπουν μια φορά τον μήνα τουλάχιστον και να μιλάνε μια φορά την εβδομάδα στο τηλέφωνο. Φαίνεται όμως πως οι πιο καλά μορφωμένοι μπορούν καλύτερα να διατηρήσουν μια καλή σχέση με τα παιδιά τους μετά το διαζύγιο, συμμετέχοντας στην ανατροφή τους. Η συμμετοχή του

πατέρα στην ανατροφή των παιδιών ο οποίος δεν διαμένει μαζί τους έχει μια καθαρά θετική επίδραση στην ευημερία του παιδιού αλλά και στην αλληλεπίδραση μεταξύ των γονέων (Mandemakers & Kalmijn, 2014).

### **3.2.2. Επιπτώσεις σε ψυχολογία και μετέπειτα εξέλιξή τους**

Συχνά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας παρατηρείται να είναι ευάλωτα και ευαίσθητα λόγω του επιπέδου της νοητικής ανάπτυξής τους, αλλά και της μη σωστής αντίληψης των γεγονότων που προκύπτουν τριγύρω τους. Έρευνα σε 16 παιδικούς σταθμούς σε παιδιά χωρισμένων οικογενειών παρουσίασε τα αποτελέσματα από την συμπεριφορά και την ψυχολογική κατάστασή τους. Τα περισσότερα από αυτά ήταν θυμωμένα, λυπημένα και αποστασιοποιημένα από τα υπόλοιπα παιδιά, ορισμένα από αυτά εκδήλωσαν και αυταρχική συμπεριφορά. Από την άλλη πλευρά, παιδιά από μονογονεϊκά σπίτια είχαν επιθετική συμπεριφορά, νευρικότητα, ανησυχία, γκρίνια, άγχος, φόβο καθώς ήταν οξύθυμα και ευερέθιστα (Fry & Addington, 1985). Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επιδρά στην ψυχολογία και την ανισορροπία των συναισθημάτων των παιδιών είναι ο θυμός και οι συγκρούσεις μεταξύ των γονιών σχετικά με την κηδεμονία και την ανατροφή τους. Η διαμάχη των γονέων σχετίζεται με προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών και ένα επιζήμιο περιβάλλον για την συναισθηματική ανάπτυξη τους. Μερικά παιδιά νιώθουν αισθήματα θυμού και προδοσίας, εκδηλώνονται και περιστατικά βίας και επιθετικής συμπεριφοράς, ένα πολύ συχνό φαινόμενο σε παιδιά με χωρισμένους γονείς. Οι έφηβοι πάλι δείχνουν να έχουν ωριμάσει σε τέτοιο βαθμό από τον χωρισμό των γονέων, αφού μπορούν να κατανοήσουν τις αιτίες που οδήγησαν στην διάλυση της οικογένειας (Leopold & Kalmijn, 2016). Ωστόσο φαίνεται να επηρεάζεται στο ελάχιστο η ανάπτυξη της προσωπικότητας των εφήβων εξαιτίας του ότι λείπουν πολλές ώρες εκτός σπιτιού βρίσκοντας παρηγοριά και συντροφιά στις παρέες ή τους/τις συντρόφους τους (Fry & Addington, 1985). Όμως, οι έφηβοι που έχουν εκτεθεί σε μεγαλύτερες περιόδους γονικής διαμάχης επηρεάζονται στο μέγιστο βαθμό είτε αναγκάζονται να δουλέψουν για να συνεισφέρουν στο σπίτι και τα μικρότερα αδέρφια, δίχως μητρική ή πατρική υποστήριξη. Σύμφωνα με την οπτική των εφήβων το διαζύγιο μπορεί να είναι ένα τραυματικό γεγονός και μια δυσάρεστη εμπειρία στην οποία ανταποκρίνονται με άσχημες συμπεριφορές και αισθήματα. Λόγω όμως της ηλικίας και της νοητικής ανάπτυξής τους μπορούν να



προσαρμοστούν στην νέα κατάσταση πιο εύκολα σε σύγκριση με τα παιδιά προ-σχολικής ηλικίας. Αξίζει να σημειωθεί πως άλλος ένας παράγοντας που διαταράσσει την ψυχολογία των παιδιών είναι η ιδιοσυγκρασία, η οποία επιδρά στο περιβάλλον του παιδιού, τη συμπεριφορά του ίδιου και των γονέων αλλά και των υπολοίπων μελών της οικογένειας. Τα παιδιά που δεν μπορούν να αποδεχτούν και να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες και δεν προσπαθούν οι γονείς να τα βοηθήσουν είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών. Πολλές μελέτες υποδεικνύουν πως τα παιδιά είναι δύσκολο να προσαρμοστούν στην νέα συνθήκη, εφόσον οι γονείς δεν έχουν συναίσθηση της κατάστασης προκειμένου να τα στηρίξουν. Αντίθετα κυριαρχεί η άρνηση, απόρριψη, αποδοκιμασία, ασυμφωνία και αρνητικές αλλαγές στην ιδιοσυγκρασία του παιδιού το οποίο λόγω της δυσκολίας του να προσαρμοστεί ενδέχεται να αντιμετωπίσει συναισθηματικές δυσκολίες (Leopold & Kalmijn, 2016).

### **3.2.3. Επιπτώσεις στη Διατροφή**

Άλλος ένας τομέας που επεμβαίνει το διαζύγιο είναι εκείνος την διατροφής και ανάπτυξης προβλημάτων υγείας στα παιδιά. Πιο συγκεκριμένα υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο διαζύγιο των γονέων και του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των παιδιών. Πολλές έρευνες περιγράφουν την αύξηση του επιπολασμού της παιδικής παχυσαρκίας καθώς και την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που προάγουν την ανάπτυξη της αλλά και αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού. Η παιδική παχυσαρκία προκύπτει από τις αλληλεπιδράσεις ψυχολογικής διάθεσης (συναισθηματικό φαγητό), περιβαλλοντικών επιρροών (αφθονία τροφών με υψηλό θερμιδικό περιεχόμενο, τρόφιμα «χαμηλής» ποιότητας, φθηνές διατροφικές επιλογές, επιδράσεις από διαφημίσεις και ΜΜΕ) σε συνδυασμό με μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Επίσης, παράγοντες όπως η γενετική προδιάθεση, η επίδραση της οικογένειας στο φαγητό και η σωματική δραστηριότητα είναι σημαντικοί, αφού αναγνωρίζονται ως πιθανά μέσα πρόβλεψης παιδικής παχυσαρκίας. Αξίζει να αναφερθεί ότι η κατάσταση των γονέων όσο αφορά την εκπαίδευση, απασχόληση, ηλικία, ύπαρξη παχυσαρκίας, οι αποδοχές τους, το γνωστικό/διανοητικό επίπεδο, τα πιστεύω τους και ο αριθμός παιδιών μέσα στην οικογένειά τους επηρεάζει την διατροφική συμπεριφορά αλλά και τις διατροφικές επιλογές για τους ίδιους και τα παιδιά τους. Όσον αφορά το διαζύγιο

έρευνες κατέληξαν πως παιδιά που ζούσαν με τις χωρισμένες μητέρες τους ήταν περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν παχυσαρκία στην ζωή τους αργότερα, με αυξημένο κίνδυνο δυσμενών συνεπειών σε παιδική και ενήλικη ζωή (Yannakoulia, et al., 2008). Μια έρευνα που διεξήχθη σε οικογένειες χωρισμένες και μη (παιδιά και γονείς) με την βοήθεια έμπειρων παιδιάτρων και διαιτολόγων κατέγραψε ανθρωπομετρικά, κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά και κατάλληλα ερωτηματολόγια που αναλύονται παρακάτω (Yannakoulia, et al., 2008).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που ερευνήθηκαν τα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι τα εξής: αρχικά δεν εντοπίζεται συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης γονέων και σωματικού βάρους του παιδιού σε αντίθεση με τον ΔΜΣ των γονέων, το ΣΒ του παιδιού, τον αριθμό αδερφών, τον ζωτικό κατοικίας όπου διέφερε το υπέρβαρο και το φυσιολογικό βάρος στα παιδιά. Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ του διαζυγίου των γονέων και του δείκτη παχυσαρκίας των παιδιών, με υψηλότερη συχνότητα του οικογενειακού διαζυγίου στα υπέρβαρα παιδιά. Ο επιπολασμός του υπέρβαρου παιδιού ήταν 47% ανάμεσα στις χωρισμένες οικογένειες και 37% ανάμεσα στις μη χωρισμένες οικογένειες. Τα παιδιά προερχόμενα από διαζευγμένους γονείς είχαν σημαντικά υψηλότερο ΔΜΣ από εκείνα σε μη διαζευγμένες οικογένειες. Μελετήθηκαν ωστόσο η κοινωνικό-οικονομική θέση και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων. Οι χωρισμένες οικογένειες ανέφεραν χαμηλότερο μέσο όρο οικογενειακών εισοδημάτων, χώρου κατοικίας, οικογενειακών αυτοκινήτων και επιπέδου μητρικής εκπαίδευσης, παράγοντες που σχετίζονται και επηρεάζουν την αύξηση σωματικού βάρους των παιδιών. Ολοκληρώνοντας τα αποτελέσματα από τα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης φαγητού, φυσικής δραστηριότητας αλλά και έκθεσης σε οθόνες καταλήγουν στο ότι τα παιδιά διαζευγμένων γονέων τρώνε λιγότερο συχνά όταν βρίσκονται στην τραπεζαρία και μάλιστα ότι τρώνε συνήθως μόνο όταν πεινάνε ενώ ξοδεύουν περισσότερο χρόνο παρακολούθησης τηλεόρασης και ηλεκτρονικών παιχνιδιών (υπολογιστή ή βιντεοπαιχνίδια κατά μέσο όρο στα 88 λεπτά) κατά τη διάρκεια της μέρας.

Με βάση όλα τα δεδομένα που απαρτίζουν την διαζευγμένη οικογένεια και όλους τους παράγοντες που επιδρούν στην υγεία των παιδιών, αυτή είναι η πρώτη αναφορά που αποτυπώνει τον σημαντικό ρόλο του διαζυγίου στην κατάσταση του βάρους. Όλες οι διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών, οι δυσμενείς συνέπειες της οικογένειας και ο

σχεδιασμός των γευμάτων σχετίζονται με το υπερβάλλον βάρος και κατ'επέκταση παχυσαρκία του παιδιού.

Σημαντικά συμπεριφορικά προβλήματα όπως έχουν αναφερθεί παραπάνω αυξάνουν τον κίνδυνο τα παιδιά ηλικίας 8-11 ετών που είχαν φυσιολογικό σωματικό βάρος στο παρελθόν να το αυξάνουν και να γίνονται υπέρβαρα. Συνεπώς, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα σχετίζονται με αύξηση σωματικού βάρους (Yannakoulia, et al., 2008). Έτσι, η εξασθενημένη γονική ευημερία, το άγχος και η στενοχώρια που ακολουθεί από την συζυγική διάλυση είναι επίσης υπεύθυνη για την αύξηση σωματικού βάρους των παιδιών (Yannakoulia, et al., 2008).

Υπήρξε άλλη μια μελέτη που διεξήχθη σε Ηνωμένες Πολιτείες και Καναδά, λεγόμενη Παιδιατρική Θεραπεία Βάρους (Pediatric Weight Management PWM) η οποία στόχευε να θεραπεύσει την παχυσαρκία των παιδιών που είχαν βιώσει στρεσογόνες καταστάσεις όπως το διαζύγιο, ο αποχωρισμός και οι διαμάχες παιδιών-γονέων. Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν μετά τη διάγνωση της παιδικής παχυσαρκίας να κινητοποιηθεί η οικογένεια για να αντιμετωπιστεί η παχυσαρκία. Όλα τα μέλη της οικογένειας συμμετείχαν σε συνεργασία με εξειδικευμένη ομάδα ειδικών (διατροφολόγων, γυμναστών, ψυχολόγων) αλλάζοντας τον τρόπο ζωής τους, ξεκινώντας από την συμπεριφορά των γονιών μεταξύ τους αλλά και απέναντι στο παιδί, των αδελφών εφόσον υπάρχουν, εστιάζοντας έπειτα σε διατροφικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα, έκθεση σε οθόνες και το ιατρικό ιστορικό βάρους. Παρατηρήθηκε ότι οι διαζευγμένες οικογένειες ή οικογένειες σε διάσταση ήταν περισσότερο συνεπής στην φροντίδα και στήριξη του παιδιού τους. Ακόμα οι διαμάχες παιδιού-γονέων ελαττώθηκαν και βελτιώθηκε η σχέση ανάμεσά τους. Με την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας επίσης μειώθηκαν τα γλευαστικά σχόλια από τα υπόλοιπα αδέλφια όπως και από τον υπόλοιπο περίγυρο (Pratt, et al., 2018).

