

## Η ανάπτυξη του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων

Γ. Μπούρας,<sup>1</sup> Ε. Λαζαράτου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Αθήνα,

<sup>2</sup>Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:Π39–Π48

Το τραύμα αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου το υποκείμενο βιώνει πληθώρα αρνητικών επιδράσεων που προέρχονται από εξαιρετικής έντασης στρεσογόνα γεγονότα (φυσικές ή προκαλούμενες από τον άνθρωπο καταστροφές, μάχες, σοβαρό ατύχημα, μαρτυρία βίαιων θανάτων άλλων, υποβολή του ίδιου του ατόμου σε βασανιστήρια, τρομοκρατική επίθεση, βιασμό ή άλλο έγκλημα), τα οποία δεν μπορεί να επεξεργαστεί ψυχικά. Η πρώιμη έκθεση του παιδιού σε τέτοιου επιπέδου έντονες τραυματικές συνθήκες κατά τη διάρκεια της κρίσιμης περιόδου δόμησης του ψυχισμού, δημιουργεί ιδιαίτερα επιβαρυνμένες καταστάσεις, που αν δεν διαμεσολαβηθούν και δεν δοθεί η δυνατότητα στο παιδί να τις επεξεργαστεί, μπορούν να προκαλέσουν σειρά σοβαρών επιπτώσεων (ψυχικών και σωματικών) στην ενήλικη ζωή. Μάλιστα, εκτός από την έκφραση των γονιδίων, η καλή μητρική φροντίδα οδηγεί αποδεδειγμένα στην ομαλή μεθύλιση του DNA και στην ομαλή διαμόρφωση της ανάπτυξης του εγκεφάλου, μέσω της πλαστικότητας που τον διακρίνει στη δημιουργία νευρωνικών συνδέσεων, με αποτελέσματα και επιπτώσεις που διατηρούνται στην ενήλικη ζωή. Συγκεκριμένοι παράγοντες και χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως η ηλικία του και το εξελικτικό του επίπεδο όταν το τραύμα συμβαίνει, ο τύπος του τραύματος (κακοποίηση σωματική, σεξουαλική, παραμέληση, τραυματικά κοινωνικά γεγονότα), η συχνότητα, η διάρκεια και η σφοδρότητα της τραυματικής συνθήκης, έχει αποδειχθεί πως επηρεάζουν καταλυτικά τις συνέπειες του τραύματος. Οι άμεσες συναισθηματικές επιπτώσεις του τραύματος μπορεί να είναι η απομόνωση του παιδιού, ο φόβος, η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου, η απώλεια του αισθήματος εμπιστοσύνης. Επίσης παρατηρούνται διαταραχές διάθεσης με κυρίαρχα συμπτώματα αυτά της κατάθλιψης και της απόσυρσης, αρνητικές επιπτώσεις στη γνωστική ικανότητα, στη γλωσσική ανάπτυξη και στην ακαδημαϊκή επίδοση, προβλήματα στη δημιουργία ασφαλούς δεσμού και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Οι μακροχρόνιες συνέπειες στον ψυχισμό του ατόμου μπορεί να μεταφραστούν σε: διαταραχή μετατραυματικού στρες ή συνδυασμό της με κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή, διαταραχές διάθεσης, διαταραχές προσωπικότητας, πτωχός έλεγχος των παρορμήσεων, αποσυνδεδετική διαταραχή, ψυχωσική συνδρομή. Τέλος, πέρα από τις δραματικές επιπτώσεις του τραύματος πάνω στο ίδιο το άτομο, καταγράφεται επιπλέον και υψηλό κοινωνικό κόστος ως απόρροια των δυσκολιών που εμφανίζει το άτομο μέσα στην ένταση και τη λειτουργία του στο κοινωνικό σύνολο. Η πρώιμη παρέμβαση και πλαισί-

ωση του παιδιού δύναται να λειτουργήσει τροποποιητικά όσον αφορά στις αρνητικές συνέπειες του τραύματος. Στην κλινική πράξη, η ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων είναι κάτι το οποίο συναντάται συχνά και που οι ειδικοί της ψυχικής υγείας οφείλουν να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη αναφορικά με την κλινική αντιμετώπιση του πάσχοντος ανθρώπου.

**Λέξεις ευρητηρίου:** Τραύμα πρώιμης παιδικής ηλικίας, διαταραχή μετατραυματικού στρες, ψυχοπαθολογία, ψυχανάλυση.

## Εισαγωγή

Η λέξη τραύμα, δανεισμένη από την Ιατρική, προέρχεται από το αρχαίο ρήμα τιτρώσκω, που σημαίνει διατρυπώ, και δηλώνει μια κάκωση η οποία προκύπτει από εξωτερική βία που συνοδεύεται από τη ρήξη, τη λύση της συνέχειας, με συνέπειες πάνω στο σύνολο του οργανισμού.

Το τραύμα σε ψυχικό επίπεδο ορίζεται, σύμφωνα με τον S. Freud, ως «η εμπειρία που σε μικρό χρονικό διάστημα δίδει στην ψυχική ζωή ένα τόσο ισχυρό ερέθισμα το οποίο δεν μπορεί να απαλειφθεί ή να τύχει της συνήθους επεξεργασίας, με αποτέλεσμα να καθίστανται αναπόφευκτες μόνιμες διαταραχές»,<sup>1</sup> αναφορικά πάντα με την ψυχική οργάνωση. Το τραύμα αναφέρεται άλλωστε σε μια κατάσταση όπου το υποκείμενο βιώνει πληθώρα αρνητικών επιδράσεων που προέρχονται από εξαιρετικής έντασης στρεσογόνα γεγονότα.<sup>2</sup>

## Κλινική εικόνα

Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες, που περιλαμβάνει τις κλινικές παθολογικές εκδηλώσεις μετά από κάποιον τραυματισμό, αναγνωρίστηκε επισήμως ως ψυχιατρική διάγνωση το 1980. Μελετήθηκε αρχικά στους ενηλίκους και αργότερα στα παιδιά. Καθορίστηκε ως μία διαταραχή που προκύπτει ως αντίδραση ύστερα από την έκθεση του ατόμου σε κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός ή κατάσταση, μικρής ή μεγάλης διάρκειας. Το γεγονός αυτό μπορεί να είναι μια αντικειμενική κατάσταση εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσεως, η οποία είναι πιθανόν να προκαλέσει διάχυτη δυσφορία σχεδόν σε οποιονδήποτε (φυσικές ή προκαλούμενες από τον άνθρωπο καταστροφές, μάχες, σοβαρό ατύχημα, μαρτυρία βίαιων θανάτων άλλων, υποβολή του ίδιου του ατόμου σε βασανιστήρια, τρομοκρατική επίθεση, βιασμό ή άλλο έγκλημα). Επιπροσθέτως, ως τραυματικό μπο-

