

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**«ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ  
ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΟΥΚΕΡΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ-ΜΑΡΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΡΤΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2016**

**«ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ  
ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας συνέβαλλαν πολλοί και διαφορετικοί άνθρωποι, ο καθένας με το δικό του ξεχωριστό τρόπο. Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου για τη συμπαράσταση και την ηθική υποστήριξη που μου προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.*

*Ιδιαίτερα, όμως, ευχαριστίες θα ήθελα να απονέμω στον επιβλέπων καθηγητή μου, τόσο για την υπομονή και την υποστήριξη, όσο και για τις επικοινωνιακές υποδείξεις, που μου έδειξε στην προσπάθειά μου αυτή. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν όλα αυτά τα χρόνια.*

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μετατραυματική διαταραχή στρες αναπτύσσεται σε παιδιά και εφήβους που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων.

Η εκδήλωση της διαταραχής έπειτα από τραυματικό στρες μαζί με άλλη νόσο είναι συχνή και οι επιπρόσθετες διαγνώσεις τίθενται εφόσον το παιδί πληρεί τα κριτήρια και για κάποια άλλη διαταραχή. Σε πληθώρα ερευνών αναφέρεται «συνοσηρότητα» με καταθλιπτικές διαταραχές, με άλλες αγχώδεις διαταραχές, με χρήση ουσιών και αλκοόλ, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, διαταραχή διαγωγής και εναντιωματική προκλητική διαταραχή.

Η νοσηλευτική φροντίδα παιδιού και εφήβου με μετατραυματικό στρες περιλαμβάνει την πρόληψη του τραύματος, την ανίχνευση της πρώιμης συμπτωματολογίας, την προστασία του από αυτοκαταστροφική και αυτοκτονική συμπεριφορά, την ανάκτηση της εμπιστοσύνης στον εαυτό του και στους άλλους, την ενίσχυση της αυτοέκφρασης, την κάλυψη των συναισθηματικών του αναγκών, τη συμβουλευτική της οικογένειας, την επανασύνδεσή του με τους συνομηλίκους του και τις δραστηριότητές του, καθώς και την εξασφάλιση συνεχιζόμενης παρακολούθησης της θεραπευτικής του πορείας.

***Λέξεις κλειδιά:** μετατραυματικό στρες, παιδικός πληθυσμός, έφηβος, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, θεραπεία, πρόληψη.*

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

## SUMMARY

Traumatic stress disorder develops in children and adolescents has happened to an extreme traumatic event, which includes to experience, to witness or to confront actual or threatened death, serious injury or threat of physical integrity of his own or other (Koenen, & Widom, 2009).

The onset of the disorder after traumatic stress along with other disease are frequent and additional diagnoses made if the child meets the criteria for another disorder. In numerous investigations indicated "comorbidity" with depressive disorders, other anxiety disorders, with substance abuse and alcohol, attention deficit and hyperactivity disorder, conduct disorder and oppositional defiant disorder (Belivanaki, et al., 2006, Paraschakis, 2008, Koenen, & Widom, 2009).

Nursing care of a child and teenager with PTSD includes prevention of trauma, detection of early symptoms, freedom from self-destructive and suicidal behavior, regain confidence in himself and in others, the strengthening of self-expression, coverage of emotional needs, family counseling, reconnected with his peers and his activities, and ensuring ongoing monitoring of the treatment course.

***Keywords:*** PTSD, pediatric population, adolescent, nursing interventions, treatment, prevention.

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

## Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
SUMMARY.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ.....	9
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	9
1.2 Ορισμός και συμπτώματα του μετατραυματικού στρες στα παιδιά.....	10
1.3 Μετατραυματική ψυχοπαθολογία σε παιδιά και εφήβους.....	14
1.4 Διαγνωστική προσέγγιση.....	16
1.5 Επιδημιολογία.....	17
1.6 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	18
1.7 Συνέπειες του «τραύματος».....	19
1.8 Προγνωστικοί παράγοντες.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ.....	23
2.1 Οικογένεια και παιδί – έφηβος με μετατραυματικό στρες.....	23
2.2 Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.....	24
2.3 Ενσυναίσθητική θεραπευτική επικοινωνία.....	25
2.4 Αποκατάσταση της έννοιας του ελέγχου.....	26
2.5 Θεραπευτική αξιοποίηση των εκφραστικών μέσων.....	28
2.6 Τεχνικές χαλάρωσης.....	30
2.7 Αντιμέτωπιση διαταραχών ύπνου.....	31
2.8 Κάλυψη διατροφικών αναγκών σε παιδιά και εφήβους με μετατραυματικό στρες.....	31
2.10 Επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες.....	32
2.11 Θεραπεία της τραυματικού στρες στην εφηβική ηλικία: Ψυχοφαρμακολογία.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΜΕΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ.....	35
3.1 Ο νοσηλευτής και το παιδί – έφηβος με μετατραυματικό στρες.....	35
3.2 Πρόληψη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας σε παιδιά και εφήβους.....	36
3.3 Νοσηλευτικό ιστορικό.....	37
3.4 Νοσηλευτική εκτίμηση.....	38
3.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	40

# **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	44
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	51

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο παιδικός πληθυσμός είναι ευάλωτος και απόλυτα εξαρτώμενος, δημιουργώντας το δικό του κόσμο αισθημάτων, σκέψεων καθώς και αντιλήψεων. Τα βιώματα των παιδιών από την οικογένεια, το σχολείο και την κοινωνία καταγράφονται συναισθηματικά επηρεάζοντας τη συμπεριφορά, τις σχέσεις, τις συνήθειες και γενικότερα όλη τους τη ζωή. Επιπρόσθετα, οι ανεπεξέργαστες απωθημένες τραυματικές εμπειρίες των παιδιών, αν και παραμένουν ασυνείδητες, εξακολουθούν να επιδρούν και στην μετέπειτα ενήλικη ζωή τους (Paraschakis, 2008).

Όλα τα παιδιά κατά την παιδική τους ηλικία δοκιμάζουν αγχωτικά γεγονότα, τα οποία δύναται να έχουν κάποιες επιπτώσεις στον συναισθηματικό τους κόσμο. Τις περισσότερες φορές, όταν τα παιδιά εκτίθενται σε τραυματική εμπειρία που τους προκάλεσε αρνητικά συναισθήματα και στρες, μετά από ένα σύντομο διάστημα παροδικής αποσταθεροποίησης ανακάμπτουν, χωρίς να εμφανίζουν κάποια σοβαρά συνακόλουθα προβλήματα (Belivanaki, et al., 2006).

Ωστόσο, υπάρχουν φορές που οδυνηρά ή ιδιαίτερα αγχογόνα γεγονότα, όπως για παράδειγμα η κακοποίηση, η ενδοοικογενειακή βία, η απειλή από ακραία φυσικά φαινόμενα ή η διαμονή σε εμπόλεμη ζώνη βιώνονται «τραυματικά» και έχουν σοβαρές και μακροχρόνιες συνέπειες ιδιαίτερα στον παιδικό πληθυσμό, καθορίζοντας την ψυχοσυναισθηματική τους ανάπτυξη και υγεία με αποτέλεσμα να απειλείται σοβαρά η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής τους. Κατ' επέκταση, όταν τα παιδιά έχουν βιώσει με ένταση εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις που θεωρούνται «τραυματογόνες» και οι εκδηλώσεις από αυτές συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα ή φαίνεται ότι παραμένουν, χρειάζονται ουσιαστική βοήθεια με συνεχή υποστήριξη από το περιβάλλον τους και ειδική φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας (Belivanaki, et al., 2006).

Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας με πολυδιάστατο και καθοριστικό θεραπευτικό ρόλο, ο οποίος συνδυάζει την πρόληψη, την κλινική φροντίδα, τη συμβουλευτική και την αποκατάσταση εμπλέκονται ενεργά στη φροντίδα των παιδιών. Ειδικότερα, ανιχνεύουν και εντοπίζουν την προειδοποιητική μετατραυματική συμπτωματολογία σε παιδιά και η δραστηριοποίησή τους αφορά στην κοινότητα, στον κλινικό χώρο και στους χώρους εκπαίδευσης παιδιών,



## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

παρέχοντας σε αυτά αισθήματα ασφάλειας και σταθερότητας, αλλά και ενισχύοντας την αυτοέκφρασή τους μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας που χαρακτηρίζεται από την αποδοχή χωρίς όρους. Επιπρόσθετα, οι κοινοτικοί, οι κλινικοί καθώς και οι σχολικοί νοσηλευτές μέσα από το εξειδικευμένο επαγγελματικό τους έργο έχουν τη δυνατότητα να διασυνδέουν τα παιδιά με ειδικούς, να ενημερώνουν και να συνεργάζονται, καθώς και να κατευθύνουν συμβουλευτικά τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς για τη στήριξη τους, την ανάκτηση της λειτουργικότητάς τους και την αποκατάστασή τους σε ψυχολογικό και σε κοινωνικό επίπεδο (Belivanaki, et al., 2006).

Τέλος, ο έγκαιρος εντοπισμός και η εκτίμηση των συναισθηματικών, αλλά και των γενικότερων αναγκών του παιδιού μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος αποτελούν τον οδηγό για το σχεδιασμό της φροντίδας του, καθώς και για τις θεραπευτικές εξατομικευμένες επιλογές που θα ακολουθηθούν (Belivanaki, et al., 2006).

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τόσο τα παιδιά όσο και οι έφηβοι, ζώντας σε ένα κόσμο με σαρωτικές αλλαγές και απρόβλεπτα ακραία γεγονότα έχουν συχνά βιώματα τα οποία είναι ιδιαίτερα αγχογόνα και αρκετές φορές τραυματικά, ώστε να ακυρώνουν κάθε μηχανισμό προσαρμογής τους. Τραυματικές εμπειρίες για ένα παιδί ή έναν έφηβο μπορεί να είναι η έκθεση σε φυσικές καταστροφές, σε συνθήκες όπως ο πόλεμος και η τρομοκρατία, σε καταστάσεις θυματοποίησης (φυσική ή σεξουαλική κακοποίηση), σε ατυχήματα με συνέπεια σοβαρό τραυματισμό και αναπηρία ή με απώλεια αγαπημένου προσώπου, σε απειλητικές ασθένειες και επώδυνες νοσηλείες, καθώς και σε καταστάσεις ενδοοικογενειακής και εξωοικογενειακής βίας (Caffo, & Belaise, 2003).

Η νοσηλευτική φροντίδα παιδιού και εφήβου μετά από τραυματικό γεγονός περιλαμβάνει την πρόληψη του τραύματος, την ανίχνευση της πρώιμης συμπτωματολογίας, την προστασία του από αυτοκαταστροφική και αυτοκτονική συμπεριφορά, την ανάκτηση της εμπιστοσύνης στον εαυτό του και στους άλλους, την ενίσχυση της αυτοέκφρασης, την κάλυψη των συναισθηματικών του αναγκών, τη συμβουλευτική της οικογένειας, την επανασύνδεσή του με τους συνομηλίκους του και τις δραστηριότητές του, καθώς και την εξασφάλιση συνεχιζόμενης παρακολούθησης της θεραπευτικής του πορείας (Caffo, & Belaise, 2003).

Τα τραυματικά βιώματα επηρεάζουν άμεσα ένα παιδί σε φυσικό, διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, έχοντας επιπτώσεις στην ομαλή ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη, στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του και στην ποιότητα της παιδικής και της ενήλικης ζωής του (Paraschakis, 2008). Ο εκάστοτε νοσηλευτής χρειάζεται να γνωρίζει θεραπευτικές τεχνικές για να φροντίσει παιδιά μετά από βίωση τραυματικού γεγονότος στην κοινότητα, αλλά και σε κλινικό περιβάλλον. Τέλος, κρίνεται αναγκαίο να διαμορφωθούν προγράμματα νοσηλευτικής φροντίδας που να βασίζονται σε ενδείξεις από συστηματικές ανασκοπήσεις (Belivanaki, et al., 2006).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>:**

### **ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ**

#### **1.1 Ιστορική αναδρομή**

Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα και συγκεκριμένα κατά την διάρκεια του Αμερικανικού Εμφυλίου πολέμου περιγράφηκε από τον στρατιωτικό ιατρό DaCosta το σύνδρομο «η καρδιά του στρατιώτη» ή «ευερέθιστη καρδιά» και αναφερόταν στα συμπτώματα διαταραχής του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δηλαδή την ταχυκαρδία, την εφίδρωση, τα θωρακικά άλγη, το αίσθημα παλμών στο στήθος, την νευρικότητα, το ανεξήγητο άγχος, καθώς και τις διαταραχές του ύπνου, σε στρατιώτες που μετείχαν στις πολεμικές επιχειρήσεις. Αργότερα, κατά τον Α Παγκόσμιο Πόλεμο, το ίδιο σύνδρομο αναφέρθηκε ως «σοκ των οβίδων», και αποδόθηκε σε πιθανές εγκεφαλικές βλάβες από τις εκρήξεις των οβίδων κοντά στους στρατιώτες (Jones, Fear, & Wessely, 2007).

Στις αρχές του εικοστού αιώνα, κάτω από την έντονη επίδραση της ψυχανάλυσης στις Η.Π.Α., το σύνδρομο ονομάστηκε «τραυματική νεύρωση», ενώ η ανάλογη συμπτωματολογία που αναπτύχθηκε σε βετεράνους του Β Παγκοσμίου πολέμου, σε επιζήσαντες από τα ναζιστικά στρατόπεδα συγκέντρωσης και από τις ατομικές βόμβες στην Ιαπωνία ονομάστηκε «επιχειρησιακή κόπωση» ή «νεύρωση της μάχης». Το μετατραυματικό σύνδρομο καθορίστηκε με τη σημερινή έννοια έπειτα από τη μεγάλη νοσηρότητα που παρατηρήθηκε στους βετεράνους του Βιετνάμ (Jones, Fear, & Wessely, 2007).