Παράλληλα όμως, μια άλλη έρευνα ανέλυσε την συσχέτιση των ορμονών του πλάσματος, παραμέτρων του σωματικού βάρους, της θρεπτικής κατάστασης και των στρεσογόνων γεγονότων με την νευρική ανορεξία των ασθενών (Smiarowska, et al, 2014). Για μια δεκαετία μελετήθηκε δείγμα 72 γυναικών εκ των οποίων οι 49 έπασχαν από Νευρογενή Ανορεξία και οι 23 από Νευρογενή Βουλιμία. Εξετάστηκαν όλοι οι παράγοντες που αφορούσαν την ύπαρξη Ψυχιατρικών Ασθενειών, Οικογενειακή κατάσταση (Διαζύγιο,

κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία, κατάχρηση αλκοόλ –ουσιών από τους γονείς) και Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά. Επίσης, υπήρξε παρακολούθηση των ορμονών του φύλου, λεπτίνης, ινσουλίνης, κορτιζόλης, αυξητικής ορμόνης, ωχρινοτρόπου, θυλακιοτρόπου, γοναδοτροπίνης, αυξητικού παράγοντα τύπου 1 ινσουλίνης (IGF-1). Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ότι η Αυξητική Ορμόνη και η Κορτιζόλη φαινόταν να σχετίζεται θετικά με την μείωση του Σωματικού βάρους ή ακόμα και τον βαθμό υποσιτισμού. Η λεπτίνη με τον Αυξητικό παράγοντα τύπου 1 ινσουλίνης (IGF-1) σχετίζονται επίσης σημαντικά αρνητικά. Σύμφωνα με τους κοινωνικούς παράγοντες, τις στρεσογόνες καταστάσεις στην διάρκεια ζωής τους, τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συγκεντρώσεις των ορμονών υπήρξε σημαντική συσχέτιση. Ασθενείς με ιστορικό γονικού αποχωρισμού ή διαζυγίου δίχως κανένα επιπλέον στρεσογόνο συμβάν είχαν τον χαμηλότερο ΔΜΣ=14,7 (Δείκτη Μάζας Σώματος) σε σύγκριση με ασθενείς γονικού διαχωρισμού ή διαζυγίου που είχαν ένα στρεσογόνο γεγονός ΔΜΣ=15,6 (Smiarowska, et al, 2014). Η διαφορά αυτή θα μπορούσε να εξηγηθεί σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια για την συμπεριφορά των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία και Βουλιμία. Οι ασθενείς με Νευρογενή Βουλιμία έχουν σημαντικά υψηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος σε σύγκριση με τους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία, μιας και οι ίδιοι είναι περισσότερο επιρρεπείς να αναπτύξουν Βουλιμία αργότερα στην ενήλικη ζωή. Οι συσχετίσεις των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, της προσωπικής διάθεσης, έκκρισης ορμονών, διατροφικής συμπεριφοράς και της θρεπτικής κατάστασης είναι σημαντικές, για αυτό απαιτείται περαιτέρω επεξήγηση για την κατανόηση του φαινομένου της Νευρικής Ανορεξίας και της αντιμετώπισής του (Smiarowska, et al, 2014).

Ωστόσο όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα το διαζύγιο θεωρείται ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός με πολλές αρνητικές συνέπειες για τα παιδιά. Οι πιθανές μετακομίσεις, η αλλαγή σχολικού περιβάλλοντος, η μείωση της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης, η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη, η έκθεση σε γονικές διαμάχες, το άγχος και η επιβαρυσμένη ψυχολογική κατάσταση αυξάνουν τον κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές (Suisman, et al., 2011). Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στο Μίσιγκαν μελετώντας την Αλληλεπίδραση του Διαζυγίου και των Περιβαλλοντικών παραγόντων στην ανάπτυξη Διατροφικών Διαταραχών διαπίστωσαν πως το διαζύγιο αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Συμπεριφορές ελέγχου βάρους (π.χ. δίαιτα, άσκηση), δυσαρέσκεια με την εικόνα σώματος

και επεισόδια υπερφαγίας σχετίζονται σημαντικά με το διαζύγιο των γονέων. Τα στοιχεία που συνέλλεξαν αφορούσαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις, ερωτηματολόγιο καταγραφής διατροφικής συμπεριφοράς και ερωτήσεις που αφορούν την δυσαρέσκεια του σώματος, την συνεχή έγνοια /απασχόληση του βάρους, επεισόδια υπερφαγίας και αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν παρουσίασαν ισχυρή συσχέτιση του διαζυγίου και της εκδήλωσης συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών. Μάλιστα η δυσαρέσκεια της εικόνας σώματος δείχνει να είναι υψηλότερη στα παιδιά από χωρισμένες οικογένειες σε σχέση με τα παιδιά από μη χωρισμένες οικογένειες (Suisman, et al., 2011).

### **3.3. Πρόληψη και Αντιμετώπιση των επιπτώσεων του Διαζυγίου**

Έχοντας αναφερθεί στις δυσμενείς και επιζήμιες συνέπειες του διαζυγίου, την επιρροή που ασκούν οι γονείς στα παιδιά και το αντίκτυπο στην ευημερία τους, η κοινωνία έχει εξασφαλίσει υπηρεσίες που στηρίζουν τον χωρισμένο γονέα με τα παιδιά του. Η κοινωνική πρόνοια του κράτους παρέχει υποστήριξη στις μητέρες και φροντίδα στα παιδιά, μέσα από διάφορα επιδόματα ή οικονομικές ελαφρύνσεις. Επίσης, σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες το κράτος μεριμνάει προκειμένου να καταβάλλει ο πατέρας στα παιδιά του την πιο κατάλληλη και απαραίτητη διατροφή που δικαιούται. Ακόμη, οι κοινότητες και οι δημοτικές ενότητες βοηθάνε τις χωρισμένες μητέρες παρέχοντας τους μερική ή ολική απασχόληση σε δουλειές για να μπορούν να ενισχύσουν την οικονομική τους κατάσταση (Mandemakers & Kalmijn, 2014). Επίσης, με την αναταραχή που προκαλεί το διαζύγιο σε γονείς και παιδιά, οι γονείς δεν αντιλαμβάνονται ότι η αιτία στην αλλαγή της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων των παιδιών τους είναι ο χωρισμός. Οι πιο συνήθεις συμπεριφορές είναι η μη συμμόρφωση, η ανυπακοή, η επιθετικότητα προς τους συνομηλίκους και η υπερδραστηριότητα τους. Για την αντιμετώπιση τους υπάρχουν διαθέσιμα προγράμματα πρόληψης και παρέμβασης τα οποία υποστηρίζουν τις οικογένειες μετά τον χωρισμό των γονέων. Τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας με την κατάλληλη υποστήριξη μπορούν να εμποδίσουν ή να μειώσουν τα Συναισθηματικά-Συμπεριφορικά Προβλήματα (emotional- behavioral problems EBP). Επιπλέον, υπάρχουν προγράμματα παρέμβασης που μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να αντιμετωπίσουν την θλίψη και την στεναχώρια τους. Ένα τέτοιο πρόγραμμα μάλιστα

αναπτύχθηκε με σκοπό την μείωση των Συναισθηματικών Συμπεριφορικών Προβλημάτων και την απόκτηση σωστής συμπεριφοράς από την πλευρά των παιδιών. Το πρόγραμμα στόχευε στην βελτίωση της ποιότητας της σχέσης παιδιού-γονέα, αλλά και γονικών πρακτικών για την αντιμετώπιση συμπεριφορών μετά το διαζύγιο (περαιτέρω εκπαίδευση των γονέων με την βοήθεια ψυχολόγων, χρήση αποτελεσματικότητας και αυτοσυγκράτησης). Είναι σημαντικό οι γονείς να κατανοούν τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τα συναισθήματα των παιδιών τους προκειμένου να αποφεύγονται οι άσχημες συμπεριφορές και τα ξεσπάσματα των παιδιών προς τους γονείς τους (Theunissen, et al., 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι και η συμβολή των παιδιάτρων είναι σημαντική και καθοριστική (Mandemakers & Kalmijn, 2014). Από τις συμπεριφορές της οικογένειας (μετακομίσεις, παρουσία μόνο του ενός γονέα, οικονομικές δυσκολίες, συγκρούσεις γονέα-παιδιού μπροστά στον επαγγελματία υγείας), αλλά και μεταβολές στην συμπεριφορά του παιδιού, την προσωπική του υγιεινή καθώς και την υγεία του μπορεί ο παιδίατρος να καταλάβει τον χωρισμό στους γονείς. Η προληπτική καθοδήγηση/συμβολή των ειδικών μπορεί να εκτιμήσει τις αντιδράσεις του παιδιού, των γονέων, τα επίπεδα εχθρότητας και ικανότητάς τους να καταλάβουν σημαντικές παρεμβάσεις για να βοηθήσουν τους ίδιους και τα παιδιά τους. Παρέχεται συμβουλευτική υποστήριξη στους γονείς σχετικά με την ανάπτυξη και την συμπεριφορά του παιδιού, την μείωση της εχθρότητας μεταξύ των γονέων με την παρέμβαση οικογενειακού συμβούλου (Theunissen, et al., 2017). Σημαντικό και απαραίτητο ρόλο στην εξέλιξη των παιδιών έπειτα το διαζύγιο έχει η συμβολή της οικογένειας. Μιας και το διαζύγιο αποδυναμώνει την δομή της οικογένειας, μειώνει το μέλλον και την εξέλιξη των παιδιών (εγκατάλειψη των σχολικών καθηκόντων τους, εκπαιδευτική αποτυχία, δυσκολία εύρεσης δουλειάς, μειωμένα έσοδα, πρώιμες σεξουαλικές εμπειρίες, χρήση ναρκωτικών ουσιών, αυξημένο ρυθμό εγκλημάτων-παραβάσεων, συναισθηματικές και ψυχιατρικές διαταραχές, αυτοκτονίες κτλ). Οι συνέπειες δίχως την κατάλληλη στήριξη και παρέμβαση από την πλευρά της οικογένειας είναι μακροχρόνιες και μερικές φορές μη θεραπεύσιμες, αφού τα παιδιά δεν μπορούν να επανέλθουν πλήρως. Τα κόστη περίθαλψης για την κοινωνία είναι πολύ μεγάλα, έτσι πρέπει να υπάρχει εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό που να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στα παιδιά όταν βιώνουν τις στρεσογόνες καταστάσεις μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Η διάθεση παροχών στα παιδιά αυτά για να μπορούν να έχουν μια απασχόληση εξασφαλίζοντας τα προς το ζην είναι απολύτως αναγκαία, αφού με τον

τρόπο αυτό μπορούν να αποτραπούν πολλές από τις προαναφερθείσες καταστρεπτικές συνέπειες (Cohen & Weitzman, 2017).

### **3.4. Συμπεριφορική Αντιμετώπιση**

Το σοβαρό άγχος, στρες και η αποδιοργάνωση που βιώνουν τα μέλη των χωρισμένων οικογενειών έπειτα από το διαζύγιο, έχουν περιγραφεί σύμφωνα με την διαχείριση που πραγματοποιήθηκε από τους ίδιους τους γονείς. Σημαντικός παράγοντας θεωρείται ο γονικός τρόπος αντιμετώπισης. Πολλοί γονείς είναι καταθλιπτικοί και στεναχωρημένοι, νιώθουν ανίκανοι και ακατάλληλοι να στηρίζουν τα παιδιά τους. Επίσης δεν αντιλαμβάνονται τις ανάγκες των παιδιών τους και έχουν λιγότερη επικοινωνία με αυτά. Στον πρώτο χρόνο μετά το διαζύγιο κυριαρχεί μια αρνητική αλληλεπίδραση γονέων-παιδιών (Leopold & Kalmijn, 2016). Τα πράγματα όμως αλλάζουν όταν συνειδητοποιούν την νέα πορεία της ζωής τους έπειτα το διαζύγιο. Οι μητέρες είναι εκείνες που θέτουν τα περισσότερα όρια στα παιδιά, δίνουν διάφορες εντολές, αλλά δεν ακολουθούν την κατάλληλη πειθαρχία. Η μειωμένη ικανότητα επίβλεψης λόγω έλλειψης χρόνου από την μεριά των μητέρων επιταχύνουν την αρνητική συμπεριφορά. Η μητέρα είναι η βασικός εμπνευστής της αρνητικής συμπεριφοράς, αφού ο αυξημένος ρόλος για την ανατροφή των παιδιών της αυξάνει τα συναισθήματα θυμού, οργής, κατάθλιψης, και αυτοαμφισβήτησης. Οι πατέρες από τη άλλη πλευρά συνηθίζουν να είναι περισσότερο χαλαροί, ανεκτικοί και υποχωρητικοί. Ο λόγος που και οι δυο γονείς δεν μπορούν να αποκριθούν στην ανατροφή και στις ανάγκες του παιδιού είναι το συναισθηματικό «χάος» που κυριαρχεί. Έτσι, οι χωρισμένοι γονείς έχοντας πλήρες εργασιακό ωράριο και περιορισμένο χρόνο καταναείμουν ισότιμα τις ευθύνες του νοικοκυριού στα παιδιά που μένουν σπίτι για να λειτουργεί ένα σωστό πρόγραμμα στην καθημερινότητά τους. Οι έφηβοι που αναλαμβάνουν το νοικοκυριό έχει παρατηρηθεί πως προσαρμόζονται επιτυχώς στα νέα καθήκοντά τους και επιπλέον είναι περισσότερο υπεύθυνα, ικανά, επαρκή και ανεξάρτητα

άτομα. Επίσης μπορούν να αναπτύξουν μια πιο ρεαλιστική άποψη για τους γονείς τους (Mandemakers & Kalmijn, 2014).