ρεί να νοηθεί και ένα γεγονός που το ίδιο το άτομο βίωσε υποκειμενικά ως εξαιρετικά τραυματικό και απειλητικό. Η έναρξη της διαταραχής ακολουθεί τον ψυχοτραυματισμό, μέσα σε μια χρονική περίοδο που μπορεί να κυμαίνεται από λίγες εβδομάδες μέχρι μερικούς μήνες.<sup>3</sup>

Ως τυπικά συμπτώματα στους ενηλίκους περιλαμβάνονται τα επεισόδια επανειλημμένης αναβίωσης του ψυχοτραυματισμού υπό μορφή παρέμβλητων αναμνήσεων (flashbacks) ή ονείρων που επισυμβαίνουν στο πλαίσιο ενός επίμονου αισθήματος «μουδιάσματος» και συναισθηματικής επιπέδωσης, αποστασιοποίησης από τους άλλους ανθρώπους, απουσίας απαντητικότητας προς το περιβάλλον, ανηδονίας και αποφυγής δραστηριοτήτων και καταστάσεων οι οποίες υπενθυμίζουν τον ψυχοτραυματισμό. Συνήθως συνυπάρχει φόβος και αποφυγή περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, τα οποία και υπαινίσσονται την αρχική ψυχοτραυματική εμπειρία. Μπορεί να εκδηλωθούν θεαματικά αιφνίδια ξεσπάσματα φόβου, πανικού ή επιθετικότητας, πυροδοτούμενα από ερεθίσματα που εκλύουν μια ξαφνική ανάμνηση ή/και επανεκδραμάτιση του ψυχοτραυματισμού ή της αρχικής αντίδρασης προς αυτόν.<sup>4</sup> Επίσης παρατηρείται μια κατάσταση αυξημένης εγρήγορσης του ατόμου, με αυξημένη αντίδραση αιφνιδιασμού και αϋπνία. Άγχος, κατάθλιψη και αυτοκτονικός ιδεασμός ενδέχεται να συνυπάρχουν με τα παραπάνω.

Υπήρξε δυσκολία προσδιορισμού των διαγνωστικών κριτηρίων της διαταραχής του μετατραυματικού στρες κατά την παιδική ηλικία. Πολλά από τα συμπτώματα απαιτούν ικανότητες λεκτικής περιγραφής συναισθημάτων και καταστάσεων, την οποία δεν διαθέτουν τα μικρότερα παιδιά. Η εμφάνιση γενικευμένων φόβων, καθώς και τα έντονα άγχη αποχωρισμού ή το άγχος προς τα ξένα πρόσωπα, η αποφυγή καταστάσεων που μπορεί να αναφέρονται στο τραύμα, διαταραχές ύπνου, διαταραχές διατροφής και η ενασχόληση με αντικείμενα ή σύμβολα που μπορεί

να σχετίζονται με το τραύμα, αποτελούν μέρος των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες που μπορεί να εμφανίσουν τα μικρά παιδιά. Επιπλέον, η απώλεια κάποιων ήδη κατακτημένων αναπτυξιακών δεξιοτήτων (όπως η εκμάθηση της τουαλέτας) δύναται να εμφανισθεί μέσα στο πλαίσιο της διαταραχής.

Κλινικές μελέτες σημειώνουν πως τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, αλλά και του δημοτικού σχολείου, μπορεί και να μη βιώνουν παρέμβλητες αναμνήσεις ή να μην εμφανίζουν αμνησία γύρω από κάποια στοιχεία του τραύματος. Παρά ταύτα, φαίνεται να βιώνουν «χρονικές ασυμμετρίες» (δηλαδή να αλλοιώνουν τη χρονική ακολουθία των γεγονότων που σχετίζονται με την τραυματική συνθήκη), και να σχηματίζουν «οιωνούς» (πεποιθήσεις δηλαδή ότι υπήρχαν κάποια προειδοποιητικά σημάδια για το τραύμα), κάτι που συνεπάγεται ένα αυξημένο επίπεδο «συναγερμού» και εγρήγορσης για την αποφυγή μελλοντικών ενδεχόμενων τραυματισμών. Τέλος, η έκφραση της διαταραχής στο παιχνίδι αλλά και στις δραστηριότητες του παιδιού μπορεί να πάρει είτε τη μορφή έκφρασης του τραύματος μέσα από τα θέματα του παιχνιδιού είτε τη μορφή πράξεων που μπορεί να συνδέονται με την τραυματική συνθήκη, οι οποίες επαναλαμβάνουν καταναγκαστικά διάφορα στοιχεία, χωρίς όμως να επιφέρουν μείωση του άγχους, όπως συμβαίνει με το συμβολικό παιχνίδι.

Συνολικά, όσον αφορά στην παιδική ηλικία αλλά και στην ενήλικη ζωή, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί πως τα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια δεν αντανακλούν απαραίτητα τη συνολική νοσηρότητα μετά την έκθεση σε τραύμα. Κι αυτό διότι ο ψυχισμός διατηρεί έναν ατελείωτο πλουραλισμό έκφρασης τυχόν δυσκολιών και τραυμάτων.

### **Περιβαλλοντικές επιδράσεις, ψυχικές και νευροβιολογικές εγγραφές**

Πληθώρα ερευνών δείχνουν πλέον πως για την κατανόηση της γένεσης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων είναι απαραίτητο να προσμετρηθούν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλοκαθορίζονται. Εκτός από την έκφραση των γονιδίων, η καλή μητρική φροντίδα οδηγεί πλέον αποδεδειγμένα στην ομαλή μεθυλίωση του DNA και στην ομαλή διαμόρφωση της ανάπτυξης του

εγκεφάλου, μέσω της πλαστικότητας που τον διακρίνει στη δημιουργία νευρωνικών συνδέσεων, με αποτελέσματα και επιπτώσεις που διατηρούνται στην ενήλικη ζωή.<sup>5-7</sup> Μέσω λοιπόν των νέων επιστημονικών δεδομένων που ήρθαν στο φως χάρις στις προηγμένες τεχνικές μελέτης του εγκεφάλου, γίνεται ακόμη πιο σαφής ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει ένα εξαιρετικά τραυματικό γεγονός, ένα γεγονός ιδιαίτερος στρεσογόνο, στο οποίο μπορεί να εκτεθεί το παιδί και που θα επηρεάσει άμεσα ή έμμεσα την ψυχοσωματική λειτουργία όλου του οργανισμού.