## **1.2 Ορισμός και συμπτώματα του μετατραυματικού στρες στα παιδιά**

Για τον παιδικό πληθυσμό, δεν υπάρχουν σαφή κριτήρια συγκεκριμένων εκδηλώσεων των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες. Η οξεία διαταραχή στρες διαγιγνώσκεται όταν το τραυματικό στρες ή τα διασπαστικά συμπτώματα αρχίζουν μέσα σε 3 ημέρες μετά από την έκθεση σε τραυματικό γεγονός και διαρκεί στην οξεία του μορφή για περίπου 1 μήνα (Connor, et al., 2015).

Για παιδιά ηλικίας από 7 ετών και άνω τα διαγνωστικά κριτήρια του μετατραυματικού στρες συμπεριλαμβάνονται σε 4 συστάδες συμπτωμάτων που προκύπτουν ή επιδεινώνονται μετά από την έκθεση σε τραυματικό γεγονός. Αυτά τα συμπτώματα παρουσιάζονται για διάρκεια μεγαλύτερη από 1 μήνα σχετίζονται με κλινική αγωνία και μειωμένη λειτουργικότητα (Connor, et al., 2015).

Η έκθεση σε τραυματικό γεγονός σε παιδιά ηλικίας <6 ετών, αφορά (Connor, et al., 2015):

1. Άμεση έκθεση τραυματικού γεγονότος στον εαυτό τους (άμεσα βιώνουν τα τραυματικά γεγονότα).
2. Άμεση έκθεση τραυματικού γεγονότος σε άλλους, ως μάρτυρας.
3. Εκμάθηση της έκθεσης τραυματικού γεγονότος από ένα στενό συγγενή ή στενό φίλο (μαθαίνοντας για παράδειγμα ότι το τραυματικό γεγονός εμφανίστηκε σε έναν γονέα).
4. Η επανειλημμένη έκθεση σε ανατριχιαστικές λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος από άλλους.

Όσο αναφορά την αναβίωση του τραυματικού γεγονότος συμπεριλαμβάνονται τα εξής (Connor, et al., 2015):

- I. Ανεπιθύμητες αναμνήσεις ή δυσφορία που σχετίζονται με τις υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος (επαναλαμβανόμενες, ακούσιες και παρεμβατικά οδυνηρές μνήμες του τραυματικού γεγονότος).
- II. Εφιάλτες των τραυματικών γεγονότων ή συναισθηματική δυσφορία (περιλαμβάνονται οι νυχτερινοί τρόμοι για τα παιδιά).

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

- III. Οι αναδρομές στο παρελθόν (βιώνουν τραυματικά γεγονότα σαν να συνέβαιναν την ίδια στιγμή).
- IV. Έντονη ή παρατεταμένη ψυχολογική δυσφορία σε υπενθυμίσεις τραύματος.
- V. Φυσιολογικές αντιδράσεις σε υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος.

Η αποφυγή των ερεθισμάτων (συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων, τόπων, συζητήσεων, δραστηριοτήτων, υπενθυμίσεων που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός αφορούν (Connor, et al., 2015):

1. Αποφυγή της εσωτερικής υπενθύμισης του τραυματικού γεγονότος.
2. Αποφυγή των εξωτερικών υπενθυμίσεων του τραυματικού γεγονότος.

Σχετικά με τις αρνητικές μεταβολές στις γνώσεις και την διάθεση που σχετίζονται με το τραύμα (Connor, et al., 2015):

1. Δυσκολία υπενθύμισης σημαντικών πτυχών του τραυματικού γεγονότος.
2. Επίμονη πεποίθηση ότι ο κόσμος δεν είναι ασφαλής ή ότι υφίσταται μη αναστρέψιμη καταστροφή του εαυτού του.
3. Επίμονη διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού του ή των άλλων για το τραυματικό γεγονός.
4. Επίμονη κατάσταση αρνητικού συναισθήματος (ουσιαστικά αυξημένη συχνότητα των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων, όπως ο φόβος, η ενοχή, η θλίψη, η ντροπή και η σύγχυση).
5. Συναισθηματική ανικανότητα να αισθάνονται ή να εκφράσουν τα θετικά συναισθήματα (και αισθητά μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες).
6. Η απόσπαση ή την απόσυρση από τις σχέσεις με άλλους.
7. Επίμονη μείωση στην έκφραση θετικών συναισθημάτων.

Οι μεταβολές στη διέγερση και στην αντιδραστικότητα που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός αφορούν (Connor, et al., 2015):

1. Προβλήματα με θυμό ή επιθετική συμπεριφορά (νευρική συμπεριφορά και ξεσπάσματα [με ελάχιστη ή καμία πρόκληση], συνήθως εκφράζεται ως λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς τους ανθρώπους ή στα αντικείμενα)
2. Απερίσκεπτη συμπεριφορά.

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

3. Επίμονο συναίσθημα τεταμένης συμπεριφοράς, βρίσκεται μόνιμα σε επιφυλακή.
4. Τρομάζει πολύ εύκολα (υπερδιέγερση, υπερβολική αντίδραση ξάφνιασμα).
5. Δυσκολία στη διατήρηση της προσοχής.
6. Προβλήματα ύπνου.

Η διάρκεια των παραπάνω συμπτωμάτων παραμένει για τουλάχιστον 30 ημέρες. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, επαγγελματική και προσωπική λειτουργία. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας φαρμακευτικής αγωγής ή παράνομης ουσίας ή άλλης ιατρικής κατάστασης (Connor, et al., 2015).

Ουσιαστικά, το σύνδρομο μετατραυματικού στρες είναι μια σύνθετη διαταραχή, με πολλαπλές ομάδες συμπτωμάτων. Τραυματικές αναμνήσεις, επίμονη υπερ-διέγερση (συνεχώς ο ασθενής να ψάχνει για πιθανό κίνδυνο), και αρνητική διάθεση είναι τα βασικά χαρακτηριστικά. Το χαρακτηριστικό, ωστόσο, είναι αυτό της «επαναβίωσης του τραύματος», με τη μορφή ενοχλητικών εικόνων, αναμνήσεων και εφιαλτών. Η αδυναμία να προχωρήσει μπροστά - καθώς παραμένει συνεχώς στοιχειωμένος από το τρομακτικό παρελθόν - ενισχύει την παρουσία και άλλων ομάδων συμπτωμάτων (Koenen, & Widom, 2009).

Οι βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με σύνδρομο μετατραυματικού στρες αφορούν (Meyerson, et al., 2011):

1. Επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος – μέσα από ανεπιθύμητες και επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις, συχνά με τη μορφή έντονων εικόνων και με εφιάλτες. Είναι εφικτό να υπάρξουν έντονες συναισθηματικές ή σωματικές αντιδράσεις, όπως εφίδρωση, ταχυπαλμία ή πανικός στη θύμηση του γεγονότος.
2. Υπερβολική επαγρύπνηση ή έξαψη – δυσκολίες με τον ύπνο, ευερεθιστότητα, έλλειψη συγκέντρωσης, το άτομο ξαφνιάζεται εύκολα και συνεχώς έχει το νου του για ενδείξεις κινδύνου.
3. Αποφυγή ενθύμησης του γεγονότος – σκόπιμη αποφυγή δραστηριοτήτων, τόπων, ανθρώπων, σκέψεων ή αισθημάτων που συνδέονται με το γεγονός επειδή φέρνουν επώδυνες αναμνήσεις.

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

4. Αίσθημα συναισθηματικού μουδιάσματος – Απώλεια ενδιαφέροντος για τις καθημερινές δραστηριότητες, αίσθημα αποκοπής και αποσύνδεσης από τους φίλους και την οικογένεια, ή αίσθημα συναισθηματικής ατονίας και μουδιάσματος.

Τα ποικίλα συμπτώματα της διαταραχής του μετα-τραυματικού στρες κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες, την υπερδιέγερση, την παρεμβολή και την συρρίκνωση. Η υπερδιέγερση υποδηλώνει τη συνεχή αναμονή του κινδύνου. Η παρεμβολή δείχνει την ανεξίτηλη σφραγίδα του τραυματικού γεγονότος. Και τέλος, η συρρίκνωση δείχνει την αντίδραση μουδιάσματος που σημαίνει ότι το άτομο παραδίδεται, ότι καταθέτει τα όπλα (Belivanaki, et al., 2006).

Η υπερδιέγερση είναι το πρώτο και το κύριο σύμπτωμα της διαταραχής μετα-τραυματικού στρες, το τραυματισμένο άτομο ξαφνιάζεται εύκολα, αντιδρά με εκνευρισμό σε ασήμαντες προκλήσεις, κοιμάται ανήσυχα. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι ψυχοσωματικές μεταβολές εξαιτίας της διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι εκτεταμένες και μακροχρόνιες. Οι ασθενείς πάσχουν από ένα συνδυασμό συμπτωμάτων γενικευμένης ταραχής και συγκεκριμένων φόβων. Δεν έχουν ένα φυσιολογικό «βασικό» επίπεδο χαλαρωμένης εγρήγορσης, αλλά έχουν υψηλό επίπεδο διέγερσης: το σώμα τους είναι πάντα σε συναγερμό για τον κίνδυνο. Ακόμη, εκδηλώνουν υπερβολική αντίδραση στα απροσδόκητα ερεθίσματα, καθώς και έντονη αντίδραση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα που έχουν σχέση με το τραυματικό γεγονός. Φαίνεται επίσης ότι τα τραυματισμένο άτομο δεν μπορεί να προσπεράσει επανειλημμένα ερεθίσματα τα οποία άλλα άτομα θα θεωρούσαν απλώς ενοχλητικά, αλλά αντιδρά σε κάθε επανάληψη σαν να είναι μία νέα και επικίνδυνη έκπληξη. Η αυξημένη διέγερση υφίσταται τόσο κατά τον ύπνο όσο και στην εγρήγορση και καταλήγει σε διάφορες διαταραχές του ύπνου. Άτομα με διαταραχή μετατραυματικού στρες δυσκολεύονται να κοιμηθούν, είναι πιο ευαίσθητα στη φασαρία και ξυπνούν συχνότερα κατά τη νύχτα. Πιθανώς τα τραυματικά γεγονότα ρυθμίζουν ξανά από την αρχή το ανθρώπινο νευρικό σύστημα (Belivanaki, et al., 2006).

Εφόσον περάσει ο κίνδυνος, για πολύ καιρό το τραυματισμένο άτομο ξαναζεί το γεγονός σαν να συμβαίνει συνεχώς στο παρόν. Δεν μπορεί να ξαναβρεί το φυσιολογικό ρυθμό της ζωής του διότι το τραύμα παρεμβαίνει συνέχεια. Είναι σαν ο

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

χρόνος να έχει σταματήσει τη στιγμή του τραύματος. Η τραυματική στιγμή καταγράφεται σε μία αφύσικη μορφή μνήμης, η οποία έρχεται αυθόρμητα στη συνείδηση τόσο σαν στιγμιαία μορφή μνήμης, η οποία έρχεται αυθόρμητα στη συνείδηση σαν στιγμιαία αναδρομή στο παρελθόν αλλά και σαν εφιάλτης την ώρα του ύπνου. Μικρές φαινομενικά ασήμαντες υπενθυμίσεις μπορούν να ξαναφέρουν αυτές τις αναμνήσεις, οι οποίες συχνά επανέρχονται με όλη τη ζωντάνια και τη συγκινησιακή ένταση του αρχικού γεγονότος. Έτσι, ακόμη και ένα ασφαλές περιβάλλον μπορεί να τους φαίνεται επικίνδυνο, διότι δεν μπορούν ποτέ να είναι βέβαιες ότι δεν θα συναντήσουν κάτι που θα τους θυμίσει το τραύμα. Η αντίδραση αυτή είναι η παρεμβολή το δεύτερο σύμπτωμα του μετατραυματικού στρες (Belivanaki, et al., 2006).

Όταν ένα άτομο είναι εντελώς ανίσχυρο, όταν θεωρεί ότι οποιαδήποτε μορφή αντίστασης είναι άσκοπη, τότε είναι πιθανό να καταθέσει τα όπλα. Το σύστημα αυτοάμυνας διακόπτεται τελείως. Το ανίσχυρο άτομο ξεφεύγει από αυτή την κατάσταση όχι ενεργώντας μέσα στην πραγματικότητα, αλλά τροποποιώντας την συνειδησιακή του κατάσταση. Αυτές οι τροποποιημένες συνειδησιακές καταστάσεις βρίσκονται στο κέντρο της συρρίκνωσης ή του μουδιάσματος, που είναι το τρίτο σημαντικό σύμπτωμα του μετατραυματικού στρες (Purtscher, 2008).

### 1.3 Μετατραυματική ψυχοπαθολογία σε παιδιά και εφήβους

Η μετατραυματική διαταραχή στρες αναπτύσσεται σε παιδιά και εφήβους που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων (Koenen, & Widom, 2009).

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της μετατραυματικής διαταραχής στρες είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης ή αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος (Koenen, & Widom, 2009).



## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

Ακόμη τραυματικά γεγονότα τα οποία τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία έμαθε το παιδί ή ο έφηβος, μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου. Ίσως η μετατραυματική διαταραχή άγχους είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό (όπως για παράδειγμα βασανιστήρια, βιασμοί) (Caffo, & Belaise, 2003).

Συχνά τα παιδιά και οι έφηβοι με μετατραυματική διαταραχή άγχους έχουν και άλλα συνωδά συμπτώματα, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (όπως για παράδειγμα σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκεντρώσεως κ.ο.κ.). Τέτοια είναι αισθήματα ενοχής (που επέζησε), αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα κ.ά. (Caffo, & Belaise, 2003). Επιπρόσθετα, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σύνοδες διαταραχές όπως διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, ΨΚΔ, κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σωματοποιητική διαταραχή και διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (δεν είναι σαφές, όμως, σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές προηγούνται ή ακολουθούν τη μετατραυματική διαταραχή στρες) (Koenen, & Widom, 2009).