## **4. Κακοποίηση**

### **4.1. Λόγοι που προκαλούν την Κακοποίηση-Αιτίες**

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα 1 στα 10 παιδιά παγκοσμίως βιώνει την κακοποίηση. Κοινά ευρήματα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (children sexual abuse) παρατηρούν σε εφήβους ψυχιατρικές διαταραχές (άγχος, κατάθλιψη κτλ) και δυσκολία της συναισθηματικής ρύθμισης (έλεγχος συναισθημάτων) (Jose, et al., 2017). Το τραύμα στην παιδική ηλικία συσχετίζεται με την ανάπτυξη σχεδόν όλων των ψυχιατρικών διαταραχών, διατροφικών διαταραχών, αλλά και της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης και διάγνωσης διατροφικών διαταραχών στην διάρκεια ζωής, περιλαμβάνοντας συμπτώματα επεισοδιακής υπερφαγίας, νευρογενούς βουλιμίας και διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας (BED) (Utzinger, et al, 2016). Παιδική κακοποίηση ορίζεται το σύνολο των ενεργειών ή συμπεριφορών λειτουργίας ή παράλειψης από τον γονέα ή τον κηδεμόνα του παιδιού, το οποίο οδηγεί σε σωματική βλάβη, χτύπημα, τραυματισμό ή ενδεχόμενη πιθανότητα για τραυματισμό, χτύπημα ζημιά ή απειλή στο παιδί από την γέννηση έως την ηλικία των 17 ετών (Wong, et al., 2013). Η Παιδική κακοποίηση περιλαμβάνει επικίνδυνες λέξεις-λόγια ή ολοφάνερες πράξεις όπως σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική κακοποίηση και παραμέληση. Σωματική κακοποίηση είναι οποιοσδήποτε μη τυχαίος εκούσιος σωματικός τραυματισμός στο παιδί,



περιλαμβάνοντας χτύπημα, χαστούκισμα, κοπάνισμα, κλωτσιά, κάψιμο ή ακόμα και δάγκωμα ή κάθε ενέργεια που οδηγεί σε σωματική βλάβη του παιδιού. Η σεξουαλική εκμετάλλευση των παιδιών είναι ένα μέρος του ορισμού της σεξουαλικής κακοποίησης περιλαμβάνοντας την έκθεση του παιδιού και την εμπλοκή του σε συστήματα πορνείας και παιδικής πορνογραφίας. Παραμέληση ορίζεται η εσκεμμένη άρνηση στις βασικές ανάγκες του παιδιού όπου ο γονέας ή ο φροντιστής αδυνατεί – αποτυγχάνει να παρέχει επαρκή τροφή, στέγη, ρουχισμό, ιατροφαρμακευτική φροντίδα και περίθαλψη, ωστόσο τα εξαναγκάζει να κάνουν ακατάλληλα πράγματα για την ηλικία τους. Συναισθηματική – Ψυχολογική κακοποίηση ορίζεται ως «τραυματισμός» της ψυχολογικής ισορροπίας και συναισθηματικής σταθερότητας, σημαντική αλλαγή στην συμπεριφορά (συναισθηματική αντίδραση, επιθετική συμπεριφορά, άγχος και κατάθλιψη). Επίσης, εξασθένιση της κοινωνικής, συναισθηματικής και νοητικής ανάπτυξης του παιδιού, όπου η μεταβολή της συμπεριφοράς του οφείλεται στις συμπεριφορές του γονέα ή φροντιστή όπως η συνεχή εχθρότητα, αγνόηση, παραμέληση και απόρριψη (Wong, et al., 2013). Άλλο ένα στοιχείο της παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης είναι η έκθεση των γονιών και κυρίως της μητέρας σε απαγορευμένες ουσίες, φάρμακα κτλ. Η σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται μια από τις πιο σοβαρές μορφές παιδικής και εφηβικής κακοποίησης προκαλώντας σοβαρά προβλήματα πνευματικής και νοητικής υγείας, καθ όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Τα συμπτώματα των θυμάτων της σεξουαλικής κακοποίησης ποικίλουν ευρέως, σύμφωνα με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών βρέθηκαν διαφορές στον τύπο και την ένταση της κακοποίησης ανάλογα με το φύλο του παιδιού (Guerra, et al., 2018). Τα κέντρα Ελέγχου Ασθενειών και Πρόληψης αναγνωρίζουν τέσσερις κατηγορίες βίας περιλαμβάνοντας την σωματική, σεξουαλική κακοποίηση, απειλή σωματικής ή σεξουαλικής βίας και την ψυχολογική-συναισθηματική κακοποίηση. Σύμφωνα με το Εθνικό Σύστημα Παιδικής Κακοποίησης και Παραμέλησης, 695.000 παιδιά ήταν θύματα κακοποίησης και παραμέλησης το 2015. Τα 1537 πέθαναν, 78% ήταν θύματα παραμέλησης, 18% βίωσαν σωματική κακοποίηση, 9% είχαν σεξουαλική κακοποίηση, το 8% συναισθηματική ή ψυχολογική κακοποίηση και το 2% ιατρική παραμέληση. Το 10% αυτών των παιδιών βιώνουν άλλους τύπους κακοποίησης και παραμέλησης όπως η εγκατάλειψη, απειλή τραυματισμού, εκ γενετής – συγγενής εθισμός σε ναρκωτικά, ουσίες κτλ. Ο ρυθμός κακοποίησης και παραμέλησης ήταν παρόμοιος και για τα δυο φύλα, όμως πολλά νέα παιδιά ήταν τα θύματα, πιο συγκεκριμένα 48% <1 έτος, 14% στην ηλικία του

1, 12% στα 2 έτη και 6% στα 3 έτη (Nelson, et al., 2013). Παράγοντες κινδύνου παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης περιλαμβάνουν την έλλειψη κατανόησης των γονέων για την ανάπτυξη του παιδιού, ανεπαρκείς ικανότητες ανατροφής των γονέων ή φροντιστών, ιστορικό κακοποίησης των γονέων, κατάχρηση ουσιών στο περιβάλλον της οικογένειας, ανύπαντροι ή διαζευγμένοι γονείς, μη βιολογικοί γονείς, απουσία συναισθημάτων υποστήριξης, θετικών σκέψεων και ενθάρρυνσης. Στους παράγοντες κινδύνου της οικογένειας συμπεριλαμβάνονται η κοινωνική απομόνωση, η φτώχεια, η οικονομική κρίση και άλλα κοινωνικό-οικονομικά μειονεκτήματα όπως η ανεργία, η έλλειψη εκπαίδευσης, η οικογενειακή αποδιοργάνωση (διαζύγιο, συγκατοίκηση άλλου συντρόφου, βία, εντάσεις) και ανεπαρκής σχέση γονέα –παιδιού. Τα παιδιά που συνήθως είναι περισσότερο ευάλωτα σε καταστάσεις κακοποίησης είναι σε ηλικίες μικρότερες των 4 ετών, παιδιά με ειδικές ανάγκες και σωματική αναπηρία. Επίσης, η αναπτυξιακή καθυστέρηση, η μαθησιακή δυσκολία ή η διανοητική καθυστέρηση καθώς και άλλες συνθήκες αυξάνουν την επιβάρυνση των φροντιστών, όπως πρόωρος τοκετός, είσοδος σε μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών (ΜΕΘ) (Nelson, et al., 2013). Επιπλέον, υψηλότερος κίνδυνος κακοποίησης των παιδιών προκύπτει, εφόσον ο ίδιος ο γονέας δεν αντιλαμβάνεται ή δεν είναι έτοιμος για ένα τέτοιο γεγονός (απρόσμενη εγκυμοσύνη σε εφηβεία) ή δεν καλύπτει επαρκώς τις ανάγκες για την ανάπτυξη του παιδιού. Πολλές φορές αισθάνεται εξαντλημένος, συναισθηματικά φορτισμένος ή και ανίκανος να ανταπεξέλθει και να διαχειριστεί την συμπεριφορά του παιδιού του, έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το παιδί εστιάζοντας στην σχολική απόδοση του. Όταν το παιδί αντιμετωπίζει συμπεριφορικά θέματα όπως η διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να προκύψει μια πολύ δύσκολη διαχείριση και αντιμετώπιση από το οικείο περιβάλλον (Nelson, et al., 2013). Σε μια τέτοια περίπτωση δεν υπάρχει επικοινωνία και λόγος του παιδιού με τους γονείς/κηδεμόνες, κυριαρχεί η απομόνωση εξαιτίας της διαταραχής, η ανάγκη για το σταθερό και αμετακίνητο υλικό περιβάλλον, αλλά και η στερεοτυπία των κινήσεων. Για αυτό απαιτείται ενημέρωση των γονέων για την κατανόηση της διαταραχής, υπομονή και υποστήριξη του παιδιού στην καθημερινότητά του. Δυσμενή βιώματα παιδικής ηλικίας συνδέονται με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές, οι οποίες τροποποιούνται ως προς το δέσιμο, την προσκόλληση και την ασφάλεια, αναπτύσσοντας ψυχιατρικά συμπτώματα τα οποία μπορούν να επιδεινώσουν την ανάπτυξη του παιδιού, επιδρώντας στην πνευματική και σωματική υγεία στην ενήλικη

ζωή (Riber, 2017). Ένας ακόμα παράγοντας που προάγει την κακοποίηση είναι η άρνηση-απόρριψη του παιδιού σε πολιτισμικά πιστεύω, πεποιθήσεις και αντιλήψεις (Wong, et al., 2013).

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρει μερικά από τα δείγματα τραυματισμού τα οποία υποδεικνύουν παιδική κακοποίηση:

**Πίνακας 4-1 Δείγματα τραυματισμού υπαινικτικά παιδικής κακοποίησης**

Μώλωπες/Μελανιές σε βρέφος ή παιδί το οποίο δεν είναι ακόμα ευκίνητο
Μώλωπες σε πολύ λεπτές επιφάνειες προκαλώντας εξόγκωμα
Μώλωπες /Μελανιές σε πρόσωπο, αυτιά, κοιλιά, γεννητικά όργανα, οπίσθια, μπούτια
Πολλαπλές μελανιές /μώλωπες με το ίδιο σχήμα/ίδια μορφή ή το σχήμα ενός αντικειμένου (π.χ. ζώνη, ράβδο/βέργα ή ακόμα και ο γάντζος από την κρεμάστρα των ρούχων
Εγκαύματα/ Κάψιμο από την ένταση των χτυπημάτων και στα 2 άκρα, στα οπίσθια, ακόμα και πιθανή εξαναγκαστική εμβάπτιση σε βραστό νερό
Το γνωστό "πυροσφράγισμα" που προκύπτει από μαγειρικά σκεύη της κουζίνας ή αναπτήρα ή και από αναμμένο τσιγάρο
Κατάγματα σε πλευρά, ωμοπλάτη, στέρνο και οπίσθια
Πολλαπλά κατάγματα που προκύπτουν σε διαφορετικά στάδια της θεραπείας

Πηγή: Wong P Y., How C. H., Yi Wong P. C., (2013). Management of child abuse. Singapore Medical Journal. 54: 533-537.