Ο René Spitz,<sup>9</sup> ήδη από το 1941 έφερε στο φως τις πρώτες ερευνητικές αποδείξεις αναφορικά με τις επιδράσεις της μητρικής φροντίδας και του οικογενειακού περιβάλλοντος πάνω στην ψυχική και σωματική ανάπτυξη του βρέφους. Ο Spitz συνέκρινε την ανάπτυξη νεογνών που μεγάλωσαν σε ένα ορφανοτροφείο με αυτή των νεογνών που μεγάλωσαν σε ένα βρεφοκομείο γυναικείων φυλακών. Τα δύο ιδρύματα τηρούσαν κανόνες υγιεινής και παρείχαν επαρκές φαγητό, καθώς και κάλυψη ιατρικής φροντίδας. Τα βρέφη στο βρεφοκομείο της φυλακής φροντίζονταν από τις μητέρες τους, οι οποίες –παρότι ήταν φυλακισμένες και μακριά από τις οικογένειές τους– είχαν τη δυνατότητα να αλληλεπιδρούν με τα μωρά τους, να εκφράζουν την τρυφερότητά τους, παρόλο τον περιορισμένο χρόνο που είχαν στη διάθεσή τους καθημερινά, βάσει του προγράμματος των φυλακών. Αντιθέτως, στο ορφανοτροφείο τα βρέφη φροντίζονταν από νοσοκόμες, κάθε μία από τις οποίες είχε την ευθύνη της φροντίδας αρκετών εξ αυτών. Ως αποτέλεσμα, τα βρέφη στο ορφανοτροφείο είχαν πολύ λιγότερες επαφές με άλλους ανθρώπους από ό,τι τα βρέφη στο βρεφοκομείο της φυλακής. Ανάμεσα στα δύο ιδρύματα υπήρχε ακόμη μία σημαντική διαφορά. Στο βρεφοκομείο της φυλακής τα κρεβατάκια ήταν ανοικτά, έτσι ώστε τα βρέφη να μπορούν να βλέπουν τις δραστηριότητες που γίνονταν στον χώρο, να βλέπουν για παράδειγμα άλλα μωρά να παίζουν ή να παρατηρούν τις μητέρες και το προσωπικό που εργαζόταν. Αντιθέτως, στο ορφανοτροφείο τα κάγκελα των κρεβατιών ήταν καλυμμένα με σεντόνια που εμπόδιζαν τα βρέφη να βλέπουν έξω. Αυτό περιόριζε σημαντικά την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, δημιουργώντας έναν κλειστό και απομονωμένο χώρο, στερημένο από πληθώρα αισθητικών και κοινωνικών ερεθισμάτων.

Ομάδες νεογέννητων παιδιών και από τα δύο ιδρύματα παρακολούθηθηκαν κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της ζωής τους. Με την ολοκλήρωση των πρώτων τεσσάρων μηνών, τα βρέφη στο ορφανοτροφείο είχαν καλύτερες επιδόσεις σε μια σειρά αναπτυξιακών δοκιμασιών σε σχέση με αυτά που μεγάλωναν στο βρεφοκομείο της φυλακής. Στη συνέχεια όμως, και μέχρι τα τέλη του πρώτου έτους, οι κινητικές και πνευματικές επιδόσεις των παιδιών στο ορφανοτροφείο ήταν πολύ χαμηλότερες από αυτές των παιδιών στο βρεφοκομείο της φυλακής. Πολλά από τα παιδιά που μεγάλωναν στο ορφανοτροφείο ανέπτυξαν ένα σύνδρομο που ο Spritz ονόμασε ιδρυματοποίηση και που σήμερα καλύπτεται από τον όρο ανακλητική κατάθλιψη. Τα παιδιά αυτά εμφάνισαν έντονα σημάδια απόσυρσης με μείωση της περιέργειας και της χαράς, καθώς επίσης και μια επιρρέπεια σε λοιμώξεις.

Στο τέλος του δεύτερου και τρίτου έτους της ηλικίας τους, τα παιδιά που μεγάλωναν στο βρεφοκομείο της φυλακής ήταν παρόμοια στη συμπεριφορά με αυτά που μεγάλωναν σε φυσιολογικές οικογένειες στο σπίτι: βιάδιζαν καλά και είχαν ικανοποιητική ανάπτυξη του προφορικού λόγου. Αντιθέτως, η ανάπτυξη των παιδιών στο ορφανοτροφείο υπολείπταν σημαντικά. Λίγα παιδιά μπορούσαν να περπατήσουν, ενώ και η ομιλία τους περιοριζόταν σε λίγες μόνο λέξεις, σε αντιδιαστολή με την αναμενόμενη εικόνα ανάπτυξης της χρονολογικής τους ηλικίας, όπου συναντάται η ανάπτυξη ενός ευρέος λεξιλογίου.

Γίνεται φανερό λοιπόν πως συνθήκες πρώιμης αποστέρησης και παραμέλησης, συνθήκες τραυματικής απώλειας του προσώπου φροντίδας και αδυναμία δημιουργίας ασφαλούς δεσμού με ένα πρόσωπο ικανό να ανταποκριθεί όχι μόνο στις σωματικές αλλά και στις ψυχοσυναισθηματικές ανάγκες του βρέφους, έχουν ως αποτέλεσμα σοβαρές αναπτυξιακές καθυστερήσεις και ψυχοσυναισθηματικά ελλείμματα που μπορούν να οδηγήσουν σε εκδήλωση ψυχοπαθολογίας είτε κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας είτε κατά την ενήλικη ζωή.