Τα βρέφη, τα νήπια και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας εκδηλώνουν γενικευμένα αγχώδη συμπτώματα (άγχος αποχωρισμού, άγχος για ξένα πρόσωπα, φοβίες για τέρατα ή ζώα), αποφυγή καταστάσεων που έχουν μία φανερή σύνδεση με το τραυματικό γεγονός, διαταραχές ύπνου (εφιάλτες, αφυπνίσεις), εμφάνιση νέων φόβων και επιθετική συμπεριφορά (Belivanaki, et al., 2006).

Γενικά καθώς τα παιδιά ωριμάζουν, είναι πιο πιθανό να εκδηλώνουν συμπτώματα όμοια με εκείνα των ενηλίκων. Έτσι, οι έφηβοι με διαταραχή μετά από τραυματικό στρες έχουν συμπτώματα επαναβίωσης, όπως παρεισφρητικές σκέψεις και εφιάλτες, αποφυγή συζήτησης για το τραυματικό γεγονός και μέρη ή ανθρώπους που συνδέονται ψυχολογικά με αυτό, αμνησία για ένα σημαντικό κομμάτι του τραύματος, απόσυρση από φίλους ή συνήθειες δραστηριότητες, αίσθημα αποξένωσης από τους άλλους και αίσθημα σμίκρυνσης του μέλλοντος, υπερδιέγερση όπως

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

δυσχέρεια επέλευσης του ύπνου, υπερεπαγρύπνηση και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος. Οι έφηβοι με χρόνια διαταραχή έπειτα από τραυματικό στρες, οι οποίοι έχουν βιώσει παρατεταμένα ή επαναλαμβανόμενα τραυματικά γεγονότα, μπορεί να εκδηλώσουν φαινόμενα διάσχισης, όπως αποπραγματοποίηση, αποπροσωποίηση, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, χρήση αλκοόλ και ουσιών, περιοδικές εκρήξεις θυμού, επιθετική και βίαιη συμπεριφορά (Belivanaki, et al., 2006).

Η εκδήλωση της διαταραχής έπειτα από τραυματικό στρες μαζί με άλλη νόσο είναι συχνή και οι επιπρόσθετες διαγνώσεις τίθενται εφόσον το παιδί πληρεί τα κριτήρια και για κάποια άλλη διαταραχή. Πολλές μελέτες έχουν αναφέρει «συννοσηρότητα» με καταθλιπτικές διαταραχές, με άλλες αγχώδεις διαταραχές (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, αγοραφοβία, άγχος αποχωρισμού), με χρήση ουσιών και αλκοόλ, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, διαταραχή διαγωγής και εναντιωματική προκλητική διαταραχή (Belivanaki, et al., 2006, Paraschakis, 2008, Koenen, & Widom, 2009).

### 1.4 Διαγνωστική προσέγγιση

Είναι ιδιαίτερα δύσκολη η πρακτική αξιολόγηση παιδιατρικών ασθενών με μετατραυματικό στρες. Ωστόσο, η προσεκτική ακρόαση είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για τη διενέργεια συνεχούς επιτήρησης κατά την αναθεώρηση των στοιχείων διάγνωσης ή την πρόοδο ενημέρωσης από τους γονείς - κηδεμόνες και παιδιά. Κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη τα τραυματικά γεγονότα που συμβαίνουν σε άλλους, καθώς και απευθείας στο παιδί, ειδικά εκείνων που πλήττουν τους γονείς του παιδιού ή τους κηδεμόνες του παιδιού (όπως για παράδειγμα: η ενδοοικογενειακή βία, σοβαροί τραυματισμοί ή ασθένειες) (Connor, et al., 2015).

Τόσο τα παιδιά όσο και οι γονείς - φροντιστές μπορεί να αγνοούν ή να είναι απρόθυμοι να αποκαλύψουν βιωματικά τραυματικά γεγονότα. Οι γονείς μπορεί να μην γνωρίζουν τι έχει συμβεί στο παιδί τους, αλλά μπορούν να προσδιορίσουν απότομες αλλαγές ή διαρκή επιδείνωση της συμπεριφοράς και της λειτουργίας του παιδιού τους (Connor, et al., 2015).

### 1.5 Επιδημιολογία

Η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα στρες δεν είναι ασυνήθιστη σε παιδιά και εφήβους. Υπολογίζεται από επιδημιολογικές μελέτες πως το 25% των νέων αντιμετωπίζουν τουλάχιστον 1 τραυματικό γεγονός από την ηλικία των 16 ετών και πως περισσότερο από το 60% αντιμετωπίζουν κάποιο τραυματικό γεγονός από 16 έως 18 ετών διεθνώς (Connor, et al., 2015).

Τα Κέντρα για τον Έλεγχο και την Πρόληψη της Ασθένεια αναφέρουν ότι το 2010 πάνω από 740.000 παιδιά και νέοι υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών ως αποτέλεσμα ενδοοικογενειακής βίας και ότι περισσότερες από τρία εκατομμύρια αναφορές παιδικής κακοποίησης λαμβάνουν χώρα κάθε έτος από το κράτος και τους τοπικούς φορείς (Connor, et al., 2015).

Η αναφερόμενη συνολική επικράτηση του μετατραυματικού στρες στον γενικό πληθυσμό των νέων κυμαίνεται από 3% έως 9% και ποικίλλει ανάλογα με το φύλο, με περίπου το 4% των εφήβων αγοριών και το 7% των εφήβων κοριτσιών που πληρούν πλήρη διαγνωστικά κριτήρια. Τον πρώτο μήνα οι μετατραυματικές επιπτώσεις αφορούν το 15,9% του νεανικού πληθυσμού (Connor, et al., 2015).

Σε κλινικά παιδιατρικά δείγματα, τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες έχουν βρεθεί στο 90% των σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών, στο 75% των παιδιών που εκτίθενται σε σχολική βία, στο 50% των παιδιών που είναι σωματικά κακοποιημένα, και στο 35% των παιδιών που εκτίθενται σε κοινότητα βίας (Connor, et al., 2015).

### 1.6 Αιτιολογικοί παράγοντες

Η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες αποτελεί ψυχική διαταραχή η οποία εξ ορισμού αναπτύσσεται όταν το άτομο βιώνει συναισθηματικό στρες τέτοιας έντασης, ώστε να είναι τραυματικό για τον εαυτό του. Έπειτα από τέτοιου είδους καταστάσεις είναι δυνατόν να αναπτυχθούν στο άτομο, έντονος τρόμος και απόγνωση και σε ορισμένες περιπτώσεις να αναπτυχθεί σε βάθος χρόνου συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία, με προεξάρχοντα συμπτώματα, την αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, παθολογική αποφυγή ερεθισμάτων ανάκλησης, ευερεθιστότητα, άγχος και κατάθλιψη (Brewin, & Holmes, 2003).

Ουσιαστικά, η διαταραχή μετατραυματικού στρες προκαλείται από ένα ψυχολογικά τραυματικό γεγονός, που περιλαμβάνει είτε έναν πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο είτε έναν σοβαρό τραυματισμό του πάσχοντος ή άλλων. Αυτού του είδους τα γεγονότα καλούνται «πιέσεις» και τα βιώνει κάποιος μόνος ή σε ομάδα (Caffo, & Belaise, 2003).

Ένα βίαιο προσωπικό συμβάν όπως ο βιασμός, η ληστεία, το τροχαίο ατύχημα, ο πόλεμος, ένα εργατικό ατύχημα, οι φυσικές καταστροφές όπως ένας σεισμός ή μία πλημύρα, αποτελούν «πιέσεις» που μπορεί να προκαλέσουν διαταραχή μετατραυματικού στρες. Σε κάποιες περιπτώσεις, το να δεις κάποιον να πληγώνεται ή να πεθαίνει ή να πληροφορείσαι ότι ένας στενός φίλος ή ένα μέλος της οικογένειας βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο μπορεί να προκαλέσει τη διαταραχή (Paraschakis, 2008).

Δηλαδή, βίωσαν ή έγιναν μάρτυρες ενός γεγονότος που απείλησε τη ζωή ή την ασφάλειά τους, ή άλλων ατόμων που ήταν κοντά τους, και τα έκανε να αισθανθούν έντονο φόβο, αίσθημα αβοήθητου ή τρόμο. Το γεγονός αυτό μπορεί να αφορά κάποιο αυτοκινητιστικό ή άλλο σοβαρό ατύχημα, σωματική ή σεξουαλική επίθεση, πόλεμος ή βασανιστήρια, ή φυσικές καταστροφές όπως δασικές πυρκαγιές ή πλημμύρες. Άλλες καταστάσεις οι οποίες έχουν να κάνουν με αλλαγές ζωής, όπως επικείμενος θάνατος ενός άρρωστου μέλους της οικογένειας, είναι πολύ οδυνηρές και ενδέχεται να προκαλέσουν σοβαρά ψυχικά προβλήματα, αλλά δεν αποτελούν γεγονότα που μπορούν να προκαλέσουν το σύνδρομο μετατραυματικού στρες (Paraschakis, 2008).

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

### 1.7 Συνέπειες του «τραύματος»

Τα τραυματικά γεγονότα προκαλούν έντονο φόβο, τρόμο, αίσθημα αβοηθησίας και σωματικές αντιδράσεις στο στρες, όπως ταχυκαρδία, τινάγματα από φόβο, στομαχικές διαταραχές, ζαλάδες κ.λπ. Οι συνέπειές τους δεν υποχωρούν με τη λήξη τους. Αντίθετα, τα τραυματικά γεγονότα αποτελούν βαθιά βιώματα που αλλάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά και οι έφηβοι αντιλαμβάνονται το περιβάλλον τους. Τέτοια βιώματα μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα αισθήματα αβεβαιότητας ή να μην ελπίζουν και να μην έχουν προσδοκίες για το μέλλον τους. Παράλληλα, η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και τον κόσμο γύρω τους διαταράσσεται σε σημαντικό βαθμό, όπως και το αίσθημα της ασφάλειας, της σιγουριάς, της διαπροσωπικής ζωής και της προσωπικής ακεραιότητας (Belivanaki, et al., 2006).

Πολλά παιδιά μετά την έκθεσή τους σε τραυματικές εμπειρίες υποφέρουν από μια ομάδα συνεχιζόμενων και χαρακτηριστικών συμπτωμάτων, που είναι γνωστά ως διαταραχή μετά από τραυματικό στρες. Τα συμπτώματα συνήθως ξεκινούν μέσα στους τρεις πρώτους μήνες μετά το τραυματικό γεγονός, είναι όμως δυνατόν η εμφάνισή τους να καθυστερήσει για μήνες ή για χρόνια. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων είναι ανάλογη με το αναπτυξιακό επίπεδο του κάθε παιδιού (Belivanaki, et al., 2006).

Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξει συναισθηματική αποκοπή ώστε να νεκρωθεί ή να μπλοκαριστεί ο πόνος ή το τραύμα, η λεγόμενη ψυχοδιάσπαση. Παιδιά που αντιμετωπίζουν διαταραχή μετατραυματικού στρες αποφεύγουν καταστάσεις και μέρη τα οποία θυμίζουν την τραυματική εμπειρία. Επίσης, μπορεί να εμφανίσουν συναισθηματική ανευθυνότητα, κατάθλιψη, απόσυρση και αποκοπή από τα συναισθήματά τους (Purtscher, 2008). Τα παιδιά μπορεί να αναβιώνουν την εμπειρία μέσω συχνών αναμνήσεων του γεγονότος, ή παίζοντας κάποιο παιχνίδι απεικονίζοντας πάνω στα παιχνίδια τους την τραυματική εμπειρία ξανά και ξανά. Βλέπουν συχνά εφιάλτες ή λειτουργούν και αισθάνονται σαν να ξανασυμβαίνει η εμπειρία τους παρόλη την έλλειψη ερεθίσματος (Koenen, & Widom, 2009).

Άλλες συνέπειες μπορεί να είναι ανησυχία μήπως πεθάνουν πολύ νωρίς, έλλειψη ενδιαφέροντος σε καθημερινές δραστηριότητες, σωματικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλοι και στομαχόπονοι (Paraschakis, 2008). Επιπρόσθετα, είναι εφικτό να

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

παρουσιάζουν πιο ξαφνικές και οξείες συναισθηματικές αντιδράσεις, ανικανότητα να πέσουν για ύπνο ή και να διατηρήσουν τον ύπνο τους, έλλειψη συγκέντρωσης αλλά και αυξημένη επαγρύπνηση για το περιβάλλον και τον περίγυρό τους και τέλος επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές που προκαλούν αναμνήσεις από το τραυματικό γεγονός. Τα συμπτώματα της διαταραχής μπορεί να κρατήσουν από κάποιους μήνες έως αρκετά χρόνια (Belivanaki, et al., 2006).

Τα άτομα με μετατραυματική διαταραχή παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες στην κοινωνική λειτουργικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Σύγχρονες μελέτες έδειξαν ότι ο βαθμός και η βαρύτητα του στρες των διαπροσωπικών σχέσεων σχετίζεται με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων (Alisic, et al., 2008, Meyerson, et al., 2011). Σε πρόσθετες μελέτες βρέθηκε ότι ο βαθμός και η μακροχρόνια ανικανότητα των ασθενών σχετίζεται περισσότερο με τα καταθλιπτικά συμπτώματα παρά με τη βαρύτητα συνολικά της διαταραχής. Οι ασθενείς με μετατραυματικό στρες παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η χρήση αλκοόλ και ουσιών και η γνωσιακή δυσλειτουργία. Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν και παθολογικές διαταραχές όπως είναι το άσμα, η χρόνια κόπωση και η ινομυαλγία (Caffo, & Belaise, 2003, Paraschakis, 2008).