## **4.2. Αξιολόγηση Συναισθημάτων και Συμπεριφοράς από τα Κακοποιημένα Παιδιά**

Συναισθηματική ρύθμιση (ER) είναι η κριτική ικανότητα του ατόμου να προσαρμόσει και να διατηρήσει την συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τις ψυχολογικές αντιδράσεις που αποτελούν το συναίσθημα. Υπάρχουν πολλά ψυχολογικά συμπτώματα και διαταραχές όπως είναι οι διατροφικές, τα προβλήματα ύπνου, πόνου, η αποκοπή- αποξένωση, ο μη αυτοκτονικός αυτό τραυματισμός (NSSI), το κάπνισμα και ο εθισμός που σχετίζεται με την συναισθηματική ρύθμιση (Demirci, 2018). Παρόλα αυτά, ένα συχνό φαινόμενο που παρατηρείται είναι και η «απόκρυψη» της κακοποίησης από τα ίδια τα θύματα. Παιδιά, αδέρφια, γονείς, φροντιστές, οικιακοί βοηθοί ή άλλα μέλη της οικογένειας δεν αποκαλύπτουν το γεγονός της κακοποίησης εξαιτίας του ενδεχόμενου φόβου τους για τις αρνητικές συνέπειες και τις επιπτώσεις που θα ακολουθήσουν. Νεαρά παιδιά δεν είναι ικανά να αναγνωρίσουν την έννοια της κακοποίησης, δεν έχουν την λεκτική ικανότητα να περιγράψουν το γεγονός εφόσον δεν γνωρίζουν ποιο είναι τελικά το πιο κατάλληλο και έμπιστο άτομο για να αποκαλύψουν την αλήθεια. Ωστόσο, τα ίδια τα παιδιά ίσως θέλουν να προστατέψουν τις οικογένειες τους ή να κρατήσουν κρυφό το περιστατικό της κακοποίησης εξαιτίας της ντροπής τους ή του φόβου τους ή και άλλων αιτιών (Nelson, et al., 2013). Παρόλα αυτά, τα κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν μια εξαιρετικά ασυνήθιστη επιθετική συμπεριφορά. Η συναισθηματική κακοποίηση επηρεάζει την υγιή ανάπτυξη του παιδιού, επιδρώντας στην συναισθηματική του κατάσταση. Παρατηρούνται σημάδια κατάθλιψης, καθυστερημένης ανάπτυξης, χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου καθώς και διατροφικά προβλήματα (Wong, et al., 2013).

### **4.3. Αντίκτυπο-Συνέπειες στην διατροφή και την ψυχολογία των παιδιών και στην μετέπειτα ζωή τους**

Οι αρνητικές επιδράσεις στην παιδική κακοποίηση εστιάζουν περισσότερο στον τομέα της ψυχοπαθολογίας. Βιώματα σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην διαχείριση και τον έλεγχο των συναισθημάτων τους (Demirci, 2018). Τα παιδιά αναπτύσσουν βίαιες, προσβλητικές συμπεριφορές, συμπεριφορές απομάκρυνσης-αποξένωσης, συναισθηματικές και διατροφικές διαταραχές. Επίσης, σε κακοποιημένα παιδιά διαπιστώθηκαν περισσότερα προβλήματα ύπνου σε σύγκριση με τα μη

κακοποιημένα. Αναλυτικότερα περιλαμβάνεται η μικρή διάρκεια ύπνου, συμπτώματα αϋπνίας, φτωχή ποιότητα ύπνου, ανεπάρκεια –δυσαρέσκεια ύπνου, υπνηλία και νύστα κατά τη διάρκεια της μέρας, κούραση, εξάντληση, ροχαλητό και εφιάλτες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για μη αυτοκτονικό αυτό-τραυματισμό (Demirci, 2018). Η σοβαρότητα της αϋπνίας είναι ισχυρά συνδεδεμένη με την σοβαρότητα των μετά τραυματικών στρεσογόνων διαταραχών και την ψυχιατρική συνοσηρότητα. Το συναισθηματικό φαγητό ή η κατανάλωση φαγητού ως αντίδραση σε αρνητικά συναισθήματα, είναι η «φυσιολογική» απάντηση του ατόμου σε έντονα συναισθήματα (Demirci, 2018). Επίσης, είναι κοινό σε άτομα με ιστορικό τραύματος παιδικής ηλικίας, να παρατηρείται άστατο διατροφικό πρόγραμμα και πρόσληψη βάρους. Παιδιά και έφηβοι βιώνουν διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνοντας το συναισθήμα και το φαγητό, τόσο ως αποτελέσματα συναισθημάτων (στρες, άγχος, στεναχώρια) τα οποία πυροδοτούν με την σειρά τους την αυξημένη κατανάλωση φαγητού. Το φαινόμενο αυτό ενισχύεται ακόμα από την κατάθλιψη, την κακοποίηση και την συναισθηματική δυσλειτουργία. Ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός (non-suicidal self injury: NSSI) έχει παρατηρηθεί πως είναι μεγαλύτερος σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές (Demirci, 2018). Παράλληλα, η αύξηση του ρυθμού υπερβαρότητας και παχυσαρκίας εμφανίζεται με αργό ρυθμό, ενώ της ακραίας παχυσαρκίας αναπτύσσεται πολύ γρηγορότερα (Salwen, et al., 2014). Τα Κέντρα Ελέγχου Ασθένειας και Πρόληψης (Centers for Disease Control & Prevention-CDC) αναφέρουν ότι περισσότερο από 147 δισεκατομμύρια δολάρια ξοδεύονται στην ιατρική περίθαλψη και το κόστος αυτό βρίσκεται σε συνεχή αύξηση. Η πολυδιάστατη μορφή της παχυσαρκίας προτείνει ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο, περιλαμβάνοντας ψυχοκοινωνικούς, περιβαλλοντικούς, γενετικούς, ενδοκρινολογικούς και παράγοντες θρέψης. Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες, η ανάπτυξη της παχυσαρκίας συνδέεται με σοβαρά ψυχολογικά επακόλουθα, όπως αυξημένο ρυθμό κατάθλιψης, απόπειρα αυτοκτονίας, υπερβολική κατανάλωση φαγητού (binge eating) και κυρίως συναισθηματικού φαγητού και μειωμένης ποιότητας ζωής. Άλλη μια συσχέτιση είναι των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με την παχυσαρκία, υποδεικνύοντας ότι όλα τα είδη κακοποίησης και των μορφών παραμέλησης των παιδιών κατέχουν σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η σεξουαλική και η σωματική κακοποίηση αποτελούν διπλό κίνδυνο στην ανάπτυξη παχυσαρκίας, όπως και άλλες μορφές κακοποίησης (συναισθηματική ή λεκτική κακοποίηση) είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη παχυσαρκίας ακόμα

και μετά τον έλεγχο για σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση. Επιπλέον, παχύσαρκα παιδιά είναι 9 φορές περισσότερο πιθανό να δέχονται παρενοχλήσεις, πειράγματα, γλευαστικά σχόλια, κοροϊδέματα ακόμα και μπούλινγκ από τα παιδιά φυσιολογικού βάρους. Η κακοποίηση στην παιδική ηλικία έχει και πολλές άλλες δυσμενείς συνέπειες στην πνευματική και σωματική υγεία κατά την ενήλικη ζωή. Μάλιστα έχει βρεθεί πως η πρόωμη σεξουαλική κακοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο για κατάθλιψη στις γυναίκες και στους άνδρες εκδηλώνεται με σωματική κακοποίηση της συντρόφου, αλλά και διπλή πιθανότητα για κατάθλιψη σε σχέση με των γυναικών (Salwen, et al., 2014). Η συναισθηματική κακοποίηση και η παραμέληση σχετίζονται με συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας και κατάχρηση ουσιών. Επίσης, στα παιδιά αυτά παρατηρείται χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμός, δυσκολία στις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις. Τόσο η συναισθηματική κακοποίηση όσο και η συναισθηματική παραμέληση επιδρούν αρνητικά στην συναισθηματική ανάπτυξη και ευημερία του παιδιού και προκύπτει ένα εχθρικό κλίμα μέσα στην οικογένεια. Αυτό αποτελεί ένα ισχυρό εμπόδιο ανάπτυξης, αλλά και δυσκολίας στην ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος μετά την κακοποίηση, ανεπαρκή συναισθηματική ρύθμιση καθώς παρατηρούνται και συμπεριφορές αυτοτραυματισμού (Berzenski, 2018). Αξίζει να σημειωθεί και το σοβαρό αντίκτυπο της σεξουαλικής κακοποίησης η οποία δημιουργεί τα πιο έντονα συμπτώματα. Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν την πολυπλοκότητα της εξέλιξης των συμπτωμάτων σε σεξουαλικά κακοποιημένους έφηβους. Τα συμπτώματα σχετίζονται με τα στρεσογόνα γεγονότα, δεν εξαρτώνται μόνο από τα χαρακτηριστικά του συμβάντος, αλλά κυρίως εστιάζουν στο πως το ίδιο το θύμα εκτιμά, αξιολογεί και διαχειρίζεται την κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, όσα άτομα εκτίθενται σε παρόμοιες καταστάσεις έχουν διαφορετικές συναισθηματικές αντιδράσεις και προβαίνουν σε διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης. Μερικοί από τους «γνωστικούς» παράγοντες που έχουν καταλήξει διάφορες έρευνες είναι η εντύπωση-αντίληψη του στιγματισμού, της προδοσίας και αυτοκατηγορίας από το θύμα. Επίσης, μέσω των μελετών μπορούν να προβλεφθούν τα συμπτώματα παιδιών, εφήβων και ενηλίκων που ήταν κακοποιημένα σεξουαλικά στην διάρκεια της παιδικής ηλικίας (Guerra, et al., 2018). Εξίσου σημαντική είναι και η «Μη ύπαρξη – Ανυπαρξία» μνημών του τραύματος από το θύμα, σημείο κρίσιμο στην κατανόηση του γεγονότος τελικά, αλλά και την αναβίωση του μετατραυματικού στρες (Αγχώδεις Διαταραχές Μετά-τραυματικών γεγονότων), εφόσον κατακερματίζεται η μνήμη από το τραυματικό γεγονός και

ενισχύονται τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Συνεπώς, μελέτες εξηγούν τις συσχετίσεις μεταξύ μετατραυματικού στρες και κατακερματισμού της μνήμης, οδηγώντας σε αποδιοργάνωση της μνήμης, μετατραυματικού στρες και διαταραχών με οξύ στρες. Αναφέρουν πως η ύπαρξη κατάλληλα εξειδικευμένης θεραπείας στα άτομα αυτά μετά την έκθεση τους στο τραυματικό γεγονός βελτιώνει την μνήμη τους έχοντας οργανωμένη περιγραφή και αφήγηση του τραύματος και μειώνει τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Miragoli, et al., 2017). Άλλη μια αρνητική επίδραση των δυσμενών βιωμάτων παιδικής ηλικίας (Adverse Childhood Experiences -ACEs) είναι τα ανεπαρκή αποτελέσματα υγείας των παιδιών στην ενήλικη ζωή. Μελέτες αξιολογούν τις συσχετίσεις των κινδύνων υγείας και την επίδραση των αρνητικών βιωμάτων, την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση των ενηλίκων και αν αυτά διαφοροποιούνται μετά το συμβάν της κακοποίησης ή άλλων κακουχιών. Σύμφωνα με την εφαρμογή του εργαλείου: Συμπεριφορικού Παράγοντα Κινδύνου του Συστήματος Παρακολούθησης (2012) που χρησιμοποιήθηκε για την μελέτη των παραγόντων κινδύνου από την κακοποίηση, εκτιμήθηκαν οι συσχετίσεις και το είδος των δυσμενών βιωμάτων παιδικής ηλικίας με πέντε παράγοντες κινδύνου υγείας (κατάθλιψη, παχυσαρκία, χρήση καπνού, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και αυτοαξιολόγηση υγείας). Επίσης, εκτιμήθηκαν επιπλέον μεταβλητές που αφορούν την κατάσταση των ενηλίκων όπως οι κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες, η εκπαιδευτική επιτυχία, ο γάμος, το διαζύγιο, το εισόδημα και η ασφαλιστική κάλυψη. Τα ευρήματα υποδεικνύουν τόσο άμεσα όσο έμμεσα την συσχέτιση μεταξύ των Δυσμενών Βιωμάτων Παιδικής Ηλικίας (ACEs) και κινδύνων για υγεία. Η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με σοβαρά προβλήματα υγείας σε ενήλικους πέρα από τις άλλες δυσκολίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ανεπαρκής υγεία στην ενήλικη ζωή διαφέρει ανάλογα με τον τύπο κακοποίησης, και πως η παιδική κακοποίηση είναι περισσότερο πιθανό να έχει άμεσο αντίκτυπο από άλλα δυσμενή βιώματα. Ένα σημαντικό μέρος της έρευνας έχει καταγράψει συσχετίσεις μεταξύ δυσμενών βιωμάτων περιλαμβάνοντας την παιδική κακοποίηση και την ανεπαρκή αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, τα οποία σχετίζονται με τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά (ειδικά την φτώχεια). Η συσχέτιση Δυσμενών Βιωμάτων Παιδικής Ηλικίας και Υγείας είναι ουσιαστική, μιας και τα βιώματα της παιδικής ηλικίας επηρεάζουν την υγεία και ευημερία τους στην μετέπειτα ζωή τους. Γενικά τα Δυσμενή Βιώματα Παιδικής Ηλικίας περιλαμβάνουν τους ακόλουθους τύπους δυσκολιών-