Ο Bowlby διαμόρφωσε την ιδέα ότι το απροστάτευτο βρέφος διατηρεί μια οικειότητα με τον φροντιστή του μέσω ενός συστήματος συγκινησιακών και συμπεριφορικών αποκρίσεων, το οποίο και ονόμασε «σύστημα δεσμού». <sup>10</sup> Ο Bowlby συνέλαβε το σύστημα δεσμού σαν ένα έμφυτο ενστικτώδες σύστημα, όπως ακριβώς η πείνα και η δίψα, που οργανώνει τις

διεργασίες μνήμης του βρέφους και το κατευθύνει στο να πλησιάσει και να επικοινωνήσει με τη μητέρα του. Επιπλέον, οι μητρικές αποκρίσεις χρησιμεύουν τόσο για την ενίσχυση των θετικών όσο και για την ανακούφιση και εξασθένιση των αρνητικών συγκινησιακών καταστάσεων του βρέφους. Αυτές οι επαναλαμβανόμενες εμπειρίες κωδικοποιούνται στη διαδικαστική μνήμη ως προσδοκίες που βοηθούν το βρέφος να νιώθει ασφάλεια. <sup>11</sup>

Είναι γνωστή επίσης η μελέτη του Rutter, <sup>12</sup> κατά την οποία αξιολογήθηκαν παιδιά από τη Ρουμανία που είχαν υιοθετηθεί από οικογένειες στη Μεγάλη Βρετανία και στα οποία βρέθηκε ένα υψηλό ποσοστό αυτιστικών στοιχείων. Αυτά τα παιδιά είχαν έναν αποκλίνοντα τρόπο σχέσεων προσκόλλησης και μία εξαιρετική αποστέρηση σε πρώιμη ηλικία κάθε είδους κοινωνικών συναναστροφών, οπτικών ερεθισμάτων και λεκτικής έκφρασης. Στην περίπτωση μάλιστα μη έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης, αυτά τα στοιχεία μπορούν να παγιωθούν και να σημαδέψουν ανεξίτηλα τη διαμόρφωση της προσωπικότητας, αλλά και εν γένει το σύνολο της ζωής του παιδιού.

Ξανασυναντώντας λοιπόν την έννοια του ψυχικού ντετερμινισμού του S. Freud αναφορικά με τη λειτουργία του νου, γίνεται σαφές πως συμπεριφορές, συναισθήματα και σκέψεις προσδιορίζονται στο υποκείμενο βάσει προγενέστερων, πραγματικών ή φαντασιακών, ψυχικών γεγονότων. Οι εγγραφές δε αυτών των γεγονότων αφήνουν τα αποτυπώματά τους ακόμη και πάνω στη λειτουργία του ίδιου του σώματος. Άλλωστε, ήδη από το 1895 και το «Σχεδιάσμα για μια Επιστημονική Ψυχολογία», ο Freud διέτύπωσε και υποστήριξε την άποψη της παράλληλης σχέσης των ψυχολογικών και των νευροφυσιολογικών διεργασιών. <sup>13</sup>

### **Ψυχαναλυτική προσέγγιση του τραύματος**

Το παιδί, τη στιγμή της γέννησής του, φέρει ήδη πάνω του μία ολόκληρη ιστορία (αισθητηριακή και σημαίνουσα) που καθορίζει σημαντικά μέρη της μετέπειτα ζωής του. Το πραγματικό του σώματός του εισέρχεται σε έναν κόσμο που είναι ήδη σηματοδεδεμένος από το πραγματικό, το φαντασιακό και το συμβολικό των γονιών του. Επιπλέον, είναι αναγκαίο για το μωρό η μητέρα να προσαρμοστεί στις ανάγκες του, να το «κρατά», να το «χειρίζεται» και να του «παρουσιάζει τα διάφορα αντικείμενα» με τρόπο που να

του δίδει το συναίσθημα της συνέχειας του «είναι» του και, παράλληλα, την απαιτούμενη ασφάλεια για την επεξεργασία κάθε τι καινούργιου που συναντά, να είναι δηλαδή η «αρκετά καλή μητέρα» σύμφωνα με τον Winnicott.<sup>14</sup>

Σύμφωνα με τον Lacan, η απόλυτη εξάρτηση του πρώτου καιρού της ζωής του παιδιού θέτει το ερώτημα της επιθυμίας του άλλου για το παιδί. Το παιδί είναι έτοιμο να ταυτιστεί, να κάνει δική του την επιθυμία του Άλλου, από τον οποίο εξαρτάται η ζωή του. Υπόκειται δηλαδή σε αυτό που υπάρχει γύρω του ως λόγος, ως επιθυμία των γονιών του, αλλά και των δικών τους γονέων. Και θα χρειασθεί να υποταχθεί σε αυτό τον λόγο, σε αυτή την επιθυμία, αφού μόνον μέσω αυτής της υποταγής θα μπορέσει να πάρει κάποια στιγμή θέση υποκειμένου. Θα χρειασθεί να προσφερθεί ως αντικείμενο που συμπληρώνει την έλλειψη του Άλλου για να μπορέσει να επενδυθεί, άρα να επιβιώσει. Το ίδιο το μωρό θα σκιαγραφήσει την έλλειψη και παράλληλα θα προταθεί ως συμπλήρωμά της.<sup>15</sup>

Τι γίνεται όμως στην περίπτωση που αυτός ο Άλλος, το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας, παρουσιάζεται ως ένας παράγοντας εξαιρετικά διαταρακτικός για την ψυχική δόμηση του παιδιού; Τι γίνεται όταν αδυνατεί να αναλάβει τον γονικό ρόλο ή αν παραμελεί ή κακοποιεί το παιδί; Ποιες είναι οι επιδράσεις αυτών των ελλειμμάτων ή συμπεριφορών πάνω στη δόμηση και στην ανάπτυξη του ψυχισμού του παιδιού; Τι γίνεται, επίσης, όταν η τόσο ευαίσθητη σχέση μητέρας-βρέφους των πρώτων στιγμών και χρόνων βρεθεί εκτεθειμένη σε συμβάντα ή γεγονότα εξαιρετικά στρεσογόνα, χωρίς τη δυνατότητα συμβολικής επεξεργασίας και αναπαραστάσης; Πώς όλες αυτές οι στρεσογόνες και αρνητικές επιδράσεις εκφράζονται στην ενήλικη ζωή;

Το τραυματικό μπορεί καταρχάς να νοηθεί ως στοιχείο ενός πρώιμου χρόνου, κατά τον οποίο εκφράζεται η απουσία αυτού που για το Εγώ του παιδιού θα έπρεπε να ήταν παρόν, για κάτι δηλαδή που δεν συνέβη την ώρα που έπρεπε να συμβεί.<sup>1</sup> Η έννοια της απουσίας στην πρώιμη παιδική ηλικία απεικονίζεται με την παραμέληση, την ένδεια της γονικής φροντίδας, αλλά και την αδυναμία του γονέα να ασκήσει τη λειτουργία και τον ρόλο του. Τα βρέφη στη θερμοκοιτίδα, που βρίσκονται αποκομμένα από οποιαδήποτε αισθητηριακή σχέση με τη μητέρα, τριγυρισμένα από ένα πλήθος μηχανημάτων, αποτελούν

ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα για το μέγεθος της απώλειας και του τραύματος που μπορεί να υποστεί ο ανθρώπινος οργανισμός τις πρώτες στιγμές της ζωής. Χωρίς να μπορούν να αισθανθούν την ασφάλεια επαφής και αναγκαίας διαμεσολάβησης με τον εξωτερικό κόσμο που τα περιβάλλει, και βέβαια χωρίς να μπορούν να αισθανθούν ούτε τις πρώτες εμπειρίες έναρξης οριοθέτησης του σώματός τους μέσω των μητρικών φροντίδων, εκτίθενται ουσιαστικά σε έναν σοβαρό παθογόνο παράγοντα για τον ψυχισμό. Η Φρανσουάζ Ντολτό θεωρεί πιθανή την ανάπτυξη ψυχωσικών διεργασιών στα πρόωρα νεογνά, λόγω της αισθητηριακής αποστέρησης των φωνών των γονέων του που άκουγε πίσω από το τοίχωμα της κοιλιάς της μητέρας του.<sup>16</sup> Πληθώρα ερευνών μάλιστα καταγράφουν τις σωματικές εγγραφές –οργανικές εκδηλώσεις/συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν ως αποτέλεσμα μιας δύσκολης και εξαιρετικά αγχογόνου σχέσης μητέρας– εμβρύου, όπου τόσο η ιστορία όσο και τα σημαίνοντα που φέρει μέσα της η ίδια η μητέρα δρουν καταλυτικά.<sup>17,18</sup>

Επίσης, πλήγματα στο σωματικό σχήμα και στην εν γένει λειτουργία του σώματος μπορούν να λειτουργήσουν εξαιρετικά τραυματικά (π.χ. σοβαρές παιδικές μυοπάθειες κατά τις οποίες, ενώ έχει αποκτηθεί η κίνηση του σώματος, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα αυτή η δυνατότητα φθίνει και προοδευτικά χάνεται). Αν μάλιστα δεν μπορέσει να διαμεσολαβηθεί, να περάσει στον λόγο και να αναπαρασταθεί με κάποιον τρόπο όλο αυτό το έλλειμμα, τότε το παιδί παραμένει εκτεθειμένο στην τραυματική πηγή των ψυχικών διεγέρσεων χωρίς να μπορεί με κάποιον τρόπο να τις διαχειριστεί. Σηματοδοτείται έτσι το διάτρητο των αλεξιερθεστικών δυνατοτήτων (η δυνατότητα δηλαδή του ατόμου να επεξεργάζεται και να αναπαριστά τις διεγέρσεις που διακινούν τον ψυχισμό του), καθώς επίσης και μια βαθύτατη αλλοίωση της ψυχικής κινητικότητας των επενδύσεων (επένδυση –αποεπένδυση– επανεπένδυση). Η ένταση είναι ελεύθερη τότε να ξεδιπλωθεί ορμητικά μέσα στο ψυχικό όργανο και/ή το σώμα. Ο ψυχισμός αγγίζει έτσι τα όρια της λειτουργικότητάς του.

Η έννοια του τραυματικού εμπεριέχει επίσης την αδυναμία ενός πρώιμου και αδύναμου Εγώ να οικειοποιηθεί, να επεξεργαστεί και να αναπαραστήσει ένα βίωμα.<sup>19</sup> Εδώ ενυπάρχει η έκθεση του παιδιού σε γεγονότα ή ερεθίσματα τα οποία αδυνατεί να αναπαραστήσει βάσει προγενέστερης εμπειρίας ή με τη

βοήθεια του λόγου των οικείων του, και που αναπαρίσταται εκ των υστέρων ως απουσία αντιληπτικού περιεχομένου. Αντιληπτικό χάσμα που διπλασιάζεται από το χάσμα της αναπαράστασης: άρα ούτε μέσα υπάρχει ούτε έξω.<sup>20</sup>

Το τραύμα εμφανίζεται όταν η αρχή της σταθερότητας-ομοιόστασης αποτυγχάνει να κρατήσει χαμηλά τα επίπεδα διέγερσης του οργανισμού, με αποτέλεσμα να προκύπτουν μη αναστρέψιμες παθολογικές αλλαγές στο επίπεδο της εγκεφαλικής λειτουργίας.<sup>13,21,22</sup> Η εγγραφή του στο επίπεδο της ψυχικής (συνειδητό, ασυνειδητό) και της σωματικής λειτουργίας, αποκτά μία εσωτερική δυναμική ικανή να πυροδοτείται και να επιδρά ακόμη και ύστερα από πάρα πολλά χρόνια. Τα υποκείμενα εκείνα που τυγχάνει να βιώνουν μια τραυματική εμπειρία είναι πλέον σημαδεμένα από αυτή στην καθημερινότητά τους, δημιουργώντας μια ουσιαστική δυσκολία για το «ξέχασμα» αυτής της εμπειρίας. Είναι χαρακτηριστική η σημείωση του S. Freud για την αχρονικότητα του ασυνειδήτου και για τη δυνατότητα πυροδότησης ενδοψυχικών συγκρούσεων, ρήξεων και ανάδυσης συμπτωμάτων, ετεροχρονισμένα, μετά το πέρας πολλών ετών. Μάλιστα, με τον όρο «διευκόλυνση ανάμεσα στους νευρώνες» ο Sigmund Freud περιέγραψε τις μακροχρόνιες συνέπειες του τραύματος, ενώ για τις κλινικές παθολογικές του εκδηλώσεις έδωσε τον όρο «καταναγκασμός της επανάληψης».<sup>23</sup> Η θεωρία «εκ των υστέρων» (après coup) δείχνει ότι το τραύμα μπορεί να εμφανιστεί αργότερα, αφού το γεγονός έχει βιωθεί ή έχει φαντασιωθεί και θα πάρει τελικά τη δραματική του υπόσταση όταν, σε ένα άλλο στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, ένα καινούργιο γεγονός –συγγενές προς το προηγούμενο– λάβει χώρα και επαναδραστηριοποιήσει την ανάμνηση του πρώτου γεγονότος.

Είναι σημαντικό, επίσης, να κατανοηθεί ότι οι επιπτώσεις του τραύματος ξεπερνούν τη διάρκεια ζωής του υποκειμένου και δρουν ακόμη και διαγενεαλογικά.<sup>24</sup> Μέσα από την αλληλουχία των γενεών ταξιδεύουν σημαίνοντα, ρητά ή άρητα, που έρχονται και σημαδεύουν το υποκείμενο βαθιά στην ύπαρξή του και που δημιουργούν ιδιαίτερες συνθήκες ανάδυσης και εκδήλωσης της επιθυμίας του. Ένα τέτοιο παράδειγμα για την Ελλάδα είναι τα σημαίνοντα που κανείς συναντά μέσα στις οικογενειακές ιστορίες σε σχέση με σημαντικά γεγονότα που συνέβησαν στη χώρα (πόλεμοι, εμφύλιος,

δικτατορία) και που με κάποιον τρόπο επηρέασαν ολόκληρη την οικογενειακή ιστορία, δημιουργώντας ανεξίτηλες εγγραφές που περνούν από τη μία γενιά στην άλλη.