Διάφορες έρευνες έχουν υποδείξει ότι η σχέση μεταξύ βίας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι αιτιολογική. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί θυματοποίηση, είτε ως παιδιά από κάποιον ενήλικα, είτε ως ενήλικες από το σύντροφό τους, είναι τρεις με τέσσερις φορές πιο πιθανό να υποφέρουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή στο μέλλον. Το θύμα της βίας έχει βιώσει την απώλεια ενός ακέραιου εαυτού και μιας ασφαλούς διαπροσωπικής σχέσης, απώλεια, η οποία έχει ακόμα σοβαρότερες επιπτώσεις από τη στιγμή που σηματοδοτείται από τη χρήση σωματικής βίας. Μία από τις κυριότερες συνέπειες της κακοποίησης είναι η αποδυνάμωση του θύματος και η αποξένωση του από το περιβάλλον. Ισχυρή, επίσης παρουσιάζεται η συσχέτιση βίας και αυτοκτονικότητας (Belivanaki, et al., 2006, Pratchett, & Yehuda, 2011).

## **1.8 Προγνωστικοί παράγοντες**

Οι προγνωστικοί παράγοντες ή οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη συναισθηματικής δυσφορίας μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός στον παιδικό και στον εφηβικό πληθυσμό περιλαμβάνουν εκδηλώσεις που σχετίζονται με χαρακτηριστικά τα οποία συνδέονται με τα χαρακτηριστικά του παιδιού, των ψυχολογικών και βιολογικών του αντιδράσεων κατά τη στιγμή του τραύματος, καθώς και του περιβάλλοντος αποκατάστασης του παιδιού (Langeland, & Olf, 2008).

Μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών, η ηλικία και το φύλο συχνά εξετάζονται ως παράγοντες κινδύνου σε τραυματικά γεγονότα που σχετίζονται σε παιδιά με εκδηλώσεις μετατραυματικού στρες. Το γυναικείο φύλο διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη μετατραυματικής αγωνίας από παρόμοια ψυχικά τραύματα με το ανδρικό φύλο, λόγω της διαφορετικής αντιμετώπισης των δυο φύλων (Langeland, & Olf, 2008).

Η ηλικία δεν ορίζεται ως σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται κλινικά με τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες (Langeland, & Olf, 2008).

Η προηγούμενη εμπειρία του τραύματος είναι ένας πρόσθετος και συχνά μελετημένος προγνωστικός δείκτης των αντιδράσεων του μετατραυματικού στρες συμπεριλαμβανομένου του ρόλου των ορμονικών ανωμαλιών και τον αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες (Langeland, & Olf, 2008).

Πρόσθετος παράγοντας κινδύνου του μετατραυματικού στρες είναι η αντίδραση των παιδιών που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός, περιλαμβανομένου της άμεσης αντίδρασης κατά τη στιγμή του τραυματισμού, όπως για παράδειγμα η αντίληψη της απειλής (Langeland, & Olf, 2008).

Επιπλέον, τα οξεία συμπτώματα δυσφορίας κατά την περίοδο αμέσως μετά τη ζημία φαίνεται να είναι ένας δείκτης για τη συνεχή συναισθηματική και ψυχολογική δυσφορία σε σημαντικό ποσοστό των τραυματισμένων παιδιών (Langeland, & Olf, 2008).

Επιπρόσθετα, μια υπόθεση των βιολογικών θεωριών του μετατραυματικού στρες είναι ότι η αυξημένη φυσιολογική διέγερση μετά από τραυματικό γεγονός

## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη οξείων συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στη νεολαία (Langeland, & Olf, 2008).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ**

### **2.1 Οικογένεια και παιδί – έφηβος με μετατραυματικό στρες**

Η ουσιαστική συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία αποτελεί βασικό στόχο, εφόσον πρώτα εκτιμηθούν οι περιστάσεις και η περίπτωση του παιδιού. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι σημαντική η συνοχή των μελών της οικογένειας, επειδή όσο ισχυρότερες είναι οι οικογενειακές σχέσεις, τόσο ηπιότερο αντίκτυπο θα έχει το «τραύμα» στη ζωή του παιδιού. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι οικογένειες οι οποίες διατηρούν ξεκάθαρα όρια, αποτελεσματική επικοινωνία και σταθερούς λειτουργικούς κανόνες, ενισχύουν την προσαρμοστικότητα των μελών τους σε δύσκολες περιστάσεις. Συνεπώς, χρειάζεται να γίνεται εκτίμηση της οικογένειας στο σύνολό της, αλλά και των μελών της ξεχωριστά για τον εντοπισμό τυχόν δυσλειτουργιών και για τη διαπίστωση διατιθέμενης ποιοτικής και ποσοτικής υποστήριξης (Margolin, & Gordis, 2000).

Ειδικότερα, είναι καθοριστική για τη θεραπευτική διαδικασία η εκτίμηση της σχέσης του γονέα - φροντιστή με το παιδί, των παιδαγωγικών αντιλήψεων που έχει σε θέματα πειθαρχίας και εμπιστοσύνης προς το παιδί, καθώς και της στάσης του αναφορικά με τη φροντίδα του. Ακόμη, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί κατά πόσο λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις αντιδράσεις του παιδιού, αλλά και η διάθεση και η ετοιμότητά του να συμμετάσχει ουσιαστικά στη θεραπευτική διαδικασία (Teicher, et al., 2003).

Οι γονείς του παιδιού χρειάζεται να κατανοήσουν ότι πρέπει να είναι υποστηρικτικοί όταν προσπαθεί να εκφράζει ακόμη και μη λεκτικά τους φόβους του, τις ενοχές και γενικότερα τα συναισθήματα που το ταλαιπωρούν. Ακόμη χρειάζεται να αποδέχονται χωρίς κριτική και αποδοκιμασία τις αντιδράσεις του όπως είναι το κλάμα ή οι έντονες αρνήσεις, γιατί είναι τρόπος αποφόρτισης και εξισορρόπησης των συναισθημάτων του παιδιού (Teicher, et al., 2003).

Σε περιπτώσεις που οι γονείς τείνουν να υποβαθμίζουν τα συμπτώματα του παιδιού που έχει βιώσει τραυματικό γεγονός, επειδή θεωρούν ότι είναι παροδικά ή

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

δεν θέλουν να αποδεχθούν τη σοβαρότητά τους, αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην αναζητήσουν κατάλληλη βοήθεια, εκτός αν κάποιος ειδικός τα εντοπίσει και επισημάνει την ανάγκη για άμεση παρέμβαση. Επιπλέον, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης μετατραυματικής διαταραχής, όταν στο «τραύμα» εμπλέκονται μέλη της οικογένειας ή πολύ κοντινά άτομα σε αυτή γιατί περιπλέκεται ο ρόλος που έχει το παιδί αναφορικά με τα άτομα αυτά, καθώς αναπτύσσονται συναισθηματικά διαταραγμένες σχέσεις, αλλά επιπλέον υπάρχει και το σοβαρό ενδεχόμενο το παιδί να τα συναντά συχνά (Margolin, & Gordis, 2000).

Όταν οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να φροντίσουν κακοποιημένα παιδιά, που για τα σημάδια κακοποίησης δίνονται παραπλανητικές εξηγήσεις όπως «το παιδί έπεσε από την σκάλα» ή «κτύπησε ενώ έπαιζε», είναι επιτακτική ανάγκη να αποκτήσουν οι γονείς επίγνωση των οικογενειακών δυσλειτουργιών. Στις περιπτώσεις αυτές χρειάζεται να διερευνηθεί η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων σε βάθος και ειδικότερα, η ύπαρξη σταθερού προστατευτικού και υποστηρικτικού πλαισίου για το παιδί για την αποφυγή επαναληπτικής βίωσης τραυματικών καταστάσεων. Η κατάσταση των περισσότερων παιδιών βελτιώνεται μέσα σε λίγες εβδομάδες ή μήνες και το άγχος και γενικότερα οι εκδηλώσεις που προκλήθηκαν από την τραυματική εμπειρία παρουσιάζουν ύφεση, εάν παρασχεθεί άμεσα ή κατάλληλη φροντίδα και η συμμετοχή της οικογένειας στο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι ουσιαστική (Margolin, & Gordis, 2000).

### 2.2 Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος

Η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος εντάσσεται μέσα σε κάθε θεραπευτικό σχεδιασμό με σκοπό το παιδί που νοσηλεύεται να αντλεί αισθήματα αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενίσχυσης, ψυχικής άνεσης και προστασίας. Ειδικότερα χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εγκαθίδρυση του συναισθήματος της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης στο παιδί, μέσα στο διαμορφωμένο θεραπευτικό περιβάλλον που το πλαισιώνει, δίνοντάς του ευκαιρίες για περισσότερη έκφραση και λόγο. Λόγω του γεγονότος ότι το «τραυματισμένο» παιδί είναι ευάλωτο σε κάθε είδους αναπάντεχες ανατροπές και αιφνιδιασμούς, η διατήρηση των ρυθμών της καθημερινότητας με σταθερότητα, συνέπεια και προβλεψιμότητα είναι απαραίτητες προϋποθέσεις του θεραπευτικού περιβάλλοντος

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

που το πλαισιώνει και το βοηθούν να μη βιώνει ανασφάλεια, φόβο και πανικό. Επίσης, σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον το νοσηλευόμενο παιδί επιβάλλεται να προετοιμάζεται κατάλληλα για κάθε επώδυνη διαγνωστική εξέταση ή επέμβαση, με εξηγήσεις για τη διάρκειά της, αλλά και για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου που θα προκληθεί, ώστε να μειώνεται η επιπρόσθετη ψυχολογική και συναισθηματική του επιβάρυνση. Η διαχείριση του σωματικού πόνου σε παιδί με «τραύμα» αποτελεί μια μορφή δευτερογενούς πρόληψης της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, ώστε να μη λειτουργήσουν οι επώδυνες εμπειρίες νοσηλείας συσσωρευτικά στο «τραύμα» και επιβαρυνθεί η κατάστασή του (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Όταν το παιδί παραμένει στο σπίτι, κάποιες φορές είναι δύσκολο να δομηθεί περιβάλλον που να του παρέχει ασφάλεια, συναισθηματική ζεστασιά και σταθερότητα και στην περίπτωση αυτή είναι πολύ βοηθητικό να παρέχονται συμβουλευτικές κατευθύνσεις στα άτομα που το φροντίζουν. Τις περισσότερες φορές χρειάζεται να προσφερθεί στους γονείς/φροντιστές κατάλληλη συμβουλευτική καθοδήγηση και για το λόγο αυτό συχνά προτείνεται θεραπεία με σκοπό την ψυχοσυναισθηματική τους ενδυνάμωση και ενίσχυση της ικανότητας τους να υποστηρίζουν και να φροντίζουν αποτελεσματικά το «τραυματισμένο» παιδί, αλλά και για να μπορούν να του παρέχουν ασφαλές περιβάλλον (Teicher, et al., 2003).

### 2.3 Ενσυναισθητική θεραπευτική επικοινωνία

Για την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπευτικών επιλογών, ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται όχι μόνο να υποθέτει πως βίωσε ένα παιδί το τραύμα, αλλά και να γνωρίζει πως το έζησε το ίδιο, πως το ερμήνευσε, καθώς και ποιες διαστάσεις του έχει δώσει, χρειάζεται να διαθέτει πέρα από κατάλληλες εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες θεραπευτικών τεχνικών προσέγγισης, ενσυναισθητική επικοινωνία. Η θεραπευτική επικοινωνία βοηθά στην ανάπτυξη και στη χρήση κατάλληλου και συναισθηματικού λεξιλογίου από το παιδί, που το διευκολύνει στην ομαλοποίηση της έκφρασης των σκέψεών του και της λεκτικοποίησης των συναισθημάτων του (Dixon, Howie, & Starling, 2005).

Ωστόσο, δεν μπορεί να αναμένεται από το παιδί να μην αισθάνεται αναστατωμένο όταν συμβαίνει να γίνονται έστω απλές ή τυχαίες νύξεις για το

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

γεγονός που έχει βιώσει, ζώντας ακόμη στο απόηχο του «τραύματος». Η κατανόηση και η αποδοχή των αντιδράσεων του παιδιού, χωρίς κανένα ίχνος κριτικής, τις οποίες εκδηλώνει ως απόρροια της τραυματικής εμπειρίας, αλλά και της παλινδρομημένης συμπεριφοράς που πολλές φορές αναπτύσσει επειδή έχει την ανάγκη να αισθάνεται ότι λειτουργεί σε προηγούμενες ασφαλέστερες περιόδους της ζωής του, έχουν θεραπευτική επίδραση και το βοηθούν να εμπιστεύεται τους νοσηλευτές και τη φροντίδα που του προσφέρουν (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Επιπρόσθετα, η κατανόηση και η αποδοχή ως κύρια συστατικά της ενσυναισθητικής επικοινωνίας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και στη συνεργασία του παιδιού, η οποία είναι απαραίτητη για να ακολουθήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα, παρέχοντας του ευκαιρίες για λεκτική επικοινωνία, σε ένα περιβάλλον που αποδέχεται όλο το φάσμα των εκδηλώσεων και των συναισθημάτων του (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Συχνά τα παιδιά θεωρούν ότι το τραυματικό γεγονός προκλήθηκε από δική τους ευθύνη δημιουργώντας τα αισθήματα ενοχής. Για αυτό η παροχή εξηγήσεων στο παιδί χρειάζεται να γίνεται με απλό και ενσυναισθητικό λόγο για να του δοθεί μία κατανοητή και κατάλληλη για την ηλικία του ερμηνεία. Πολλές φορές ακόμη, η χρήση αλληγορικού και παραβολικού λόγου μπορεί να συμβάλει στο να δοθεί μια επαρκής εξήγηση στο «τραυματισμένο» παιδί για ότι συνέβη με σκοπό να το ανακουφίσει (Teicher, et al., 2003).