κακουχιών: σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση, έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία, διαζύγιο γονέων, η συμβίωση με ένα αλκοολικό ή σεσημασμένο άτομο ή πρώην φυλακισμένο ή ακόμα να πάσχει από διανοητική διαταραχή. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν πως τα θύματα από Δυσμενών Βιωμάτων Παιδικής Ηλικίας ήταν περισσότερο πιθανό να καπνίζουν, να έχουν μειωμένη αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας, να πάσχουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, σωματική αδράνεια, σοβαρή παχυσαρκία, όπως επίσης αυξημένο κίνδυνο υγείας για εθισμό στο αλκοόλ, στα ναρκωτικά, κατάθλιψη και αυξημένες απόπειρες αυτοκτονίας (Font & Maguire, 2016). Μια από τις σοβαρότερες επιπτώσεις στην υγεία θεωρείται και η παχυσαρκία. Η αύξηση του ρυθμού υπερβαρότητας και παχυσαρκίας εμφανίζεται να είναι σε «αργό» ρυθμό σε σύγκριση με τον ρυθμό της ακραίας παχυσαρκίας ο οποίος αναπτύσσεται πολύ γρηγορότερα. Είναι ένα πολυπαραγοντικό πρότυπο περιλαμβάνοντας ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, περιβαλλοντικούς, γενετικούς, ενδοκρινικούς και παράγοντες θρέψης, οι οποίοι πρέπει να κατανοηθούν για να αντιμετωπιστεί το εθνικό πρόβλημα υγείας. Η παχυσαρκία όσον αφορά του ψυχοκοινωνικούς παράγοντες έχει συνδεθεί με σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες και επακόλουθα όπως αυξημένους ρυθμούς κατάθλιψης, απόπειρα αυτοκτονίας, λαιμαργία στο φαγητό, συναισθηματικό φαγητό μειωμένη ποιότητα ζωής και πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία ( Σακχαρώδης Διαβήτης, Υπέρταση, Λιπώδη Διήθηση Ήπατος κτλ). Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συνδέονται με την παχυσαρκία που προκαλείται από την παιδική κακοποίηση. Η κακοποίηση σε όλες τις μορφές της, στην παιδική ηλικία έχει διπλάσιο κίνδυνο στην ανάπτυξη παχυσαρκίας. Ωστόσο, δεν είναι λίγες οι φορές που τα παχύσαρκα παιδιά βιώνουν το μπουλινγκ από συνομηλίκους τους, είναι 9 φορές περισσότερο πιθανό να δέχονται κοροϊδία, στιγματοποίηση, πειράγματα και παρενοχλήσεις για το υπερβάλλον βάρος τους από τα παιδιά και τους εφήβους με φυσιολογικό βάρος, αυξάνοντας την συναισθηματική κακοποίηση μέσα στον πληθυσμό αυτό (Salwen, et al., 2014).

Σχετικά με την συσχέτιση κακοποίησης και κινδύνου παχυσαρκίας στα παιδιά, διεξήχθη μια μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σε μητέρες που βίωσαν την σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, περιστατικά αλκοολισμού από τους γονείς και την ύπαρξη διανοητικής ασθένειας ενός ατόμου μέσα στην οικογένεια (Leonard, et al., 2017). Η κακοποίηση στην παιδική ηλικία οδηγεί σε παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή καθώς οι



παράγοντες που ενισχύουν το φαινόμενο είναι το συναισθηματικό φαγητό για να αντιμετωπιστεί το άγχος και η συναισθηματική κατάσταση. Η συναισθηματική ανισορροπία και η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες διατροφικές συμπεριφορές και παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή. Οι γυναίκες που είχαν βιώσει κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία τείνουν να προσλαμβάνουν υπερβάλλον βάρος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και οι κίνδυνοι για την ανάπτυξη παχυσαρκίας του μωρού είναι αρκετοί. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι πως η μητρική κακοποίηση στην παιδική ηλικία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (2-5 ετών) (Leonard, et al., 2017).

Παρόλα αυτά ισχυρή συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα στην κακοποίηση και την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών. Έπειτα από μελέτη που διεξήχθη σχετικά με το τραύμα παιδικής ηλικίας, γυναίκες με Νευρογενή Βουλιμία εμφάνισαν υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας και διαταραχών προσωπικότητας. Το δυσμενή γεγονός παιδικής ηλικίας κυρίως η σεξουαλική κακοποίηση, σχετίζονται άμεσα με την ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών καθώς και διατροφικών διαταραχών. Το ιστορικό κακοποίησης έχει άμεσο αντίκτυπο στην διάγνωση διατροφικών διαταραχών στην διάρκεια ζωής του ατόμου περιλαμβάνοντας μάλιστα και συμπτώματα υπερφαγίας (Utzinger, et al., 2016). Εξίσου σημαντική είναι και η συσχέτιση της Νευρογενούς Ανορεξίας με τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής (κακοποίηση σωματικής και ψυχολογικής) αφού χαρακτηρίζονται σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση χαμηλά επίπεδα σωματικού βάρους, δείκτη μάζας σώματος, θρεπτικής κατάστασης και μεταβολές των ορμονών του πλάσματος (Smiarowska, et al., 2014).

## **4.4. Αντιμετώπιση-Παρέμβαση**

### **4.4.1. Αυτό-αποτελεσματικότητα**

Η αυτό-αποτελεσματικότητα θεωρείται ένας από τους πιο γνωστικούς παράγοντες που θα μπορούσε να ερμηνεύσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις στα τραυματικά γεγονότα. Παρόλα αυτά, η έκθεση στην σεξουαλική κακοποίηση υποδεικνύει ότι η

αποτελεσματικότητα μπορεί να έχει ρόλο μεσολαβητή στην σχέση τραυματικού γεγονότος και συμπτωμάτων. Οι βίαιες καταστάσεις ελαττώνουν την αυτό-αποτελεσματικότητα του ατόμου να αντιληφθεί και να ερμηνεύσει ότι χρήζει άμεσης βοήθειας και υποστήριξης για να αντιμετωπίσει την κρίσιμη κατάσταση. Όπως αποδεικνύεται από μελέτες, άτομα με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα έχουν λιγότερες πιθανότητες να βιώσουν τα συμπτώματα και επακόλουθες συνέπειες των τραυματικών γεγονότων. Εύλογα έχει θεωρηθεί πως η αυτό-αποτελεσματικότητα επηρεάζεται από την βίαιη σεξουαλική κακοποίηση. Σε αντίθεση με τα άτομα χαμηλής αυτό-αποτελεσματικότητας, η συμπτωματολογία είναι μεγαλύτερη σε σεξουαλικά κακοποιημένα θύματα. Η αυτό-αποτελεσματικότητα μπορεί να λειτουργήσει ως μια στρατηγική προσπάθεια-συμπεριφορά του θύματος να διαχειριστεί την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Η αυτό-αποτελεσματικότητα μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη αυτοπεποίθησης των εφήβων με τέτοιο τρόπο που να ανταπεξέρχονται σε επίλυση προβλημάτων, αλλά και σε διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις (σε γνωστικό επίπεδο αρχικά και έπειτα σε συμπεριφορικό) (Guerra, et al., 2018).

#### **4.4.2. Πρόληψη-Αντιμετώπιση:**

Σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, τις αιτίες που προάγουν την κακοποίηση, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα παιδιά καθώς και τις συνολικές συνέπειες σε διατροφή και ψυχολογία, κρίνεται αναγκαία η αντιμετώπιση μιας τόσο σοβαρής κατάστασης (Nelson, et al., 2013). Έχει ιδιαίτερη σημασία διότι ο πληθυσμός των παιδιών είναι εξαιρετικά ευάλωτος και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και συγκεκριμένη προστασία. Δικαιούται μια υγιή ζωή και μια παιδική ηλικία φυσιολογική, μακριά από την κακοποίηση και την εκμετάλλευση (Wong, et al., 2013). Αρχικά αυτό που προτείνεται είναι η ανάλυση όλων εκείνων των παραγόντων κινδύνου υγείας και των συν-μεταβλητών που ενισχύουν το φαινόμενο της κακοποίησης (όπως είναι ο συμπεριφορικός κίνδυνος, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά κτλ) (Font & Maguire, 2016). Στόχος λοιπόν είναι η βελτίωση των Υπηρεσιών Προστασίας Παιδιού (Child Protective Services) από ένα πιθανό διαζύγιο ή και την διάλυση των οικογένειας, στήριξη των παιδιών στις νόμιμες υποθέσεις που αφορούν τα θύματα κακοποίησης και προστασία τους από ένα περιβάλλον που αυξάνει τον κίνδυνο

για κακοποίηση κατ' εξακολούθηση. Πρόκειται για μια υπηρεσία που κύριο μέλημα της είναι η σωστή και οργανωμένη παρέμβαση για αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης. Σε οικογένειες με αυξημένο κίνδυνο για παιδική κακοποίηση παρέχονται υπηρεσίες προστασίας, συμβουλευτική υποστήριξη για την σωστή ανάπτυξη και ανατροφή του παιδιού. Επίσης, άλλες υπηρεσίες περιλαμβάνουν την υποστήριξη της οικογένειας, την παροχή στέγης εφόσον απαιτείται, την φροντίδα του παιδιού, την εκπαίδευση και την βοήθεια των γονέων για εργασιακή απασχόληση. Σημαντικές είναι οι αξιολογήσεις-εκτιμήσεις της οικογένειας για την διασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για το παιδί, όπως η ψυχοθεραπεία, συμπεριφορική αντιμετώπιση πνευματικών προβλημάτων υγείας, καταχρήσεως ουσιών κτλ. Οι περισσότερες υπηρεσίες πρόληψης στοχεύουν από το κράτος στην νοσοκομειακή και ιατρική περίθαλψη σε περιστατικά κακοποίησης, ενώ από την κοινότητα σε προγράμματα επισκέψεως στο σπίτι κατάλληλα εξειδικευμένου προσωπικού (Nelson, et al, 2013). Απαραίτητη είναι και η «εκπαίδευση» των παιδιών για το πώς θα προφυλάξουν τον εαυτό τους σε μια ενδεχόμενη απόπειρα σεξουαλικής κακοποίησης. Εκπαιδευτικοί και γονείς που παρέχουν την φροντίδα στα παιδιά καθώς περνάνε τον περισσότερο χρόνο της ημέρας με αυτά μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά μαθαίνοντάς τα, τα μέρη του σώματός τους. Η εκπαίδευση ότι μερικά σημεία του σώματος είναι ιδιωτικά, είναι ιδιαίτερα σημαντική και δεν θα πρέπει να βλέπουν, αγγίζουν άλλοι άνθρωποι, με εξαίρεση τους φροντιστές στην χρήση της τουαλέτας. Ακόμα τα παιδιά είναι απαραίτητο να καταλάβουν πως έχουν κάθε δικαίωμα να απορρίπτουν και να αρνούνται κάθε είδους άγγιγμα από οποιοδήποτε άνθρωπο που τα κάνει να νιώθουν άβολα ή αμήχανα. Άλλο ένα σημαντικό και καθοριστικό σημείο για την πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση είναι η ενημέρωση των παιδιών σχετικά με παρόμοια περιστατικά/επεισόδια σε ένα ενήλικο άτομο το οποίο εμπιστεύονται και να μην μένει κρυφό (Wong, et al., 2013).

#### **4.4.3. Οικογενειακή Υποστήριξη**

Η συμβολή της οικογενειακής υποστήριξης προάγει την αυτό-αποτελεσματικότητα και την διαχείριση δραστηρίων στρατηγικών σε εφήβους. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της υποστήριξης που υπάρχει από την οικογένεια στο θύμα προκειμένου να εκφράσει την ανάγκη του/της να δεχτεί την κατάλληλη βοήθεια για την αντιμετώπιση των δυσκολιών

(Guerra, et al., 2018). Στα μέτρα πρόληψης εντάσσεται και η συμβολή της οικογένειας, όπου διαθέτοντας το δημόσιο τις απαραίτητες ειδικότητες επιστημόνων υγείας, συμβουλεύουν τους γονείς για το πώς να συμπεριφέρονται και να αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους. Πιο συγκεκριμένα, οι συμβουλές των ειδικών εστιάζουν σε οικογένειες με παιδιά «δύσκολα» στην χειραφέτηση, απαιτητικά και παρορμητικά, αυξημένου κινδύνου συνεπώς για κακοποίηση από γονείς και κηδεμόνες. Αυτό που χρειάζεται από τους γονείς είναι η δημιουργία ενός σταθερού και ξεκάθਾਰου πλαισίου από κανόνες, η εκδήλωση αγάπης και τρυφερότητας στα παιδιά, καθώς και να είναι ψύχραιμοι και συνεπείς στις υποχρεώσεις τους. Επίσης, να αναζητάνε βοήθεια και συμβουλευτική υποστήριξη τόσο σε σχολικούς συμβούλους, παιδοψυχολόγους/παιδοψυχιάτρους ή ακόμα και σε Κοινωνικούς λειτουργούς σε Κέντρα Υπηρεσίας Οικογενειών ή Συμβουλευτικά Κέντρα (Wong, et al., 2013). Από την άλλη πλευρά τρέχουσας σημασίας πέρα από την φροντίδα των παιδιών είναι η ίδια η υποστήριξη προς τους γονείς. Πιο συγκεκριμένα, γονείς που αντιμετωπίζουν είτε ψυχολογικά προβλήματα είτε σωματικά προβλήματα (αναπηρία κτλ), κοινωνικά προβλήματα (χρήστες ουσιών ή πρώην κατάδικοι) είναι πολύ σημαντικό να βοηθηθούν και οι ίδιοι και τα παιδιά τους. Στις περιπτώσεις αυτές την κατάσταση διαχειρίζεται μια ολόκληρη διεπιστημονική ομάδα η οποία συνεργάζεται με γονείς και παιδιά, με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής της οικογένειας και την εξασφάλιση της ευημερίας (Guerra, et al., 2018).