Η ιστορία του παιδιού, η ιστορία της πορείας στο συμβολικό και οι ιδιαιτερότητες που συναντά κανείς σε κάθε τέτοια πορεία, επιδρούν καταλυτικά στην εκδήλωση συμπτωματολογίας. Ο Lacan δηλώνει πως το σύμπτωμα του παιδιού είτε έρχεται να απαντήσει σε αυτό που υπάρχει ως συμπτωματικό μέσα στην ίδια την οικογενειακή δομή είτε προέρχεται αποκλειστικά από την υποκειμενικότητα της μητέρας και σχετίζεται με μια φαντασίωσή της.<sup>25</sup>

Υπάρχει λοιπόν η αναγκαιότητα να συλλάβουμε το υποκείμενο στη μοναδικότητά του και να αναλύσουμε τα συμπτώματά του ως ύστατου λόγου της ασυνειδήτης αλήθειας και των καταστάσεων που το παρήγαγαν.<sup>26</sup> Το εύρος των διαφορών της πορείας ανάδυσης του υποκειμένου είναι που δίνει και το εύρος της γκάμας των συμπτωμάτων.<sup>27</sup> Για τον φροϋδικό προσανατολισμό, σημειώνει ο Λακάν, το υποκείμενο είναι υποκείμενο ενός συμβολικού συστήματος προς ανασυγκρότηση ή επίσης υποκείμενο ιστορικών καταστάσεων που πρέπει να αποκρυπτογραφηθούν στο κρυπτόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει το σύνολο των φωνημάτων που απαρτίζουν τον πυρήνα της αλήθειας της απωθημένης επιθυμίας του υποκειμένου.<sup>26</sup>

### **Οι επιπτώσεις του τραύματος αναφορικά με τη συμπτωματολογία των ενηλίκων**

#### **Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες**

Η μελέτη της ιστορικότητας του υποκειμένου, οι πρώτες στιγμές της ζωής του, η ενδομήτρια ζωή, τα βρεφικά και παιδικά του χρόνια, αλλά και η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των γονέων, οι φαντασιώσεις τους και το δικό τους φορτίο σημειόντων που μεταφέρουν, επηρεάζουν καταλυτικά τη διαμόρφωση και την ανάδυση της ψυχοπαθολογίας και συμπτωματολογίας που συναντά κανείς στην ενήλικη ζωή. Μάλιστα, οι επιπτώσεις του τραύματος είναι πολυδιάστατες. Η ευαλωτότητα που δημιουργείται ως αποτέλεσμα αυτών των εξαιρετικά στρεσογόνων τραυματικών πρώιμων εμπειριών, δύναται να έχει επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου.

Συγκεκριμένοι παράγοντες και χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως η ηλικία και το εξελικτικό του επίπεδο όταν το τραύμα συμβαίνει, ο τύπος του τραύματος (κακοποίηση σωματική, σεξουαλική, παραμέληση, τραυματικά κοινωνικά γεγονότα), η συχνότητα, η διάρκεια και η σφοδρότητα της τραυματικής συνθήκης, έχει αποδειχθεί πως επηρεάζουν καταλυτικά τις συνέπειες του τραύματος. Η σχέση ανάμεσα στο θύμα και τον δράστη, όταν πρόκειται για κακοποίηση,<sup>28,29</sup> αλλά και τα ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά του παιδιού, η προσωπικότητα των γονέων, καθώς και η στάση τους έναντι της τραυματικής συνθήκης, αποτελούν επίσης καθοριστικούς παράγοντες στη μελέτη του τραύματος. Η ύπαρξη προσπαθειών παρέμβασης και τροποποίησης της τραυματικής συνθήκης, καθώς και ο χρόνος έναρξης αυτών των προσπαθειών, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού και τη δυνατότητα πρόσβασης της οικογένειας σε δίκτυα κοινωνικής στήριξης. Το επίπεδο διαβίωσης της κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων της ύπαρξης γειτονιάς, των ασφαλών σχολείων, του συστήματος υγείας, καθώς και άλλων παραγόντων στήριξης και προστασίας του ατόμου, θεωρούνται προστατευτικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση του τραύματος.<sup>30</sup>

### **Άμεσες συνέπειες στην παιδική ηλικία**

Το τραύμα ως αποτέλεσμα κάποιας μορφής παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης έχει μελετηθεί εκτενώς αναφορικά με τις επιπτώσεις του στην ενήλικη ζωή. Είναι σημαντικό βέβαια να επισημανθεί ότι το τραύμα και η κακοποίηση δεν είναι συνώνυμες έννοιες: η σεξουαλική, συναισθηματική, σωματική κακοποίηση, δημιουργούν τραύματα. Η παραμέληση και η μη δημιουργία ενός ασφαλούς δεσμού με το παιδί, δημιουργεί τραύματα. Μεγάλες φυσικές καταστροφές, πόλεμοι, ακραία κοινωνικά γεγονότα, δημιουργούν τραύματα. Το τραύμα διατηρεί μια ευρύτητα πηγών και αναφορών.

Πολλαπλές μελέτες δείχνουν πως τραύματα που σχετίζονται με κακοποίηση ή/και παραμέληση κατά την παιδική ηλικία αποτελούν παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. Άμεσες συναισθηματικές επιπτώσεις του τραύματος μπορεί να είναι η απομόνωση του παιδιού, ο φόβος, η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου, η απώλεια του αισθήματος εμπιστοσύνης. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές διάθεσης, με κυρίαρχα συμπτώματα αυτά της κατάθλιψης και της απόσυρσης,<sup>31</sup> αρνητικές επιπτώ-

σεις στη γνωστική ικανότητα, στη γλωσσική ανάπτυξη και στην ακαδημαϊκή επίδοση, προβλήματα στη δημιουργία ασφαλούς δεσμού, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD).