### 2.4 Αποκατάσταση της έννοιας του ελέγχου

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

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

νοσηλεύτης που φροντίζει παιδιά μετά από τραυματική εμπειρία, χρειάζεται να έχει το προφίλ ενήλικα που μόνο και με την παρουσία του μπορεί να παρέχει ασφάλεια και να δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης. Επιπλέον, αρκετές φορές λειτουργεί θεραπευτικά, ανάλογα με το τύπο του «τραύματος», η ανάληψη της φροντίδας του παιδιού από μια γυναίκα και ένα άνδρα επαγγελματία υγείας καθώς η προσέγγιση με τη μορφή αυτή υποκαθιστά το γονεϊκό πρότυπο (Dixon, Howie, & Starling, 2005).

Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να μεριμνούν, ώστε να αποκατασταθεί η αίσθηση του παιδιού στον έλεγχο της ζωής του, παρέχοντάς του ευκαιρίες για ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα του, γεγονός που το ενδυναμώνει και το βοηθά να ανακτήσει τη χαμένη εμπιστοσύνη στο εαυτό του. Επίσης, με την ενίσχυση της ανάκλησης και της αφήγησης εμπειριών ασφάλειας, αλλά και ικανοτήτων επίτευξης από το παιδί, παρέχεται η δυνατότητα της ενεργοποίησης της αίσθησης ελέγχου και της πεποίθησης ότι μπορεί να υπερασπιστεί και να προστατεύσει σε ανάλογες περιστάσεις τον εαυτό του. Ακόμη, το «τραυματισμένο» παιδί επιτυγχάνει την ανάπτυξη της αίσθησης του ελέγχου, όταν μέσα από «πρόβες» που γίνονται σαν παιχνίδι κατορθώσει να αποκτήσει προσαρμοστική συμπεριφορά και να εξοικειωθεί με τρόπους αντιμετώπισης κινδύνων όπως για παράδειγμα να μάθει που θα αναζητήσει βοήθεια καλώντας ένα κατάλληλο τηλεφωνικό νούμερο ή αναζητώντας άμεσα κάποιο άτομο ή υπηρεσία (McIntosh, & Mata, 2008).

Ένας άλλος ενδεδειγμένος και αποτελεσματικός τρόπος αποκατάστασης της αίσθησης ελέγχου και δύναμης από το παιδί είναι να ενθαρρύνεται να «φροντίζει» το ίδιο άλλους, επειδή αυτό δρα ψυχοπροστατευτικά και επιτελεί καθοριστικό ρόλο στη μετατροπή του αισθήματος «τραυματικής αβοηθητότητας», σε προσφορά αρωγής και προσωπικής δύναμης. Όταν τα παιδιά αισθάνονται ότι κάνουν κάτι με το οποίο θα προσφέρουν ανακούφιση, όπως να φροντίσουν ένα ζωάκι ή να βοηθήσουν κάποιο άλλο παιδί που βρίσκεται σε δύσκολη θέση, στην ουσία φροντίζουν και θάλπουν τον εαυτό τους (McIntosh, & Mata, 2008).

## **2.5 Θεραπευτική αξιοποίηση των εκφραστικών μέσων**

Τα παιδιά αποφεύγουν να αναφέρονται σε τραυματικά γεγονότα, ιδιαίτερα όταν αυτά αφορούν θέματα βίας στην οικογένεια. Επειδή ένα παιδί δεν έχει την εμπειρία ζωής και συνεπώς δε διαθέτει την ικανότητα όπως ένας ενήλικας να ερμηνεύει κατάλληλα τα γεγονότα και να λεκτικοποιεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, οι νοσηλευτές φροντίζουν ώστε το παιδί να εκπορεύει αυτό που το απασχολεί, με όποιο τρόπο και εκφραστική δυνατότητα διαθέτει. Η εκφραστική αποτύπωση ή η λεκτική απόδοση των συγκρουσιακών εσωτερικών συναισθημάτων και του τραυματικού συγκινησιακού «άχθους» που βαραίνει το παιδί λειτουργεί ως «ψυχοκάθαρση» (abreaction) για το ίδιο, αλλά και ως αποκωδικοποίηση των προβλημάτων και των αναγκών του για τους επαγγελματίες υγείας. Ακόμη, τα παιδιά αφού αποτυπώσουν στις ζωγραφιές τους αυτά που τα απασχολούν μετά μπορούν να μιλήσουν για περισσότερα πράγματα και να εκφράσουν ακόμη και οδυνηρά συναισθήματα, με αφορμή την απεικόνιση των όσων έχουν βιώσει, ενώ παράλληλα θα φανερώσουν και την ερμηνεία που έχουν δώσει σε καταστάσεις και γεγονότα. Ο νοσηλευτής μπορεί να κάνει ερωτήσεις σχετικά με όσα έχει σχεδιάσει το παιδί, ξεκινώντας πάντα με θέματα που δεν έχουν σχέση με τη τραυματική εμπειρία, όπως για γεγονότα πριν το τραυματικό γεγονός, ή για άτομα που ήταν εκεί πριν και κατά τη διάρκεια του (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Ακόμη, ένα φωτογραφικό άλμπουμ που απεικονίζει οικογενειακές στιγμές μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο στο να βοηθήσει το παιδί να αφηγηθεί την ιστορία της ζωής του όπως αυτό την αντιλαμβάνεται και να αποκαλύψει τη θέση του, καθώς και την παρουσία του μέσα στην οικογένεια όπως το ίδιο την αισθάνεται. Καθώς το συναισθηματικό υλικό αποδεσμεύεται ήπια, συνήθως, το παιδί εμφανίζει κινησιολογικά την άνεση και τον αυθορμητισμό που ταιριάζει με την ηλικία του και αναφέρεται με μεγαλύτερη ευκολία στο θέμα που το απασχολεί (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Ένα άλλο ισχυρό εκφραστικό μέσο είναι η εκδραμάτιση καταστάσεων με την οποία επιχειρείται η διαχείριση και η επεξεργασία ενδοψυχικών συγκρούσεων και μπορεί να επιτευχθεί μέσα από διαλόγους κουκλοθέατρου ή μέσα από ρόλους θεατρικού παιχνιδιού, όπου το παιδί συμμετέχει ενεργά. Όταν τα παιδιά αφηγούνται με αφορμή ένα σχέδιο που έχουν κάνει, ή το παιχνίδι με κούκλες ή μαριονέτες, ο

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

νοσηλευτής θα πρέπει να κατευθύνει ενεργά τη διαδικασία. Η διαχείριση των αυθόρμητων επαναλαμβανόμενων αναφορών στο περιεχόμενο του τραύματος, που συχνά κάνουν την εμφάνισή τους στο παιχνίδι των μικρών παιδιών έχει μεγάλη σημασία, επειδή με αυτό τον τρόπο προσπαθούν να «λύσουν» το «τραύμα». Αυτή η επαναλαμβανόμενη θεματολογική αναφορά στο «τραύμα» μέσω του παιχνιδιού μπορεί να διευκολυνθεί ομαλά με τη δημιουργία ενός βιβλίου - λευκώματος μαζί με το παιδί, το οποίο θα αναφέρεται στην ιστορία της ζωής του και σε γεγονότα που έχουν συμβεί έως εκείνη τη στιγμή (Dixon, Howie, & Starling, 2005).

Κύρια επιδίωξη είναι σε όλες του τις εκδηλώσεις το παιδί να εκφράζεται απροσποίητα, είτε όταν μέσα από το θεραπευτικό παιχνίδι εκδραματίζει το τραυματικό γεγονός και τους φόβους του, είτε όταν ζωγραφίζει, ή είτε ακόμη όταν η ηλικία του το επιτρέπει να επιλέγει τη χρήση γραπτού αφηγηματικού λόγου για ότι του συμβαίνει σε ημερολόγιο ή προσωπικό βιβλίο ιστοριών. Η παροχή ευκαιριών στο παιδί, καθώς και η διευκόλυνσή του να λεκτικοποιεί τα συναισθήματά του για την τραυματική εμπειρία μέσα από ευκαιρίες έκφρασης, λειτουργεί για αυτό θεραπευτικά και ανακουφιστικά και επιπλέον, το προφυλάσσει από έντονες και ακραίες μετατραυματικές εκδηλώσεις (Dixon, Howie, & Starling, 2005).

Στην αξιοποίηση των εκφραστικών μέσων εντάσσεται και η αφηγηματική θεραπεία έκθεσης (narrative exposure therapy) ή οποία εφαρμόζεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Κατά τη θεραπευτική αυτή διαδικασία το παιδί καλείται να μιλήσει με κάθε λεπτομέρεια για το τραυματικό γεγονός, βιώνοντας τα συναισθήματα που συνδέονται με αυτό και νιώθοντας σταδιακά λιγότερο φόβο για τις οδυνηρές αναμνήσεις ενώ παράλληλα επιχειρείται η ανοικοδόμηση της τραυματικής μνήμης που οδηγεί στην ύφεση της μετατραυματικής συμπτωματολογίας (Dixon, Howie, & Starling, 2005).

Η θεραπεία έκθεσης χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την αφήγηση της αυτοβιογραφικής μνήμης, η οποία είναι αποτελεσματική σε παιδιά μεγαλύτερα των οκτώ ετών. Σε αυτή τη διαδικασία το παιδί καλείται να περιγράψει τι συνέβη με μεγάλη λεπτομέρεια, δίνοντας προσοχή σε ότι βίωσε αναφορικά με αυτό που είδε, άκουσε, μύρισε, αισθάνθηκε και σκεφτόταν κατά τη διάρκεια του γεγονότος. Αρχικά, αυτό ενδεχομένως να είναι οδυνηρό, αλλά σταδιακά επιτυγχάνεται η εξοικείωση με

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

τη διαδικασία και τα επίπεδα δυσφορίας μειώνονται σημαντικά μετά από μόλις τέσσερις συνεδρίες «έκθεσης» (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Όταν το παιδί φαίνεται να δυσφορεί να συμμετάσχει μετά από κάποια στιγμή σε οποιαδήποτε θεραπευτική διαδικασία γίνεται προσπάθεια να αποσπασθεί η προσοχή του σε ανώδυνα και ευχάριστα ερεθίσματα όπως τηλεόραση, βίντεο, μουσική και διαδραστικό παιχνίδι (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

### 2.6 Τεχνικές χαλάρωσης

Τα παιδιά που μπορούν να συνεργαστούν και να ακολουθήσουν λεκτικές εντολές, έχουν τη δυνατότητα να εκπαιδευτούν σε τεχνικές χαλάρωσης, τις οποίες μπορούν να εφαρμόζουν σαν να είναι παιχνίδι για να διαχειρίζονται και να αποφορτίζουν το άγχος που βιώνουν, ιδιαίτερα τις στιγμές που αυτό τα κατακλύζει. Είναι πολύ βοηθητικό το «τραυματισμένο» παιδί να μάθει τις βασικές τεχνικές χαλάρωσης (βαθιά κοιλιακή αναπνοή, θεραπευτικός οραματισμός, καθοδηγούμενη νοερή απεικόνιση κ.ά.) για να είναι ανεκτή η επαναβίωση της εμπειρίας του και για να μπορεί να αμβλύνει τις τραυματικές μνήμες, καθώς και τις συνοδές σωματικές αντιδράσεις. Οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να εφαρμοσθούν ακόμη, ως προδιαδικαστική προετοιμασία για τη δημιουργία συνθήκης θεραπευτικής προσέγγισης και προτείνονται από τους νοσηλευτές σαν ένα «διάλειμμα» στις εκδηλώσεις που εμφανίζει το παιδί (αυξημένοι καρδιακοί παλμοί, ταχύπνοια ή ασθματική αναπνοή), κατά τη διάρκεια της επαναβίωσης του τραυματικού γεγονότος (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Οι αυτοανακουφιστικές τεχνικές λειτουργούν στο ίδιο σχεδόν πλαίσιο με τις τεχνικές χαλάρωσης και είναι καλό το παιδί να μάθει να τις χρησιμοποιεί πριν γίνει οποιαδήποτε αναφορά στο «τραύμα», για να έχει έλεγχο σε έντονες ψυχοσωματικές αντιδράσεις όταν συμβαίνει μνημονική ανάκληση σκηνών του τραυματικού γεγονότος. Αν το παιδί είναι πολύ μικρό και έχει γονέα ή συγγενή διαθέσιμο που του έχει εμπιστοσύνη, μπορεί να αποδεχθεί αυτές τις τεχνικές αμέσως (Dixon, Howie, & Starling, 2005).

Αναφορικά με τη συνεργασία του νοσηλευτή με το παιδί για την εφαρμογή αυτοανακουφιστικών τεχνικών, χρειάζεται πρώτα να δομηθεί σχέση ασφάλειας και



## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

εμπιστοσύνης για να μπορέσει να του τις διδάξει, ώστε στη συνέχεια να μπορεί να τις εφαρμόζει και μόνο του. Οι αυτιανακουφιστικές τεχνικές περιλαμβάνουν, τεχνικές όπως το χάδι στο μάγουλο, το λίκνισμα, ή το σιγανό τραγούδι, έτσι ώστε τα παιδιά να μπορούν να αμβλύνουν τις τραυματικές μνήμες όταν επανεμφανίζονται και τα κατακλύζουν (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

### **2.7 Αντιμετώπιση διαταραχών ύπνου**

Οι διαταραχές ύπνου συμπεριλαμβάνονται στις σοβαρές δυσκολίες που εμφανίζει ένα παιδί με μετατραυματική απάντηση. Εκτός από την αϋπνία και τους εφιάλτες, το παιδί αναπτύσσει άγχος όταν είναι η ώρα να κοιμηθεί, με αποτέλεσμα συχνά να παραμένει ξύπνιο για να ελέγχει το περιβάλλον, αλλά και για να αποφεύγει τη δυσφορία που του προκαλούν οι εφιάλτες. Για την διευκόλυνση του ύπνου του παιδιού φροντίζει να κλείνει την ημέρα του διασυνδέοντας το με ένα ευχάριστο πρόγραμμα της επόμενης ημέρας. Όταν το παιδί είναι σε μικρή ηλικία ο νοσηλευτής παραμένει δίπλα του μέχρι να κοιμηθεί, διαβάζοντάς του ένα παραμύθι με αισιόδοξο περιεχόμενο και θετικό τέλος. Επιπρόσθετα, δεν παραλείπει να το διαβεβαιώσει ότι θα βρεθεί αμέσως στο δωμάτιό του για ότι χρειαστεί, καλύπτοντας την ανάγκη του για ασφάλεια και προστασία (Teicher, et al., 2003).