## **5. Φτώχεια**

### **5.1. Συσχέτιση της φτώχειας με την υγεία και την διατροφή των παιδιών**

Πολλές οικογένειες έχουν βιώσει την «οικονομική στέρηση» στην διάρκεια της πρόσφατης οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη, είτε με την απώλεια εργασίας είτε με την μείωση του εισοδήματος, καθώς όλα τα μέλη της οικογένειας επηρεάζονται από την κατάσταση αυτή και βιώνουν ένα αβέβαιο μέλλον (Blom, et al.,2018). Με τον όρο φτώχεια αρχικά αποτυπώνονται πολλές εικόνες από τις συνθήκες έλλειψης και ανεπάρκειας. Ακόμη, η έννοια αυτή παραπέμπει σε έλλειψη οικονομικών πηγών, αλλά και κοινωνικού αποκλεισμού. Πολλά είναι τα παιδιά που φέρνουν στο νου τους πολλές εικόνες από τις επιδράσεις της φτώχειας, στις οποίες η σοβαρή οικονομική στέρηση θέτει σε κίνδυνο την υγεία και ανάπτυξη τους (Duncan, 2017). Πιο συγκεκριμένα, ο ρυθμός της φτώχειας στα παιδιά στις Ηνωμένες Πολιτείες παραμένει υψηλός για πάνω από 40 χρόνια. Σύμφωνα με επίσημα δεδομένα περίπου 1 στα 5 παιδιά ζουν σε οικογένειες με εισοδήματα κάτω από το όριο της φτώχειας (23.834 \$ για μια τετραμελή οικογένεια το 2014). Ο ρυθμός της φτώχειας στην παιδική ηλικία είναι δείκτης ζωτικής σημασίας για την ευημερία των παιδιών. Με τον δείκτη αυτό αποκαλύπτεται πόσα παιδιά βιώνουν την φτώχεια, εφόσον τα ετήσια οικογενειακά έσοδα είναι ανεπαρκή για την κάλυψη βασικών αναγκών τους. Παρόλα αυτά, ο δείκτης του ρυθμού παιδικής φτώχειας παρέχει μια σταθερή ένδειξη, η οποία χρησιμοποιείται για να περιγράψει την επεκτεινόμενη εικόνα της φύσης, καθώς και τις συνέπειες της οικονομικής στέρησης. Ως εκ τούτου παρέχεται ένα

σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση και τη συσχέτιση του εισοδήματος, της στέρησης στην παιδική ηλικία, την κατάσταση υγείας και τις ευκαιρίες των παιδιών να πετύχουν στην μετέπειτα ζωή τους (Chaudry,2016). Η συσχέτιση της φτώχεις οικονομικά κατάστασης με την επίδραση στην διατροφή είναι ισχυρή. Μεταξύ των χαρακτηριστικών υγείας και παιδικής παχυσαρκίας έρευνες υποστηρίζουν πως περισσότερο από το 40 % του παιδικού πληθυσμού ήταν παχύσαρκο σε φτωχές οικογένειες, 30 % ήταν περισσότερο πιθανό να έχουν άσθμα και παιδιά από φτωχές οικογένειες ήταν 4 φορές περισσότερο πιθανό να μην έχουν διατηρήσει μια καλή κατάσταση υγείας. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά αυτά ήταν σχεδόν 9 φορές περισσότερο πιθανό να βιώνουν μια «αβέβαιη» πρόσληψη φαγητού και 7 φορές περισσότερες πιθανότητες μια έφηβη να γίνει μητέρα σε νεαρή ηλικία (Chaudry,2016). Επιπλέον το φαινόμενο του παραδόξου της παχυσαρκίας ερμηνεύει την κατάσταση εισοδήματος και διατροφής. Η παχυσαρκία είναι μια ασθένεια σε παγκόσμια κλίμακα και αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες, μάλιστα ο αριθμός των παχύσαρκων ανθρώπων συνεχίζει να αυξάνεται και ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) η παχυσαρκία αναγνωρίζεται ως το μεγαλύτερο δημόσιο πρόβλημα υγείας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση 300.000 άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως, εξαιτίας της παχυσαρκίας και των επιμέρους νοσημάτων-ασθενειών που προκαλούνται από το υπερβάλλον σωματικό βάρος. Αναλυτικότερα, η οικονομική κρίση-ανέχεια παραπέμπει σε δύσκολες καταστάσεις επιβίωσης όπου αφορούν την στέγαση, σίτιση, υπόδηση κτλ. Ωστόσο, παρατηρούνται παρ όλες τις δύσκολες συνθήκες υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας τα οποία δεν μπορούν εύκολα να δικαιολογηθούν. Μια εξήγηση σε αυτά είναι ότι η δυσχερής οικονομική κατάσταση της οικογένειας την οδηγεί σε «φθηνές» οικονομικά διατροφικές επιλογές, οι οποίες υστερούν σε ποιότητα, αλλά οδηγούν σε αύξηση σωματικού βάρους μιας και είναι πλούσια είτε σε κορεσμένα λιπαρά οξέα, υδρογονωμένα λίπη, αλάτι, επεξεργασμένα κρεατοσκευάσματα με προστιθέμενες ύλες είτε απλά σάκχαρα, χαμηλά σε φυτικές ίνες κτλ. Οι μελέτες που διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες κατέληξαν στο ότι υψηλότερους ρυθμούς παχυσαρκίας περίπου 45% είχαν τα νοικοκυριά με χαμηλότερο εισόδημα σε σύγκριση με τις πλουσιότερες περιοχές. Η οικονομική διάσταση της φτώχειας εξαπλώνεται ανάμεσα στην κοινωνία, παρέχοντας το ελάχιστο μέσο διαβίωσης σε βασικές ανάγκες, βιολογική υποβάθμιση, ή ακόμα απειλητικό για τη ζωή. Επιπλέον, παρατηρείται μείωση στην ποσότητα της κατανάλωσης σε βασικά αγαθά όπως η ζάχαρη, βόειο κρέας, ζωικό λίπος και μήλα. Τα έξοδα για το

φαγητό μέσα στις φτωχές οικογένειες περιορίζονται καθώς ο μέσος όρος σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά είναι δυσμενή εξαιτίας των «λανθασμένων» διατροφικών συνηθειών. Η άστατη και μη οργανωμένη λήψη φαγητού καταλήγει κυρίως σε πρωτεϊνική ανεπάρκεια και πρωτεϊνικό καταβολισμό. Η μειωμένη λήψη φρούτων και ωμών λαχανικών με την αυξημένη κατανάλωση λίπους και χοληστερόλης οδηγεί σε μια αδύναμη σωματική και νοητική ανάπτυξη των παιδιών, με αυξημένο τον κίνδυνο για ανάπτυξη παχυσαρκίας. Ακόμη, η επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης μειώνει τις δαπάνες σε ιατρικής και οδοντικής φύσεως υπηρεσίες, αγορά φαρμάκων και συμπληρωμάτων βιταμινών πιθανή αιτιολογία είναι η έλλειψη συνηθειών υγείας και ευρωστίας. Άλλο ένα φαινόμενο που παρατηρείται σε μερικές φτωχές οικογένειες είναι η απουσία σε βασικές πρακτικές υγιεινής όπως το καθημερινό πλύσιμο, η γυμναστική-άσκηση καθώς και ο επαρκής ύπνος. Η έλλειψη σε στοιχειώδεις πρακτικές υγείας συνδυάζονται με συχνές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα ή η κατανάλωση αλκοόλ, τα οποία χειροτερεύουν την υγεία των ατόμων και προάγουν την ανάπτυξη ποικίλων ασθενειών κι νοσημάτων. Παρόλο που οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν σε ενήλικες, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στα παιδιά έχει αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία χρόνια από το 6% σε 17% σε παιδιά ηλικία 12-19 ετών στις ΗΠΑ. Η παχυσαρκία της παιδικής ηλικίας που εκδηλώνεται σε περιβάλλον φτώχειας εκτός από τα σοβαρά προβλήματα υγείας που αναπτύσσονται (Σακχαρώδης Διαβήτης II, καρδιακή πάθηση, υπέρταση και αυξημένος κίνδυνος παχυσαρκίας σε ενήλικη ζωή) επιδρούν και άλλοι ψυχολογικοί και σωματικοί παράγοντες κινδύνου (Zukiewicz, 2014). Η συμπεριφορά ανατροφής των γονέων και των πρακτικών τους αλληλεπιδρούν στην ανάπτυξη των παιδιών και στην διαμόρφωση διατροφικών συνηθειών. Το υπερβολικό σωματικό βάρος σε παιδιά και εφήβους συμβάλλει στην ανάπτυξη διανοητικών διαταραχών, κατάθλιψης και διατροφικών διαταραχών (Chaudry,2016). Η φτώχεια της οικογένειας με την ύπαρξη παράλληλα παχυσαρκίας σχετίζεται με ανεπαρκή πρόσβαση σε φρέσκο και υγιεινό φαγητό, αυτό αποτελεί και μια σημαντική αιτία αύξησης της παχυσαρκίας. Πιο συγκεκριμένα, επιλέγονται οι πιο «οικονομικές-φθηνές» τροφές που δεν είναι άλλες από τις επεξεργασμένες, πλούσιες σε «περιττές» θερμίδες. Τα άστατα γεύματα αναγκάζουν τον ανθρώπινο οργανισμό να προσαρμοστεί σε μια νέα κατάσταση, συγκεντρώνοντας την ενέργεια στην μορφή σωματικού λίπους δίχως να «γνωρίζει» πότε και πόσο θα είναι το επόμενο γεύμα (Zukiewicz, 2014).

### **5.1.1. Συνέπειες στα παιδιά**

Παιδιά όπου βιώνουν την φτώχεια συγκεκριμένα στο Ηνωμένο Βασίλειο, είναι περισσότερο πιθανό είτε να πεθάνουν στο πρώτο χρόνο της ζωής τους, είτε να γεννηθούν με χαμηλό βάρος γέννησης, ή να σιτίζονται αποκλειστικά από τα μπιμπερό. Ακόμα μπορεί είτε να γίνονται παθητικοί καπνιστές, να πάσχουν από άσθμα, να γίνονται υπέρβαρα, ή να παρουσιάζονται σε άσχημη κατάσταση υγιεινής στο σχολείο ή να πεθάνουν σε κάποιο ατύχημα. Επίσης, για παιδιά με νοσήματα ή ασθένειες εκ γενετής όπως η ινοκυστική νόσος, λόγω οικονομικής αδυναμίας της οικογένειας, εμφανίζεται μια λιγότερο "καλή" ανάπτυξη, ανεπαρκή λειτουργία πνευμόνων, αυξημένος κίνδυνος σε λοιμώξεις, μολύνσεις και μεταδόσεις ψευδομονάδας (Whitehead, et al., 2017). Μια από τις επιπτώσεις μακροπρόθεσμα στα παιδιά είναι ότι τα παιδιά που προέρχονται από φτωχές οικογένειες κάνουν λιγότερα παιδιά σε σχέση με εκείνα των πιο εύπορων οικογενειών. Καλούνται μάλιστα να αντιμετωπίσουν ένα ευρύ φάσμα των συνθηκών υγείας, αναπτυξιακών και διανοητικών καταστάσεων, εκπαιδευτικών εκβάσεων, κακουχίες αλλά και πρόωρες γεννήσεις σε σχετικά νεαρή ενήλικη ζωή (Chaudry, 2016). Παράλληλα η φτώχεια δυσχεραίνει την υγιή ανάπτυξη των παιδιών επηρεάζοντας τα με ποικίλους τρόπους. Το οικογενειακό περιβάλλον στα φτωχότερα νοικοκυριά βιώνει περισσότερο τους στρεσογόνους παράγοντες (άγχος, πίεση, στρες κτλ) στην καθημερινότητά του από τα πιο εύπορα νοικοκυριά. Σύμφωνα με αυτή την οπτική δυσχεραίνεται η ομαλή ανάπτυξη των παιδιών, εφόσον οι γονείς προσπαθώντας να καλύψουν τα έξοδα του νοικοκυριού (λογαριασμούς, συντήρηση σπιτιού, καύσιμα, σούπερ μάρκετ, φροντιστήρια, ένδυση κτλ) αναγκάζονται να περικόψουν κι άλλο τα ημερήσια έξοδα. Η δύσκολη αυτή κατάσταση προξενεί εντάσεις μέσα στην οικογένεια και επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία τους. Οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, το στρεσογόνο περιβάλλον που υπάρχει, απομακρύνει την οικογένεια, με αποτέλεσμα η ανατροφή των παιδιών και η ανάπτυξή τους να μην αποτελεί πρωταρχικό στόχο. Η χαμηλής ποιότητας ανατροφή πολλαπλασιάζει το άγχος των παιδιών και ουσιαστικά βλάπτει την ανάπτυξή τους. Ο χώρος στον οποίο μένουν συνήθως είναι είτε εγκαταλελειμμένα σπίτια με ανεπαρκείς εγκαταστάσεις, ερημωμένα οικόπεδα ακατάλληλα για να φιλοξενήσουν ανθρώπους, ή γειτονιές γεμάτες κόσμο, με πολύ θόρυβο και συνήθως αυξημένους ρυθμούς βίας και εγκληματικότητας. Η σωματική κατάσταση υγείας των παιδιών επηρεάζεται από υψηλότερα επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης, από κάπνισμα των γονέων, τους ρύπους