### **Μακροχρόνιες συνέπειες στην ενήλικη ζωή**

Πολλές από τις επιπτώσεις του τραύματος μπορεί να μεταφραστούν και σε μακροχρόνιες συνέπειες στον ψυχισμό του ατόμου: διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ή συνδυασμό της με κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή, διαταραχές διάθεσης,<sup>32</sup> διαταραχές προσωπικότητας, φτωχός έλεγχος των παρορμήσεων, αποσυνδεδετική διαταραχή, ψυχωσική συνδρομή.<sup>33-35</sup>

Μελέτες δείχνουν πως τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση ή παραμέληση έχουν τουλάχιστον 25% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατά την περίοδο της εφηβείας παραβατική συμπεριφορά, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, χαμηλή σχολική επίδοση, χρήση ουσιών και ψυχολογικά προβλήματα.<sup>36</sup> Επίσης, είναι συχνή η χρήση ουσιών και κατά την ενήλικη ζωή. Το Εθνικό Ινστιτούτο των ΗΠΑ για τη Χρήση Ουσιών σημειώνει πως τα 2/3 των ατόμων σε προγράμματα θεραπείας δήλωναν κακοποιημένα ως παιδιά.<sup>37,38</sup>

Μελέτη του Αμερικανικού Ινστιτούτου Δικαιοσύνης έδειξε πως τα κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά έχουν: 11 φορές περισσότερες πιθανότητες να συλληφθούν για εγκληματική συμπεριφορά ως έφηβοι, 2,7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να συλληφθούν για βίαιη ή εγκληματική συμπεριφορά ως ενήλικοι και 3,1 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να συλληφθούν για μία ή περισσότερες μορφές βίαιης εγκληματικότητας.<sup>39</sup>

Η εμφάνιση κακοποιητικής συμπεριφοράς ή η αδυναμία άσκησης υγιούς γονικού ρόλου είναι επίσης συχνή σε άτομα με τραύματα κακοποίησης ή παραμέλησης. Υπολογίζεται πως το 1/3 όσων έχουν υποστεί κακοποίηση θα κακοποιήσει με τη σειρά του τα δικά του παιδιά.<sup>40</sup> Τέλος, σε θύματα κακοποίησης ή παραμέλησης κατά την παιδική ηλικία παρατηρείται και εμπλοκή σε σεξουαλική συμπεριφορά που θέτει το άτομο σε κίνδυνο, αυξάνοντας μάλιστα και τις πιθανότητες μεταδιδόμενων σεξουαλικών νοσημάτων.<sup>41</sup>

Πρέπει επίσης να επισημανθούν και οι επιπτώσεις στη σωματική υγεία του ατόμου, ως απόρροια της έκθεσης σε εξαιρετικά τραυματικά και στρεσογόνα

γεγονότα κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία. Συχνά συναντάται ελλιπής σωματική ανάπτυξη,<sup>42</sup> άσθμα, υψηλή αρτηριακή πίεση, έλκη, αλλεργίες, και γενικότερα μια εικόνα φτωχής σωματικής υγείας η οποία ακολουθεί το άτομο που υπέστη το τραύμα σε όλη του τη ζωή.<sup>43-45</sup>

### **Κοινωνικές συνέπειες**

Πέρα από τις δραματικές επιπτώσεις του τραύματος για το ίδιο το άτομο, καταγράφεται επιπλέον και υψηλό κοινωνικό κόστος ως απόρροια των δυσκολιών που εμφανίζει το άτομο στην ένταξη και τη λειτουργία του στο κοινωνικό σύνολο. Το έμμεσο κόστος που ανταποκρίνεται στις μακροχρόνιες οικονομικές επιπτώσεις π.χ. της παιδικής κακοποίησης, αγγίζει περίπου τα 69 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Το άμεσο κόστος για τη διατήρηση του συστήματος ανίχνευσης και παρέμβασης σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης αποδεικνύεται επίσης υψηλό, με έναν υπολογισμό του κατά το έτος 2001 στην Αμερική να αγγίζει τα 24 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.<sup>46</sup> Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως οι συνολικές επιπτώσεις του τραύματος αναφορικά με το κοινωνικό σύνολο είναι πολλαπλάσι-

ες, στην περίπτωση δε που δεν δρομολογηθούν οι απαιτούμενες παρεμβάσεις, μπορεί ν' αποδειχθούν και καταστροφικές.

### **Συμπερασματικά σχόλια**

Το τραύμα αποτελεί μία κομβική έννοια στην προσέγγιση του ψυχισμού, με άμεσες κλινικές αναφορές και επιπτώσεις. Η ύπαρξή του κατά την παιδική ηλικία, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αυτή μπορεί να φέρει, δημιουργεί συνθήκες ικανές να επηρεάσουν το σύνολο της προσωπικότητας και της ζωής του ανθρώπου. Πραγματοποιείται πληθώρα ψυχικών και σωματικών εγγραφών με επιπτώσεις στο σύνολο του οργανισμού. Η όσο το δυνατόν πρώιμη παρέμβαση και πλαισίωση του παιδιού δύναται να λειτουργήσει τροποποιητικά αναφορικά με τις αρνητικές συνέπειες του τραύματος. Στην κλινική πράξη, η ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων είναι κάτι το οποίο συναντάται συχνά και που οι ειδικοί της ψυχικής υγείας οφείλουν να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη αναφορικά με την κλινική αντιμετώπιση του πάσχοντος ανθρώπου.

## **Emergence of early childhood trauma in adult psychiatric symptomatology**

**G. Bouras,<sup>1</sup> E. Lazaratou<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>2nd Department of Psychiatry, "Attikon" University General Hospital, of Athens, Athens,

<sup>2</sup>1st Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2012, 23:S39-S48