### **2.8 Κάλυψη διατροφικών αναγκών σε παιδιά και εφήβους με μετατραυματικό στρες**

Στη μετατραυματική συμπτωματολογία συχνά εμφανίζονται διατροφικές διαταραχές (ανορεξία, υπερφαγία), οι οποίες χρειάζεται να αντιμετωπίζονται στην έναρξη τους. Είναι απαραίτητο για ένα παιδί που είναι ταραγμένο, καταπονημένο και οι μεταβολικές του ανάγκες είναι αυξημένες από την απελευθέρωση των «ορμονών του στρες», όπως η κορτιζόλη και οι κατεχολαμίνες, να ακολουθεί σωστό και ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα. Συχνά το θέμα των διατροφικών αναγκών δεν εντάσσεται στις προτεραιότητες φροντίδας του παιδιού με αποτέλεσμα να δίνεται περισσότερη έμφαση και προσοχή στις δυσκολίες που εμφανώς αντιμετωπίζει ή στις εκδηλώσεις που έχει επειδή φαίνεται αναστατωμένο ή αποσυρμένο. Χρειάζεται να παρατηρείται αν το παιδί ακολουθεί το ημερήσιο διατροφικό πρόγραμμα, να καταγράφει την πρόσληψη των κανονικών γευμάτων και της επαρκούς ενυδάτωσης,

## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

καθώς και να εφαρμόζει τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ενδεχόμενης ψυχογενούς υπερφαγίας. Η δυνατότητα επιλογής από το ίδιο το παιδί των φαγητών που προτιμά, πολλές φορές λειτουργεί ως κίνητρο για την κάλυψη των διατροφικών του αναγκών και παράλληλα το βοηθά στην ανάκτηση του χαμένου ελέγχου, εφόσον του παρέχεται η ευκαιρία έκφρασης άποψης και επιλογής για θέματα που το αφορούν (Paddon-Jones, 2006).

### **2.10 Επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες**

Η συμβουλευτική βοήθεια στα παιδιά και στους γονείς για την επιστροφή στη φυσιολογική ρουτίνα εντάσσεται μέσα στα πλαίσια της αποκατάστασης μετά από «τραύμα». Η ενθάρρυνση της επιστροφής του παιδιού στις βασικές δραστηριότητες της ηλικίας του, όπως η συνέχιση των σχολικών του υποχρεώσεων και η επανασύνδεσή του με πράγματα που συνήθιζε να κάνει και το ευχαριστούσαν, διευκολύνει και προσδιορίζει την πορεία της αποκατάστασής του. Επίσης, είναι σημαντικό να γίνει προετοιμασία του παιδιού για τις απαντήσεις που θα χρειασθεί να δώσει σε ερωτήσεις που ενδεχομένως θα του κάνουν οι συμμαθητές του, για να μην βιώσει άγχος και να μην νοιώσει αμηχανία (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

### **2.11 Θεραπεία της τραυματικού στρες στην εφηβική ηλικία: Ψυχοφαρμακολογία**

Αν και η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας για τα παιδιά με τραυματικό στρες και μετατραυματικό στρες έχει μελετηθεί εκτενώς, υπάρχουν λίγα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας για τα μετατραυματικά συμπτώματα. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) αποτελούν τη φαρμακοθεραπεία πρώτης γραμμής για ενήλικες με μετατραυματικό στρες, αλλά τα στοιχεία είναι ελλιπή για τη χρήση τους σε εφήβους. Μόνο η σερτραλίνη και η φλουοξετίνη έχουν δοκιμαστεί σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές σε εφήβους με μετατραυματικό στρες και βρέθηκαν να είναι όχι περισσότερο αποτελεσματικά από το εικονικό φάρμακο. Η σιταλοπράμη εμφανίστηκε αποτελεσματική σε ανοικτή δοκιμή, αλλά δεν έχει δοκιμαστεί σε τυφλές τυχαιοποιημένες μελέτες. Άλλοι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης δεν έχουν δοκιμαστεί σε εφήβους με μετατραυματικό στρες και αλλά

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

αντικαταθλιπτικά φάρμακα είτε δεν έχουν μελετηθεί (αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης, βουπροπρόνη) ή υπάρχουν περιορισμένα (νεφαζοδόνη) ή ασαφή (μονοαμινοξειδάσης αναστολείς) δεδομένα. Με δεδομένη αυτή την έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων και την πιθανή προκαλούμενη από τα φάρμακα διέγερση σε ασθενείς που ήδη ανήκουν ευάλωτες ομάδες για διέγερση και ευερεθιστότητα, δεν υπάρχουν ισχυρά δεδομένα για να συσταθούν τα αντικαταθλιπτικά για τη θεραπεία του μετατραυματικού στρες σε εφήβους.

Με δεδομένη την επικράτηση του άγχους και συμπτωμάτων πανικού μετά από τραύμα, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να μπου στον πειρασμό να συνταγογραφήσουν βενζοδιαζεπίνες για την αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων. Η χρήση των βενζοδιαζεπινών δεν συνιστάται για εφήβους με μετατραυματικό στρες, δεδομένου ότι δεν έχουν μελετηθεί και υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για εθισμό. Συχνά, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη αντιμετώπιση παρόμοιων συμπτωμάτων άγχους και πανικού είναι τα άτυπα αντιψυχωσικά. Άτυπα αντιψυχωσικά συχνά συνταγογραφούνται σε νέους που έχουν βιώσει τραυματική εμπειρία, για την αντιμετώπιση του άγχους, καθώς και για την συναισθηματική απορύθμιση, την επιθετικότητα, και ψυχωτικά συμπτώματα. Ωστόσο, δεν είναι σαφές από την έρευνα εάν τα οφέλη από την χρήση των άτυπων αντιψυχωσικών υπερτερούν των κινδύνων.

Όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και τα ανταδρενεργικά φάρμακα, τα άτυπα αντιψυχωσικά έχουν δείξει ελπιδοφόρα αποτελέσματα σε τυχαιοποιημένες μελέτες ενηλίκων, αλλά μόνο μελέτες περίπτωσης έχουν αναφερθεί σε παιδιά και εφήβους. Παρά το γεγονός ότι οι εκθέσεις αυτές είναι θετικές, δεδομένης της πιθανότητας για σημαντικές παρενέργειες (συμπεριλαμβανομένου του μεταβολικού συνδρόμου, εξωπυραμιδικών επιδράσεων, παράταση του QT, και της παχυσαρκίας), οι κλινικοί γιατροί πρέπει να είναι προσεκτικοί κατά την χρήση τους.

Τα φάρμακα που στοχεύουν το νοραδρενεργικό σύστημα, το οποίο συχνά απορρυθμίζεται μετά το μετά-τραυματικού στρες, χρησιμοποιούνται συνήθως σε ενήλικες ασθενείς με στόχο να μειώσουν το άγχος και την διέγερση. Ωστόσο, όπως τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιψυχωσικά, τα ανταδρενεργικά έχουν περιορισμένες ενδείξεις χρήσης σε εφήβους.

Εν ολίγοις, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να είναι προσεκτικοί με τη χρήση των ψυχοφαρμάκων για την αντιμετώπιση των συνεπειών του τραύματος στους εφήβους.

## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

Όταν σαφής συμπτώματα κατάθλιψης, ψύχωσης, ή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας είναι παρόντα, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να χρησιμοποιούν φάρμακα για την αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων, όπως ενδείκνυται κλινικά. Ωστόσο, η ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση του τραύματος θα πρέπει να παρέχεται ταυτόχρονα με την ψυχοφαρμακολογία με σκοπό το μέγιστο όφελος (Gerson and Rappaport, 2013).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>:**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΜΕΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ**

#### **3.1 Ο νοσηλευτής και το παιδί – έφηβος με μετατραυματικό στρες**

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών συνήθως δείχνει περισσότερο ενδιαφέρον για τις ορατές σωματικές βλάβες (όπως για παράδειγμα εκδορές, μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα) στα παιδιά και στους εφήβους, και όχι για εκείνες που πιθανόν έχουν υποστεί σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Ενώ οι νοσηλευτές είναι σαφώς προσανατολισμένοι στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, δεν εκπαιδεύονται σχετικά με τις παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη της μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται να παρέχουν σε παιδιά με μετατραυματικές εκδηλώσεις. Ενδεχομένως, αυτό συμβαίνει επειδή μέχρι σήμερα δεν έχουν σχεδιαστεί πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να αξιοποιούν τις γενικές νοσηλευτικές αρχές, τις γνώσεις της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, της παιδιατρικής και κοινοτικής νοσηλευτικής για τη φροντίδα των παιδιών με «τραύμα» (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Οι νοσηλευτές οι οποίοι προσεγγίζουν και νοσηλεύουν παιδιά και εφήβους μετά από τη βίωση ψυχοτραυματικού γεγονότος είναι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, καθώς και οι σχολικοί νοσηλευτές ανάλογα με τα επαγγελματικά δικαιώματα και τις αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

### **3.2 Πρόληψη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας σε παιδιά και εφήβους**

Η πρόληψη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας είναι ένα θέμα κεφαλαιώδους σημασίας στη φροντίδα των παιδιών και συνεπώς, των μελλοντικών ενηλίκων. Η πιο σημαντική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της θεωρείται η πρόληψη της ανάπτυξης και της εγκατάστασης μετατραυματικών εκδηλώσεων, μετά από βίωση τραυματικού γεγονότος. Το βασικό υποστηρικτικό σύστημα που διαπιστωμένα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής, αλλά και στη διαχείριση της κρίσης είναι η οικογένεια ή το πλαίσιο που υποκαθιστά την οικογένεια και φροντίζει παιδιά όπως για παράδειγμα ανάδοχη οικογένεια, ορφανοτροφείο (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Ο κοινοτικός καθώς και ο σχολικός νοσηλευτής χρειάζεται να εντάσσει προγράμματα πρόληψης μετατραυματικής διαταραχής εντός της κοινότητας ή στο τοπικό σχολικό σύστημα αντίστοιχα, αλλά χρειάζεται επιπλέον, όπως ο κλινικός νοσηλευτής και ο νοσηλευτής που εργάζεται σε δομές προστασίας παιδιών, καθώς και αυτός που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε περιστάσεις μαζικών καταστροφών να γνωρίζει τρόπους ανίχνευσης, εντοπισμού και εκτίμησης των πρώιμων μετατραυματικών συμπτωμάτων σε παιδιά, ώστε να προλαμβάνεται η κλιμάκωσή τους. Επειδή το σχολείο αποτελεί ιδιαίτερο χώρο κοινωνικής και διαπροσωπικής ανάπτυξης του παιδιού, ο σχολικός νοσηλευτής μέσα από τα επαγγελματικά του δικαιώματα και τον εξειδικευμένο ρόλο που έχει, χρειάζεται να διασυνδέει άμεσα με τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας τα παιδιά για τα οποία υπάρχει το ενδεχόμενο ανάπτυξης μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τις οικογένειές τους, να ασκεί συμβουλευτική νοσηλευτική και να συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς και το περιβάλλον των παιδιών για την πρόληψη εκδήλωσης μετατραυματικής συμπτωματολογίας. Επιπρόσθετα, ο σχολικός νοσηλευτής σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, τα παιδιά και τους γονείς τους έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στο περιορισμό του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού (bullying) που συμπεριλαμβάνεται στους παράγοντες που ευθύνονται για την ανάπτυξη μετατραυματικής συμπτωματολογίας (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Ο νοσηλευτής ο οποίος εργάζεται σε δομές προστασίας παιδιών δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη και στην ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής,

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

επειδή ασχολείται με τη φροντίδα παιδιών που εξ ορισμού προέρχονται από δύσκολο οικογενειακό περιβάλλον και έχουν βιώσει δύσκολες καταστάσεις (παραμέληση, απουσία γονικής στοργής) με αποτέλεσμα ο κίνδυνος εμφάνισής της να είναι μεγάλος (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Ως μέλος ομάδας παρέμβασης σε μαζικές καταστροφές, ο νοσηλευτής συμβάλει ενεργά στην πρόληψη των εκδηλώσεων του τραύματος, εντοπίζοντας παιδιά που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικής συμπτωματολογίας π.χ. παιδιά που κινδύνεψε η ζωή τους ή έχουν μείνει χωρίς γονείς (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Σε επίπεδο πρόληψης του «τραύματος» αλλά και θεραπευτικής παρέμβασης σε τραυματικά βιώματα, συμπεριλαμβάνονται οι προτάσεις για παιδικά βιβλία που αφορούν στην εκπαίδευση των παιδιών με ξεχωριστό τρόπο και προσφέρουν σημαντική βοήθεια, καθώς διαχειρίζονται επώδυνα ευαίσθητα και δύσκολα ζητήματα, όπως η παιδική κακοποίηση (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