των αυτοκινήτων αλλά και τις βιομηχανικές εκπομπές. Αυτές οι περιβαλλοντικές συνθήκες ζωής δημιουργούν ψυχολογικό και συναισθηματικό στρες στα παιδιά και επιδεινώνουν την κοινωνικό-συναισθηματική, σωματική, πνευματική και διανοητική ανάπτυξη και ευημερία (Duncan, et al., 2017)

### **5.1.2. Επιπτώσεις σε σωματική και νοητική ανάπτυξη**

Η παιδική πνευματική κατάσταση στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι ιδιαίτερα ευάλωτη, περίπου 1 στα 8 παιδιά ηλικίας 10-15 ετών ανέφεραν συμπτώματα νοητικής διαταραχής το 2011-2012. Άμεση επίδραση στην σωματική και πνευματική κατάσταση υγείας του παιδιού έχει η πνευματική υγεία της μητέρας. Οι συνέπειες υγείας των παιδιών καλύπτουν ένα πολύπλοκο και εκτεταμένο εύρος. Η ανεπαρκής πνευματική υγεία σχετίζεται με απουσία κατάλληλων εκπαιδευτικών επιτυχιών, ανεπαρκή εκπαίδευση, καθυστερημένη διανοητική και γνωστική ανάπτυξη, κοινωνική απομόνωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυτοσεβασμό, προβλήματα υγείας σε ενήλικη ζωή και λιγότερη διάρκεια ζωής (Whitehead, et al., 2017). Επίσης, επιδρά σε διάφορες περιοχές της ανάπτυξης του εγκεφάλου, οι οποίες είναι κρίσιμες για την ανάπτυξη της γλώσσας, την ανάληψη και εκτέλεση καθηκόντων και της μνήμης. Αυτό μπορεί να εξηγήσει τις διαφορές στα ακαδημαϊκά επιτεύγματα ( Luby, 2013). Από την άλλη πλευρά η κατάσταση της φτώχειας φέρνει αντιμέτωπα τα παιδιά να εγκαταλείψουν το σχολείο προκειμένου να δουλέψουν και να βοηθήσουν την οικογένεια τους. Αυτή η απόφαση συχνά οδηγεί σε πολλά κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα συμπεριφοράς όπως η επιθετικότητα, παραβατικότητα και παρεκτροπές, ενώ πολλές φορές παρατηρούνται υψηλότεροι ρυθμοί γονιμότητας εκτός γάμου και εγκληματικών ενεργειών (ληστείες, συλλήψεις, επιθέσεις κτλ) (Whitehead, et al., 2017).

### **5.1.3. Επίδραση στην ψυχολογία τους**

Οι επιβλαβείς επιδράσεις της φτώχειας των παιδιών που εκτίθενται είναι να έχουν μειωμένη σχολική απόδοση, αυξημένο κίνδυνο για αντικοινωνικές και επιθετικές συμπεριφορές και ψυχικές διαταραχές. Αναπτυξιακά ελλείμματα έχουν παρατηρηθεί στην βρεφική και νηπιακή ηλικία. Η φτώχεια αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, ενώ

σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα 1 στα 5 παιδιά διαβιώνει κάτω από το όριο της φτώχειας. Σύμφωνα με έρευνα που μελέτησε την σχέση μεταξύ φτώχειας και ανάπτυξης του εγκεφάλου στην παιδική ηλικία ανιχνεύτηκε ότι η χαμηλότερη κοινωνικό-οικονομική κατάσταση σχετίζεται με λιγότερο όγκο σε φαιά ουσία και ιππόκαμπο ( Luby, 2013). Οι περιοχές αυτές του εγκεφάλου περιλαμβάνουν την ρύθμιση του άγχους, της πίεσης και της εξέλιξης του συναισθήματος, είναι ευαίσθητες σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα (Luby, 2013). Η φτώχεια και το χαμηλό εισόδημα της οικογένειας, η οποία δεν μπορεί να προσφέρει στα παιδιά αυτά που χρειάζονται προκαλεί θλίψη και στεναχώρια τόσο σε γονείς όσο και σε παιδιά αφού, μειώνονται οι δυνατότητες των παιδιών να εξελιχθούν και να προχωρήσουν σε εκπαιδευτικό και επαγγελματικό επίπεδο, εξασφαλίζοντας μια κοινωνικό-οικονομική σιγουριά. Ακόμα, επηρεάζονται οι σχέσεις γονέων-παιδιών, διότι η μειωμένη επικοινωνία μεταξύ τους δημιουργεί ένα χάσμα με λιγότερη φροντίδα, θαλπωρή, προσοχή, αλλά ενισχύει μια σκληρή, αρνητική και πειθαρχική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά (Chaudry,2016).

## **5.2. Παρέμβαση-Αντιμετώπιση**

Προτού να γίνουν όλες οι απαραίτητες ενέργειες για την παρέμβαση και αντιμετώπιση των συνεπειών της φτώχειας αξίζει να γίνει αναφορά στα δικαιώματα του παιδιού. Σύμφωνα με τον Διεθνή Κανόνα των Δικαιωμάτων του Παιδιού (UNCRC), ο οποίος τα αναγνωρίζει, οι γονείς έχουν έναν καίριο ρόλο στην προάσπιση, προστασία και εξασφάλιση των δικαιωμάτων των παιδιών. Ο κανόνας αυτός δίνει έμφαση στην ανατροφή των παιδιών και σε θέματα ζωτικής σημασίας, εστιάζει στον τρόπο που οφείλουν οι γονείς να υποστηρίζουν και να προστατεύουν τα δικαιώματα των παιδιών τους. Βασική υποχρέωση των γονέων είναι να διασφαλίσουν την ευημερία για τα παιδιά τους και ένα σημείο ζωτικής σημασίας είναι να έχουν όλα τα παιδιά ΙΣΕΣ ευκαιρίες σε ποικίλους τομείς, για να διασφαλίσουν τις ουσιώδεις συνθήκες διαβίωσης των παιδιών και των οικογενειών τους. Ο ρόλος της οικογένειας και της υποστήριξης των γονέων είναι απαραίτητος. Γι αυτό ο τύπος της οικογένειας, οι συνήθειες της, τα ήθη, έθιμα, οι παραδόσεις, η εργασία, το κοινωνικό, μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο των γονέων

αξιολογούνται. Όλα τα παραπάνω λαμβάνονται υπόψη και ελέγχονται από τους αρμόδιους φορείς σχετικά με την προστασία, φροντίδα και ανατροφή των παιδιών. Σκοπός της κοινωνίας είναι η υποστήριξη των οικογενειών που έχουν ανάγκη και η αντιμετώπιση των δυσμενών επιπτώσεων της φτώχειας στα παιδιά τους. Εστιάζουν λοιπόν στα συναισθήματα των γονιών, στις δυσκολίες που προκύπτουν από την οικονομική δυσκολία, αλλά και στον τρόπο που εφαρμόζουν τα γονικά καθήκοντα απέναντι στα παιδιά τους. Καθώς επίσης και στην ικανότητα τους να αντιλαμβάνονται τις συναισθηματικές διακυμάνσεις των παιδιών, να συζητούν με τα ίδια και να τα συμβουλεύουν ενθαρρύνοντάς τα, προάγοντας την πνευματική και συναισθηματική ανάπτυξη (Sandbaek, 2017). Πρωτεύον ρόλο για την πραγματοποίηση των παραπάνω κατέχει ο ρόλος της εκπαίδευσης των γονέων, η οποία επιτρέπει μια καλύτερη κατανόηση στα θέματα υγείας, στη διατροφή και σωματική δραστηριότητα. Επιπλέον, η εκπαίδευση εξασφαλίζει μια πιο σωστή αντίληψη στις ιατρικές συμβουλές και συστάσεις, όπως αναφέρεται σε έρευνα "οι αμόρφωτοι άνθρωποι καταναλώνουν λιγότερα φρούτα και λαχανικά" σε σχέση με άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Zukiewicz, et al., 2014). Σχετικά με τις κοινωνικές τάξεις στα υψηλότερα εισοδήματα παρατηρείται χαμηλότερος κίνδυνος παχυσαρκίας (Zukiewicz, et al., 2014). Η δημιουργία αυτών των ικανοτήτων επικεντρώνεται σε προγράμματα υποστήριξης ανατροφής, εστιάζοντας σε προγράμματα γονικής εκπαίδευσης, μέσω τηλεφωνικής γραμμής, υπηρεσιών προστασίας της οικογένειας και παροχής εκπαίδευσης σε ομάδες γονέων. Σύμφωνα με αναφορά της Πολιτικής Υποστήριξης Ανατροφής υποστηρίζεται πως μπορούν να μειωθούν οι παράγοντες κινδύνου αλλά και να βελτιωθεί η κατάσταση υγείας και εκπαιδευτικής επιτυχίας των παιδιών. Οι δυνατότητες ανατροφής και η συνεισφορά στην ανάπτυξη των παιδιών ενισχύονται από την συμβουλευτική υποστήριξη και τα εκπαιδευτικά προγράμματα. Άλλος ένας στόχος των πολιτικών τακτικών είναι η μείωση του καθημερινού άγχους, στεναχώριας και πίεσης που οφείλεται στην φτώχεια, την ανεργία, την ανεπαρκή κατάσταση υγείας, την στέγαση και την εκπαίδευση. Η πιο συχνή υποστήριξη προς τους γονείς σε φτωχά νοικοκυριά είναι η οικονομική ενίσχυση, σημαντικό ρόλο κατέχει και η υποστήριξη ανατροφής, εφόσον λαμβάνονται υπόψη η εκπαίδευση των γονέων, η ικανότητα τους για την ανατροφή των παιδιών στην μορφή και το είδος, η σχέση γονέα-δασκάλου, η οικογενειακή παρέμβαση για την προστασία του παιδιού και υπηρεσίες ευημερίας της οικογένειας. Οι γονείς οφείλουν να δημιουργήσουν καλές σχέσεις με τα

*Δασκαλάκη Ελένη, «Ψυχο-Τραυματικά γεγονότα (Ptd) σε παιδιά προσχολικής, σχολικής, εφηβικής ηλικίας και η επίδραση αυτών στη διατροφή και την ψυχολογία κατά την ενηλικίωση τους»*

παιδιά τους, να εξασφαλίσουν μια θετική επικοινωνία με αυτά σεβόμενοι τα δικαιώματά και τις προσδοκίες τους. Ακόμα είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να αναγνωρίζουν, να ερμηνεύουν και να αντιλαμβάνονται διάφορα "σημάδια" από τις συμπεριφορές των παιδιών. Οι επισκέψεις στο σπίτι είναι ένα από τα πιο συχνά προγράμματα υποστήριξης. Μέρος των Στρατηγικών Επένδυσης δίνουν επίσης έμφαση στην ολοκλήρωση των εκπαιδευτικών σπουδών των παιδιών με σκοπό να διασφαλίζουν την ικανότητα για πιθανή εργασιακή απασχόληση στο μέλλον των παιδιών που προέρχονται από φτωχά νοικοκυριά. ( Sandbaek, 2017).

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σύμφωνα με όσα έχουν προηγηθεί στις παραπάνω ενότητες έγινε αναφορά στις αιτίες, τους παράγοντες που προάγουν το κάθε φαινόμενο, τις επιπτώσεις που επιφέρουν καθώς και στους τρόπους παρέμβασης, πρόληψης και αντιμετώπισης τους. Παρατηρήθηκε ωστόσο από τα αποτελέσματα ότι υπάρχει συσχέτιση των παραγόντων μεταξύ τους, πιο συγκεκριμένα μεταξύ διαζυγίου – φτώχειας, παιδικής παραμέλησης –κακοποίησης, διαζυγίου-κακοποίησης και φτώχειας-κακοποίησης.