### 3.3 Νοσηλευτικό ιστορικό

Η διάγνωση και η αντιμετώπιση μετατραυματικής συμπτωματολογίας στα παιδιά έχει ιδιαίτερες προκλήσεις. Είναι σημαντικός ο προσδιορισμός του αιτιολογικού παράγοντα και των παραμέτρων του «τραύματος», των πρώτων μετατραυματικών αντιδράσεων του παιδιού μετά από την έκθεσή του στο τραυματικό γεγονός, του φάσματος της συμπτωματολογίας που έχει αναπτυχθεί, καθώς και του κινδύνου ύπαρξης συνθήκης επαναληπτικής βίωσής του (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Αρχικά, ο νοσηλευτής χρειάζεται να συγκεντρώσει με το νοσηλευτικό ιστορικό στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν στο παιδί από κάθε πηγή που είναι διαθέσιμη, αφού ελέγξει πρώτα την αξιοπιστία της. Η συλλογή στοιχείων εστιάζεται στην προσωπικότητα του παιδιού, στις δυσκολίες και στις δυνατότητες του, στο περιβάλλον που διαβιεί, στη σχολική του επίδοση, στις σχέσεις του με τους άλλους (γονείς, αδέρφια, συμμαθητές και δασκάλους), στις τυχόν δυσχέρειες που αντιμετώπιζε στην καθημερινότητά του και στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούσε όταν αντιμετώπιζε δυσκολίες (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

Επιπρόσθετα, λαμβάνονται πληροφορίες για την ύπαρξη σωματικών, ψυχικών και διανοητικών προβλημάτων, το ενδεχόμενο θυματοποίησης ή κακοποίησης του από τους γονείς ή από άλλα ενήλικα άτομα, ή ακόμη και από τους συμμαθητές του, το βαθμό επίβλεψης που υπήρχε από τους γονείς, το καθημερινό πρόγραμμα που ακολουθούσε, τις συνήθειες που είχε πριν από τη βίωση του τραυματικού γεγονότος, καθώς και τις δραστηριότητες που προτιμούσε (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Οι νοσηλευτές χρειάζεται πάντα να λαμβάνουν υπόψη τους την εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς και τους φροντιστές, όταν αναφέρονται σε καταστάσεις ή γεγονότα κατά τη λήψη ιστορικού. Συνεπώς, αν αυτό είναι δυνατόν, επιδιώκεται η προσωπική επικοινωνία του νοσηλευτή με το παιδί και είναι απαραίτητο να γίνεται πάντα λεπτομερειακή καταγραφή των παρατηρήσεων, ώστε να υπάρχουν ολοκληρωμένα και επαρκή στοιχεία για να αξιοποιηθούν στη διαμόρφωση εξατομικευμένου προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο θα ενσωματωθεί στην καθημερινότητά του, ώστε να μην προκύψουν προβλήματα προσαρμογής (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

### 3.4 Νοσηλευτική εκτίμηση

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές, συνήθως δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον για τις ορατές σωματικές βλάβες (εκδορές, μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα) στα παιδιά, και όχι για εκείνες που πιθανόν έχουν υποστεί σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Παρ' ότι οι νοσηλευτές είναι σαφώς προσανατολισμένοι στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, δεν εκπαιδεύονται σχετικά με τις παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη της μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται να παρέχουν σε παιδιά με μετατραυματικές εκδηλώσεις. Ενδεχομένως, αυτό συμβαίνει επειδή μέχρι σήμερα δεν έχουν σχεδιαστεί πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να αξιοποιούν τις γενικές νοσηλευτικές αρχές, τις γνώσεις της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, της παιδιατρικής και κοινοτικής νοσηλευτικής για τη φροντίδα των παιδιών με «τραύμα» (Alisic, et al., 2008).

Οι νοσηλευτές που προσεγγίζουν και νοσηλεύουν παιδιά μετά από τη βίωση ψυχοτραυματικού γεγονότος είναι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές, οι νοσηλευτές ψυχικής



## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

υγείας, οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, καθώς και οι σχολικοί νοσηλευτές ανάλογα με τα επαγγελματικά δικαιώματα και τις αρμοδιότητες που τους εκχωρούνται (Alisic, et al., 2008).

Η παρουσία μετατραυματικής συμπτωματολογίας που συνδέεται με την έκθεση του παιδιού σε ακραίες καταστάσεις ή τη βίωση εμπειριών από τις οποίες απειλήθηκε σοβαρά και προκλήθηκαν βλάβες στην συναισθηματική, ψυχική και σωματική του ευεξία δεν εντοπίζεται άμεσα, εκτός εάν πραγματοποιηθεί λεπτομερής εκτίμηση. Η διεξοδική εκτίμηση αφορά στην αξιοποίηση των στοιχείων του νοσηλευτικού ιστορικού για να προσδιορισθούν τα τρέχοντα προβλήματα και οι άμεσες ανάγκες του παιδιού, αλλά και της οικογένειας με σκοπό τη διαμόρφωση των στόχων της θεραπευτικής προσέγγισης και νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα επιλεγούν, αφού σταθμιστούν τα δυνητικά οφέλη έναντι των ενδεχόμενων κινδύνων (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Η εκτίμηση της εκδήλωσης μετατραυματικής απάντησης στο παιδί και ο εντοπισμός των δυσκολιών που έχουν προκύψει, αφορούν στα προβλήματα που υπάρχουν αναφορικά με το ψυχοσυναισθηματικό αναπτυξιακό στάδιο, στη δυσλειτουργία σε διαπροσωπικό επίπεδο, στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής ή αυτοκτονικής συμπεριφοράς, στο χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, στην ανεπαρκή διαδραστική επικοινωνία και διαταραχή συναισθήματος, στο έλλειμμα προσοχής και στη δυσκολία συγκέντρωσης, στην εμφάνιση ψυχοσωματικών προβλημάτων και στις ανάγκες που έχουν ανακύψει αναφορικά με τη κάλυψη συναισθηματικών αναγκών της ηλικίας του. Επίσης, η εικόνα που παρουσιάζει ένα παιδί, δηλαδή αν φαίνεται ανήσυχο, στεναχωρημένο, αποσυρμένο και σε μαρασμό, χαρούμενο και επικοινωνιακό, είναι αλάνθαστη πηγή πληροφόρησης και δηλώνει πολλά για όσα βιώνει. Γενικά, η προσεκτική παρατήρηση που αφορά στις αιφνίδιες μεταβολές της συμπεριφοράς, της διανοητικής κατάστασης και της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης των μικρών παιδιών που δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφράζουν πάντα με λόγια τι έχει συμβεί ή πως αισθάνονται, έχει σημαντική θέση στην εκτίμηση της κατάστασής τους και αποτελούν αναφορές στη μετατραυματική συμπτωματολογία. Ωστόσο, στο επίκεντρο της εκτίμησης είναι αναγκαίο πάντα να βρίσκεται η ποιότητα της σχέσης του παιδιού με τους γονείς - φροντιστές με τους οποίους το παιδί θα συνεχίσει να ζει μαζί τους. Η συστηματική επανεκτίμηση του παιδιού και των γονέων θα πρέπει να

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

διεξάγεται σε τακτά χρονικά διαστήματα για την αναθεώρηση των θεραπευτικών στόχων και τον επαναπροσδιορισμό της θεραπείας προόδου και της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο βασικός στόχος είναι η επαναφορά της λειτουργικότητας και της μακροπρόθεσμης ευημερίας του παιδιού με την πρόληψη μελλοντικών προβλημάτων (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

### 3.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η πρόληψη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας είναι ένα θέμα κεφαλαιώδους σημασίας στη φροντίδα των παιδιών και συνεπώς, των μελλοντικών ενηλίκων. Για αυτό και η σημαντικότερη προσέγγιση για την αντιμετώπισή της θεωρείται η πρόληψη της ανάπτυξης και της εγκατάστασης μετατραυματικών εκδηλώσεων, μετά από βίωση τραυματικού γεγονότος. Το βασικό υποστηρικτικό σύστημα που διαπιστωμένα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής, αλλά και στη διαχείριση της κρίσης είναι η οικογένεια ή το πλαίσιο που υποκαθιστά την οικογένεια και φροντίζει παιδιά όπως για παράδειγμα η ανάδοχη οικογένεια, το ορφανοτροφείο (Adler-Nevo, & Manassis, 2005).

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

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

εκπαιδευτικούς, τα παιδιά και τους γονείς τους έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στο περιορισμό του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού (bullying) που συμπεριλαμβάνεται στους παράγοντες που ευθύνονται για την ανάπτυξη μετατραυματικής συμπτωματολογίας (Adler-Nevo, & Manassis, 2005).

Ο νοσηλευτής που εργάζεται σε δομές προστασίας παιδιών δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην πρόληψη και στην ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής, επειδή ασχολείται με τη φροντίδα παιδιών που εξ ορισμού προέρχονται από δύσκολο οικογενειακό περιβάλλον και έχουν βιώσει δύσκολες καταστάσεις (παραμέληση, απουσία γονεϊκής στοργής) με αποτέλεσμα ο κίνδυνος εμφάνισής της να είναι μεγάλος (Adler-Nevo, & Manassis, 2005).

Ο νοσηλευτής, ως μέλος ομάδας παρέμβασης σε μαζικές καταστροφές, συμβάλει ενεργά στην πρόληψη των εκδηλώσεων του τραύματος, εντοπίζοντας παιδιά που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικής συμπτωματολογίας όπως για παράδειγμα παιδιά που κινδύνεψε η ζωή τους ή έχουν μείνει χωρίς γονείς (Adler-Nevo, & Manassis, 2005).

Σε επίπεδο πρόληψης του «τραύματος» αλλά και θεραπευτικής παρέμβασης σε τραυματικά βιώματα, συμπεριλαμβάνονται οι προτάσεις για παιδικά βιβλία που αφορούν στην εκπαίδευση των παιδιών με ξεχωριστό τρόπο και προσφέρουν σημαντική βοήθεια, καθώς διαχειρίζονται επώδυνα ευαίσθητα και δύσκολα ζητήματα, όπως η παιδική κακοποίηση (Adler-Nevo, & Manassis, 2005).

Συνεπακόλουθα, το παιδί με αυτοκαταστροφική ή αυτοκτονική συμπεριφορά θεωρείται ότι έχει βιώσει τραυματικές καταστάσεις και έχει αναπτύξει συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής στρες και κατάθλιψης, και γι αυτό χρειάζεται να αντιμετωπίζεται άμεσα αναφορικά με το «τραύμα». Το «τραυματισμένο» παιδί μπορεί να παρατηρηθεί ότι επιχειρεί παράτολμα παιχνίδια ή κάνει ενέργειες που ενέχουν υψηλό βαθμό κινδύνου, υιοθετώντας παράδοξες συμπεριφορές με αυτοκαταστροφικό ή αυτοτιμωρητικό χαρακτήρα που απειλούν σοβαρά την ασφάλεια του. Προτεραιότητα για το νοσηλευτή αποτελεί η προστασία της ζωής του παιδιού που βίωσε τραυματικό γεγονός με την εκτίμηση και την πρόληψη παρακινδυνευμένης, αυτοκαταστροφικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αλλά και των κινδύνων που ενδεχομένως διατρέχει από ένα μη ασφαλές περιβάλλον

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

μέσα στο οποίο διαβιεί. Επιπλέον, λόγω της ελλειμματικής προσοχής και της αδυναμίας συγκέντρωσης ενδεχομένως να είναι επιρρεπές σε ατυχήματα για αυτό επιβάλλεται να είναι εγκατεστημένος ένας υψηλός βαθμός ασφάλειας του περιβάλλοντος. Οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο για αυτούς τους λόγους να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί αναφορικά με την επίβλεψη - επιτήρηση του παιδιού, διατηρώντας ταυτόχρονα λεπτές ισορροπίες στη χρήση περιορισμών, τους οποίους θέτουν για την ασφάλεια και την προστασία του, ώστε να αποφευχθεί ο εκ νέου «τραυματισμός» του. Το νοσηλευόμενο παιδί με «τραύμα» χρειάζεται προσωπική και αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα για την προστασία του και η εξασφάλιση της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας επιτυγχάνεται με την προσωπική ανάθεση του σε συγκεκριμένο νοσηλευτή (προσωπικός νοσηλευτής - “key nurse”). Ωστόσο, αυτός ο τύπος νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή του μέσα στο πλαίσιο των υφιστάμενων νοσοκομειακών συνθηκών, καθώς προϋποθέτει επαρκή στελέχωση των παιδιατρικών – παιδοψυχιατρικών θεραπευτικών δομών, αλλά και επικαιροποιημένη γνώση σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές εφαρμογές και σε θεραπευτικές επικοινωνιακές (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Οι νοσηλευτές με κάθε ευκαιρία χρειάζεται να επιχειρούν την ανάδειξη των υποτιμημένων ικανοτήτων και την ανάπτυξη του προσωπικού δυναμικού που κρύβει το παιδί, για να ανακτήσει την αυτοεκτίμησή του και να διεκδικήσει την αξιοπρέπεια του. Η ανάγνωση παραμυθιών που το περιεχόμενό τους αναφέρεται σε θέματα όπως, ότι παρά τις δυσκολίες που είχε ένα παιδί στο τέλος τα κατάφερε, καθώς και η θετική αναπλαισίωση της κατάστασης του μέσα από ήρωες που θαυμάζει, βοηθούν πολύ το παιδί με «τραύμα» να πιστέψει στις δυνατότητες που έχει και να εκλογικεύσει ακόμη και τις πλέον οδυνηρές καταστάσεις (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει μέσα από το συμβουλευτικό του ρόλο τη φυσική άσκηση του παιδιού και γενικότερα την εκπόρευση της ψυχικής του ενέργειας κινητικά, μέσα από ατομικές, αλλά και ομαδικές δραστηριότητες. Η κινητική και διανοητική συμμετοχή του «τραυματισμένου» παιδιού, καθώς και η επικοινωνιακή συνδιαλλαγή του μέσα από δραστηριότητες συντελούν στην απομάκρυνση του στρες αλλά και των πιεσμένων αισθημάτων του, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του, στην ανάκτηση της κοινωνικής του επάρκειας και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