Η φτώχεια αποτελεί την πλέον άμεση συνέπεια της κρίσης με έναν αρκετά μεγάλο αριθμό οικογενειών (γονείς και παιδιά) να δοκιμάζονται καθημερινά. Στην Ελλάδα, παιδιά, ηλικιωμένοι, ανύπαντρες μητέρες, διαζευγμένες και μονογονεϊκές οικογένειες, άνεργοι, άτομα με ειδικές ανάγκες, άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές και οι μετανάστες αντιμετωπίζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας ή ακόμα και κοινωνικού αποκλεισμού.

Βραχυχρόνια, η πτώση κάτω από το όριο της φτώχειας ή ο φόβος του κοινωνικού αποκλεισμού περιλαμβάνει όσους ισορροπούσαν οριακά πάνω από αυτό το όριο και ανήκαν σε μια από τις πιο ευάλωτες ομάδες. Γεγονότα που αφορούν την οικογένεια (όπως διάλυση γάμου, κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία, απόκτηση παιδιού) κτλ έχουν μεγάλη σημασία, οικογένειες με παιδιά περιορίζουν δαπάνες για φροντίδα και φύλαξη, υλική στέρηση.

Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου για τους εργαζόμενους, οι υπερωρίες και η πίεση της δουλειάς επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του εργαζόμενου ανθρώπου αφού απομακρύνεται από την οικογένεια τους φίλους και καταλήγει να είναι εσωστρεφής και πιεσμένος. Αξιοσημείωτη είναι η συσχέτιση της απώλειας ελεύθερου χρόνου με πολλά διαζύγια. Όσον αφορά την συσχέτιση των στρεσογόνων συμβάντων με

την παιδική κακοποίηση τα αίτια που συμβάλλουν είναι πολυπαραγοντικά για αυτό ακριβώς και απαιτείται ευελιξία και προσαρμογή των παρεμβάσεων ανάλογα με το θύμα, τον θύτη και το είδος της κακοποίησης. Λόγω της αυξημένης συχνότητας και διάστασης που έχει λάβει το συγκεκριμένο θέμα κρίνεται απαραίτητη η συντονισμένη προσπάθεια. Περιλαμβάνοντας εξειδικευμένους επαγγελματίες καταρτισμένους στις καταστάσεις αυτές, ένα ενιαίο σχέδιο δράσης όχι μόνο σε εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο, για την σωστή και πλήρη αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας των θυμάτων όπως και την πρόληψη από κάθε άλλη ενδεχόμενη απόπειρα κακοποίησης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### *Ξενογλώσση Βιβλιογραφία*

- Andersen J., (2014). The impact of family structure on the health of children: Effects of divorce. *The Linacre Quarterly*.81: 378–387.
- Benedan L., Martine B. Powell, Zajac R., Jarrad A.G. Lum & Snow P. (2018) Suggestibility in neglected children: The influence of intelligence, language, and social skills. *Child Abuse & Neglect*,79:51-60.
- Berzenski R. S., (2018). Distinct emotion regulation skills explain psychopathology and problems in social relationships following childhood emotional abuse and neglect. *Development and Psychopathology*. 1-14.
- Bland V., J., Lambie I., & Best Charlotte (2018) Does childhood neglect contribute to violent behavior in adulthood? A review of possible links. *Clinical Psychology Review*, 60: 126–135.
- Blom N., Kraaykamp G., & Verbakel E., (2019). Current and Expected Economic Hardship and Satisfaction with Family Life in Europe. *Journal of Family Issues*. 1: 3–3
- Cahall Young J. & Spatz Widom C., (2014). Long-term Effects of Child Abuse and Neglect on Emotion Processing in Adulthood. *Child Abuse Neglect*, 38: 1369–1381.
- Chaudry A., & Wimer C., (2016). Poverty is Not Just an Indicator: The Relationship Between Income, Poverty, and Child Well-Being. *Academic Pediatric*. 16:23-29.
- Cohen J. G., & Carol C. Weitzman C. C. (2017). Helping Children and Families Deal with Divorce and Separation *American Academy of Pediatrics*,138: 261–274.
- Demirci E., (2018). Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation? *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 53: 17–21.
- Duncan J. G., Magnuson K., & Votruba-Drzal E., (2017). Moving Beyond Correlations in Assessing the Consequences of Poverty. *Annular Reversion Psychology*. 68: 413–

434.

Font A. S., & Maguire-Jack K., (2016). Pathways from Childhood Abuse and Other Adversities to Adult Health Risks: The Role of Adult Socioeconomic Conditions. *Child Abuse Neglect*, 51: 390–399.

Frommberger U., Angenendt J., & Berger M., (2014). Post-Traumatic Stress Disorder— a Diagnostic and Therapeutic Challenge. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111: 59–65.

Fry P.S., & Addington J., (1985). Perceptions of parent and child adjustment in divorced families. *Clinical Psychology Review*, 5: 141-157.

Guerra C., Farkas C., & Moncada L., (2018). Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: Association with self-efficacy, coping and family support. *Child Abuse & Neglect*, 76: 310–320.

Hagan J. M., Gentry M., Ghosh Ippen C., & Lieberman F. A., (2017). PTSD With and Without Dissociation in Young Children Exposed to Interpersonal Trauma. *Journal of Affective Disorders*, 17: 165-327.

Hansen M., Hyland P., Karstoft K.I., Vaegter B. H., Rikke H. Bramsen H. B., Nielsen B.S. A., Armour C., Andersen B.S., Høybye T. M., Simone Kongshøj Larsen S. K., & Andersen T.E., (2017). Does size really matter? A multisite study assessing the latent structure of the proposed ICD-11 and DSM-5 diagnostic criteria for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 8: 111-122.

Isohookana R., Marttunen M., Hakkoc H., Riipinenc P., & Riala K. (2016). The impact of adverse childhood experiences on obesity and unhealthy weight control behaviors among adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 71:17-24.

José M., van Hoof, Bianca G. van den Bulk, Rombouts S. R. B., Mirjam A.W. Rinne-Albers, N. J.A. van der Wee, Jzendoorn M.N.I., Vermeiren R. J.M., (2017). Emotional face processing in adolescents with childhood sexual abuse-related posttraumatic stress disorder, internalizing disorders and healthy controls. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 264: 52–59.

Karos K., Niederstrasser N., Abidi L., Bernstein P. D., & Bader K., (2014). Factor



*Δασκαλάκη Ελένη, «Ψυχο-Τραυματικά γεγονότα (Ptd) σε παιδιά προσχολικής, σχολικής, εφηβικής ηλικίας και η επίδραση αυτών στη διατροφή και την ψυχολογία κατά την ενηλικίωση τους»*

Structure, Reliability, and Known Groups Validity of the German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (Short-Form) in Swiss Patients and Nonpatients. *Journal of Children Sexual Abuse*, 23:418–430.

Kohak E.E. & Kilih C., (2017). Cognitive Dysfunctions in Posttraumatic Stress Disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*.159:483-491.

Krüger-Gottschalk A., Knaevelsrud C., Rau H., Dyer A., Schäfer I., Schellong J., & Ehring T., (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *Bmc Psychiatry*, 17:379.

Leonard S.A., Petito L.C., Rehkopf D. H., Ritchie L. D. & Abrams B., (2017). Maternal History of Child Abuse and Obesity Risk in Offspring: Mediation by Weight in Pregnancy. *Childhood Obesity*, 13: 1-8.

Leopold T., & Kalmijn M. (2016). Is Divorce More Painful When Couples Have Children? Evidence from Long-Term Panel Data on Multiple Domains of Well-being. *Demography*,53: 1717-1742.

Luby J., Belden A., Botteron K., Marrus N., Harms P. M., Babb C., Nishino T., & Barch D., (2013). The Effects of Poverty on Childhood Brain Development the Mediating Effect of Caregiving and Stressful Life Events. *JAMA Pediatrics*. 12: 1135-1142.

Mandemakers J.J., & Kalmijn M., (2014). Do mother's and father's education condition the impact of parental divorce on child well-being? *Social Science Research*,44:187-199.

Marx M., Young Y.S., Harvey J., Rosenstein D., & Seedat S., (2017). An Examination of Differences in Psychological Resilience between Social Anxiety Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in the Context of Early Childhood Trauma. ORIGINAL RESEARCH *Frontiers in Psychology*, 8:1149-1157.

Miragolia S., Camisasca E., & Di Blasio P., (2017) Narrative fragmentation in child sexual abuse: The role of age and post-traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*. 73:106–114.

Nelson h. D., Selph S., Bougatsos C., & Blazina I., (2013). Behavioral Interventions and

Counseling to Prevent Child Abuse and Neglect: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Child Abuse and Neglect Prevention*. 98: 1-17.

Petersen I., Bhana A., Flisher J. A., Swartz L., & Richer L., (2010). Promoting mental health in scarce- resource contexts. *Human Sciences Research Council*.1: 3-18.

Pratt J., Keeley, Skelton Joseph A., Ihuoma Eneli., David N., Coliler & Lazorick S., (2018). Providers' Involvement of Parents, Families, and Family Dynamics in Youth Weight Management Programs. *Global Pediatric Health* 5: 1-11.

Riber K., (2017). Trauma complexity and child abuse: A qualitative study of attachment narratives in adult refugees with PTSD. *Transcultural Psychiatry*. 0: 1–30.

Roque P.A., (2015). Pharmacotherapy as Prophylactic Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 36:740–751.

Salwen K. J., Hymowitz G. F., Vivian D., & O'Leary K. D., (2014). Childhood abuse, adult interpersonal abuse, and depression in individuals with extreme obesity. *Child Abuse & Neglect*. 38: 425–433.

Sandbæk M., (2017). European Policies to Promote Children's Rights and Combat Child Poverty. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.14: 837.

Suisman Lynn J., Burt S., A. Gue M., Lacono W. G., & Klump K.L., (2011). Parental Divorce and Disordered Eating: An Investigation of a Gene-Environment Interaction. *Institute Journal Eating Disorder* 44:169-177.

The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, (2005). Post-traumatic stress Disorder The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. *British Psychological Society*. 26: 1098-1170.

Theunissen M. H. C., Velderman M. K., Cloostermans A. P. G., & Reijneveld S.A., (2017). Emotional and behavioural problems in young children with divorced parents. *The European Journal of Public Health*.27: 840–845.

Tim M. Mulder, Kimberly C. Kuiper, Claudia E. van der Put, Geert-Jan J.M. Stams, M. A., (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77: 198–210

- Utzinger M. L., Haukebo J. E., Heather Simonich , Wonderlich S.A. , Li Cao, M.S., Lavender M. J., Mitchell J. E., Engel S. G., & Crosby R. D., (2016). A Latent Profile Analysis of Childhood Trauma in Women with Bulimia Nervosa: Associations with Borderline Personality Disorder Psychopathology. *Institute Journal Eating Disorder*. 49: 689–694.
- Weaver J., & Schofield T. (2015). Mediation and Moderation of Divorce Effects on Children’s Behavior Problems. *Journal Family Psycholog.*, 29:39-48.
- Wickham S., Anwar E., Barr B., Law K., & Taylor-Robinson D., (2016). Poverty and child health in the UK: using evidence for action. *Arch Disease Children* .101:759–766.
- Wickham S., Whitehead M., & Taylor-Robinson D., (2017). Ben Barr The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Lancet Public Health*. 2: 141–148.
- Wong P Y., How C. H., Yi Wong P. C., (2013). Management of child abuse. *Singapore Medical Journal*. 54: 533-537.
- Yannakoulia M., Papanikolaou K., Hatzopoulou I., Efstathiou E., Papoutsakis C., & Dedoussis V., G., (2008). Association Between Family Divorce and Children’s BMI and Meal Patterns:The GENDAI Study. *Obesity* 16: 1382–1387.
- Zhao F., Bi L., Chen M-C., Wu Y-L., & Sun Y-H. (2018). The prevalence and influencing factors for child neglect in a rural area of Anhui province: a 2-year follow-up study. *p u b l i c health*, 155: 110-118.
- Zhou X., Zhen R., & Wu X., (2017). Posttraumatic stress disorder symptom severity and control beliefs as the predictors of academic burnout amongst adolescents following the Wenchuan Earthquake. *European Journal of Psychotraumatology*, 8: 232-245.
- Żukiewicz-Sobczak W., Wróblewska P., Zwoliński J., Chmielewska-Badora J., Adamczuk P., Krasowska E., Zagórski J., Oniszczyk A., Piątek J., & Silny W., (2014). Obesity and poverty paradox in developed countries. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 21:590–594.

*Δασκαλάκη Ελένη, «Ψυχο-Τραυματικά γεγονότα (Ptd) σε παιδιά προσχολικής, σχολικής, εφηβικής ηλικίας και η επίδραση αυτών στη διατροφή και την ψυχολογία κατά την ενηλικίωσή τους»*

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.