διαχείρισης σχέσεων και καταστάσεων, συντελώντας στην ομαλή αναπτυξιακή του διαδικασία (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Η κοινωνική στήριξη που θα παρασχεθεί στο παιδί μετά από «τραύμα» από κοινοτικές υπηρεσίες υγείας που είναι σε θέση να του προσφέρουν συνεχιζόμενη και μακροπρόθεσμη στήριξη, χρειάζεται να συμπεριλαμβάνεται από το νοσηλευτή σε κάθε αποκαταστασιακό θεραπευτικό σχεδιασμό. Για τη διαχείριση των μετατραυματικών εκδηλώσεων των παιδιών και την επιστροφή τους στην καθημερινότητα, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των γονέων, αλλά και των ατόμων που είναι «οι σημαντικοί άλλοι» στη ζωή τους, όπως οι δάσκαλοι. Είναι πολύ βοηθητικό ο δάσκαλος να είναι ενημερωμένος και ευαισθητοποιημένος από τον επαγγελματία υγείας που έχει αναλάβει την επανασύνδεση του παιδιού με το σχολείο (κοινοτικός νοσηλευτής, σχολικός νοσηλευτής) για τα θέματα που το προβληματίζουν ή το φέρνουν σε δύσκολη θέση, ώστε να μπορεί να διαχειρισθεί ενδεχόμενες καταστάσεις που θα προκύψουν με επιδεξιότητα και ευαισθησία και να ανταποκριθεί με θετικό τρόπο στις ανησυχίες που τυχόν υπάρχουν, αναφορικά με θέματα απορρήτου και εμπιστευτικότητας (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

Η υποστήριξη και η ευαισθησία που θα δείξουν οι γείτονες, οι δάσκαλοι αλλά και οι συνομήλικοι του παιδιού είναι το αμυντικό του ανάχωμα στις μετατραυματικές δυσκολίες. Είναι γεγονός ότι, τα παιδιά που αντιμετωπίζονται με κατανόηση και λαμβάνουν στήριξη από το σχολείο τους την περίοδο μετά το «τραύμα» έχουν ταχύτερη αποκατάσταση (Ouzouni, & Nakakis, 2008).

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

---

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

Ειδικότερα, τα παιδιά μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος μπορεί να εκδηλώσουν ένα φάσμα συμπτωμάτων, τα οποία παραπέμπουν σε μετατραυματική διαταραχή που συχνά επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητά τους, την ομαλή ψυχοσυναισθηματική τους εξέλιξη έχοντας αντίκτυπο και επιβαρύνοντας πολλές πτυχές της μετέπειτα ενήλικης ζωής τους.

Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται ενεργά στην πρόληψη της εκδήλωσης μετατραυματικής συμπτωματολογίας, αλλά και στη φροντίδα παιδιών μετά από τη βίωση ψυχοτραυματικού γεγονότος είναι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, καθώς και οι σχολικοί νοσηλευτές. Με την αξιοποίηση των στοιχείων του νοσηλευτικού ιστορικού που αφορούν την προσωπικότητα του παιδιού, την ιστορία της ζωής του, τη φύση και τα χαρακτηριστικά του τραυματικού γεγονότος, το βαθμό επηρεασμού του παιδιού από το «τραύμα», καθώς και το πλαίσιο που διαβιεί, οι νοσηλευτές πραγματοποιούν τη συνολική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας του.

Από τη στιγμή που δεν υπάρχουν πλάνα φροντίδας, τα οποία να αναφέρονται στο παιδί μετά από τραυματικό γεγονός, οι νοσηλευτές συνθέτουν τις βασικές και τις εξειδικευμένες γνώσεις τους και λαμβάνοντας υπόψη τον αιτιολογικό παράγοντα του «τραύματος», την ηλικία του παιδιού, τη γενική του υγεία, τη σοβαρότητα της μετατραυματικής συμπτωματολογίας, την ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικού περιβάλλοντος και την ανταπόκρισή του στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, διαμορφώνουν το σχεδιασμό και την εφαρμογή νοσηλευτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Τόσο οι πληροφορίες όσο και τα μηνύματα που δίνει το παιδί με «τραύμα» στο νοσηλευτή με τη λεκτική επικοινωνιακή συνδιαλλαγή, τη σχεδιαστική αποτύπωση των σκέψεων και των συναισθημάτων του, τη συμμετοχή του σε

## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

θεατρικό παιχνίδι και γενικότερα με κάθε εκφραστικό μέσο, γίνονται η αφετηρία για την εφαρμογή των ενδεδειγμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Τέλος, η στήριξη από τον κοινοτικό και τον σχολικό νοσηλευτή των «τραυματισμένων» παιδιών και η άσκηση συμβουλευτικής στις οικογένειές τους με την αξιοποίηση του κοινοτικού θεραπευτικού πλαισίου, καθώς και η ευαισθητοποίηση του κοινοτικού περιβάλλοντος θεωρείται ότι είναι μείζονος σημασίας και αναγκαία για τη θεραπευτική τους πορεία και την αποκατάσταση της λειτουργικότητάς τους.

# ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ο Άλεξ 15 ετών, μεταφέρθηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών από την αδελφή του. Ξύπνησε μέσα στη νύχτα και τον βρήκε γράφει ένα σημείωμα αυτοκτονίας στο τραπέζι της κουζίνας. Η μυρωδιά του αλκοόλ ήταν στην αναπνοή του, και υπήρχαν μπουκάλια μπύρας, παυσίπονα και υπνωτικά χάπια δίπλα του. Όταν εκείνη τον είδε στο τραπέζι της κουζίνας, είπε, «δεν είμαι ικανός για τίποτα. Όλα μπορούν να είναι καλύτερα χωρίς εμένα. "Μετά από έντονη παράκληση, η αδελφή έπεισε τον Άλεξ να πάνε μαζί στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του τοπικού νοσοκομείου. ".

Στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ο Alex ήταν υποτονικός, αλλά και εχθρικός, ειδικά όταν το προσωπικό αποφάσισε να τον κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο διότι κινδύνευε. Η αδελφή του έδωσε περαιτέρω στοιχεία για τον Άλεξ. Ο Άλεξ ως μαθητής είχε δει τον καλύτερο του φίλο να πέφτει θύμα τροχαίου ατυχήματος (και τελικά να χάνει την ζωή του) μια μέρα που γύριζαν μαζί στο σπίτι έπειτα από το σχολείο. Ο φίλος του πέθανε, αλλά ο Άλεξ επέζησε και κατηγορήσε τον εαυτό του ότι δεν τον βοήθησε όσο θα μπορούσε εκείνη την άτυχη στιγμή. Έξι μήνες αργότερα, ο Alex αποχώρησε από το σχολείο και δεν πήγε ποτέ πάλι. Ο ίδιος δεν ήταν σε θέση να «ηρεμήσει» και είχε συχνά ξεσπάσματα θυμού, δυσκολίες με τους γονείς του, προβλήματα στον ύπνο, εφιάλτες, και δυσκολία στη συγκέντρωση.

Στο νοσοκομείο ο Άλεξ ήταν παθητικός, απομονωμένος και οξύθυμος. Καθόταν ανέκφραστος στις συνεδριάσεις της ομάδας και αρνούταν να συμμετάσχει. Εύκολα τρόμαζε με ήχους, απέφευγε τα ειδησεογραφικά προγράμματα και ταινίες που περιείχαν βία, και περιπλανήθηκε γύρω από το θάλαμο ελέγχοντας πόρτες και τα παράθυρα. Η ομάδα ψυχικής υγείας κατά την φυσική εξέταση του Άλεξ έκρινε ότι ήταν ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων, και πραγματοποιήθηκε μια δομημένη συνέντευξη με τη χρήση κλινικού διαγνωστικού εργαλείου για το μετατραυματικό στρες (CAPS-5). Η εξέταση αποκάλυψε ότι ο Alex ήταν άμεσα εκτεθειμένος σε ένα στρεσογόνο παράγοντα, όταν είδε τον φίλο να παθαίνει μπροστά του. Ο ίδιος βρέθηκε να έχει: παρεμβατικό σύμπτωμα (εφιάλτες που αρνήθηκε να συζητήσει), σύμπτωμα αποφυγής (δεν παρακολουθεί προγράμματα ειδήσεων και βίαιες ταινίες),



## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

αρνητικές μεταβολές γνώσης και διάθεσης που είχαν επιδεινωθεί μετά το τραυματικό γεγονός (αύξηση αρνητικών σκέψεων για τον εαυτό του και της αυτοεκτίμησης του, παθητικότητα, απόσυρση και άρνηση συμμετοχής στις συνεδριάσεις της ομάδας), συμπτώματα μεταβολής της διέγερσης και αντιδραστικότητα (σκέπτεται αυτοκαταστροφικά, ευερεθιστότητα και ξεσπάσματα θυμού, προβλήματα στον ύπνο, αδυναμία συγκέντρωσης, τρομάζει εύκολα).

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα-</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
συναισθήματα αδυναμίας, απελπισίας και αναξιότητας, όπως αποδεικνύεται από γραπτό σημείωμα αυτοκτονίας και προφορικές δηλώσεις στην αδελφή του ότι θα ήταν γι 'αυτήν να είναι καλύτερα χωρίς αυτόν		Ελεγχος χώρου και αντικειμένων που θα μπορούσαν να τον διευκολύνουν στις αυτοκαταστροφικές σκέψεις του	Απομακρυνση αιχμηρών αντικειμένων από το δωμάτιο  Κλείσιμο των παραθύρων του δωματίου	

## ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

2.Διαταραχή ύπνου	Αντιμέτωπιση διαταραχών	Ανακουφήση του παιδιού	Κλείνει την ημέρα του	Μειώθηκαν οι εφιάλτες και τα
<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
1.Αναποτελεσματικές σχέσεις με τους γονείς του που σχετίζονται με τις γνωστικές και συναισθηματικές εναλλαγές και	Ενδυνάμωση οικογενειακών σχέσεων. Έλεγχος των συναισθημάτων.	Άσκηση συμβουλευτικής νοσηλευτικής στην οικογένεια. Ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης των συναισθημάτων του.	Ενεργή συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία. Κινητική και διανοητική συμμετοχή καθώς και επικοινωνιακή συνδιαλλαγή του παιδιού μέσα από δραστηριότητες.	Ο Άλεξ έχει καλύτερη σχέση με την οικογένεια του. Το παιδί διαχειρίζεται τα συναισθήματα του και έχει πλέον ομαλή ανάπτυξη.
εκδηλώνονται με ευερεθιστότητα και ξεσπάσματα θυμού.				

## **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Adler-Nevo G., & Manassis K., (2005). Psychosocial treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma, *Depression & Anxiety*, 22(4): 177 - 189.

Alisic E., van der Schoot T.A.W., van Ginkel J.R., & Kleber R.J., (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample, *The Journal of Clinical Psychiatry*, (69): 1455 - 1461.

Belivanaki M., Kolaitis G., Kanari N., & Tsiantis J., (2006). Post-traumatic stress disorder symptomatology, often non-recognized, among psychiatric inpatient children and adolescents, *Encephalos-Archives of Neurology and Psychiatry*, 43(2): 53 - 58.

Brewin C.R., & Holmes E.A., (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder, *Clinical psychology review*, 23(3): 339 - 376.

Caffo E., & Belaise C., (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(3): 493 – 535.

Gerson, R., Rappaport, N.(2013)Traumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder in Youth: Recent Research Findings on Clinical Impact, Assessment, and Treatment. *Journal of Adolescent Health* 52, 137–143

Connor D., Ford J., Arnsten A., & Greene C., (2015). An Update on Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents, *Clinical Pediatrics*, 54(6): 517 – 528.

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

Donnelly C.L., (2003). Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2): 251 - 269.

Jones E., Fear N.T., & Wessely S., (2007). Shell shock and mild traumatic brain injury: a historical review, *American Journal of Psychiatry*, 164: 1641 – 1645.

## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

Koenen K.C., & Widom C.S., (2009). A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up, *Journal of Traumatic Stress*, 22(6): 566 – 574.

Langeland W., & Olf M., (2008). Psychobiology of posttraumatic stress disorder in pediatric injury patients: A review of the literature, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, (32): 161 – 174.

Margolin G., & Gordis E., (2000). The effects of family and community violence on children, *Annual Review of Psychology*, 1: 445 - 479.

McIntosh S., & Mata M., (2008). Early detection of posttraumatic stress disorder in children, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 15(3): 126 – 130.

Meyerson D., Grant K., Carter J.S., & Kilmer R., (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review, *Clinical Psychology Review*, (31): 949 – 964.

Nooner K., Linares L., Batinjane J., Kramer R., Silva R., & Cloitre M., (2012). Factors Related to Posttraumatic Stress Disorder in Adolescence, *TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE*, 13(3): 153 - 166.

Ouzouni C., & Nakakis K., (2008). Nursing care of depressed children, *Nosileftiki*, 47(4): 458 – 470.

Paddon-Jones D., (2006). The interplay of stress and physical inactivity on muscle loss: nutritional counter measures, *Journal of Nutrition*, 136: 2123 – 2126.

Paraschakis A., (2008). Factors promoting resilience after a traumatic event, *Encephalos-Archives of Neurology and Psychiatry*, 45(3).

Pratchett L., & Yehuda R., (2011). Foundations of posttraumatic stress disorder: Does early life trauma lead to adult posttraumatic stress disorder? *Development and Psychopathology*, (23): 477 – 491.

Purtscher K., (2008). Trauma in childhood – risks for the child's development, *Psychiatria Danubina*, 20(4): 513 - 520.

## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

---

Teicher M., Andersen S., Polcari A., Anderson C.M., Navalta C.P., & Kim D.M., (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1-2): 33 – 44.