Trauma comes as a result of the subject's exposure to extremely negative and stressful events, such as natural or human-provoked catastrophes, wars, serious injuries, violent deaths, tortures, terrorist attacks, rapes and other sexual crimes. A child's exposure to traumatic circumstances of this level during the crucial period of self-structuring creates rather difficult conditions for its development. Moreover, if the child does not have the opportunity to elaborate and analyze all these stressful conditions and put them into words, serious consequences, both psychological and somatic, may occur in adult life. Specific factors and child characteristics, namely, the age, the developmental stage within which the trauma occurs, its type (physical or sexual abuse, neglect or traumatic social events), frequency, duration and intensity, have been proved to seriously affect the trauma's consequences. The immediate emotional impact of trauma may include isolation, fear, feeling of weakness or loss of the sense of confidence. Moreover, mood disorders such as depression and withdrawal, negative effects on cognitive ability, language development and academic performance, difficulties in creating a secure link



and post-traumatic stress disorder (PTSD) are also observed. The long-term consequences for the individual's mental health can be expressed through the following: post-traumatic stress disorder (PTSD) combined or not with depression and anxiety disorder, mood disorders, personality disorders, poor control of impulses, dissociation disorder, psychotic disorder. Finally, apart from the dramatic impact of trauma on the person itself, there is also a high social cost to be paid as a result of the individual's poor adjustment and dysfunction in the community. Early support and intervention in the child's environment may significantly minimize the negative effects of trauma. Beyond the expression of genes, good maternal care as well as psychological support, lead to normal DNA methylation and brain development. Supporting the family and break the silence that frequently covers the traumatic events and feelings, will give the opportunity for the elaboration of all these aspects which could capture and imprison the subject in a dramatic circle of psychopathology. Moreover, the effectiveness of early interventions and child psychotherapy is now a common ground, so we have to use all our clinical instruments (dialogue, symbolic play, drawing, storytelling) in order to help the child and have the best possible result. Finally, concerning clinical practice, the emergence of early childhood trauma in adult psychiatric symptomatology is so frequent that mental health experts should take it into serious account while developing an appropriate clinical treatment for such patients.

**Key words:** Childhood trauma, PTSD, psychopathology, psychoanalysis.

## Βιβλιογραφία

1. Freud S. *Introductory Lectures on Psychoanalysis*. Lecture 18. Standard edition 16, 1916
2. Barker Gr. *The effects of Trauma on Attachment*. Available on line: <http://www.ccaa.net.au/documents/>
3. ΠΟΥ. *Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς*. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 1993
4. PTSD in Children and Adolescents//National Center for Post-Traumatic Stress Disorder [http://www.ncptsd.org/facts/specific/fs\\_children.html](http://www.ncptsd.org/facts/specific/fs_children.html)
5. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Archives of General Psychiatry* 2005, 62:473–481
6. Kaffman A, Meaney MJ. Neurodevelopmental sequelae of post-natal maternal care in rodents: clinical and research implications of molecular insights. *J Child Psychol Psychiatry*, 2007, 48:224–244
7. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H et al. Influence of Life Stress on Depression: Moderation in the 5-HTT Gene. *Science* 2003, 301:386–389
8. Kandel ER, Jessell TM, Sanes JR. Sensory experience and the fine-tuning of synaptic connections. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM (eds) *Principles of Neural Science*. 4th ed. New York, Mc Graw-Hill, 2000:1115–1130
9. Spitz RA. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child* 1945, 1:53–74
10. Bowlby J. *A secure base: Parent child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books, 1988
11. Kandel ER. Αναζητώντας τη μνήμη. Η ανάπτυξη μιας νέας επιστήμης του νου. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης 2008
12. Rutter M, Andersen-Wood L, Beckett C, Bredenkamp D, Castle J, Groothues C et al. Quasi-autistic Patterns Following Severe Early Global Privation. *J of Child Psychology and Psychiatry* 1999, 40:537–549
13. Freud S. Project for a Scientific Psychology. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume I (1886–1899): Pre-Psycho-Analytic Publications and Unpublished Drafts, 1950:281–391
14. Winnicott DW. *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Hogarth Press, 1965
15. Freymann J-R. *Place de l'enfant dans l'inconscient et dans la psychanalyse à L'enfant à l'épreuve de la famille*. Éditions érès, 2004:18
16. Ντολτό Φρ. Σεμινάριο Ψυχανάλυσης παιδιών, τόμος Α'. Εκδόσεις Εστία, Αθήνα, 1995:160
17. Μπούρας Γ. *Πρόωρη γέννηση: ιδιαιτερότητες και δυσκολίες στην ανάπτυξη της σχέσης μητέρας-νεογνού*. Τεύχος για τη Προωρότητα-Ετήσια Επιστημονική έκδοση της Γ' Παιδιατρικής Κλινικής και της Γ' Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 2008
18. Δασκαλάκη Ά. *Η παρουσία της μητέρας στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών*. Τεύχος για τη Προωρότητα-Ετήσια Επιστημονική έκδοση της Γ' Παιδιατρικής Κλινικής και της Γ' Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα, 2008
19. Winnicott, DW. La crainte de l'effondrement, *Nouvelle Revue de psychanalyse* 1975, 11:35–44
20. Ποταμιάνου Α. *Το τραυματικό. Επανάληψη και διεργασία*. Εκδόσεις Εστία, Αθήνα, 2005:220
21. Freud S. *Five lectures on psycho-analysis*. Standard ed, 1909
22. Freud S. *Beyond the pleasure principle*. Standard ed, 1920
23. Freud S. Η καθήλωση στο τραύμα, το ασυνείδητο 1916–1917. Στο: Εκ των υστέρων. Τεύχος 11, Πεπραγμένα του τραυματικού Ι. Μετάφραση από τα γερμανικά: Λευτέρης Αναγνωστόου. Εκδόσεις Εξάντας, 2004:9–20
24. Frazier KN, West-Olatunji CA, Juste S, Goodman RD et al. Transgenerational trauma and child sexual abuse: reconceptualizing cases involving young survivors of CSA. *J Ment Health Counsel* Jan. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_hb1416/is\\_1\\_31/ai\\_n31312469/](http://findarticles.com/p/articles/mi_hb1416/is_1_31/ai_n31312469/), 2009
25. Lacan J. Note sur l'enfant. *Autres écrits*. Paris: Éditions du Seuil

26. Ζαφειρόπουλος Μ. Λακάν και Λέβι-Στρως ή η Επιστροφή στον Freud (1951–1957). Εκδόσεις Πλέθρον. Αθήνα, 2007:66
27. Bouras G. *La relation psychothérapeutique avec des sujets psychoses: De l'expérience de la perte à l'instauration du manque*. Université Louis Pasteur-Strasbourg I. Thèse inédite
28. English DJ, Upadhyaya MP, Litrownik AJ, Marshall JM, Runyan DK, Graham JC et al. Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect* 2005, 29:597–619
29. Chalk R, Gibbons A, Scarupa HJ. *The multiple dimensions of child abuse and neglect: New insights into an old problem*. Washington, DC, Child Trends, 2002
30. Fraser MW, Terzian MA. Risk and resilience in child development: principles and strategies of practice. In: Mallon GP, Hess PM (eds) *Child welfare for the 21st century: A handbook of practices, policies, and programs*. New York, NY, Columbia University Press, 2005:55–71
31. Dubowitz H, Papas MA, Black MM, Starr RH Jr. Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics* 2002, 109:1100–1107
32. Zavaschi MLS, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DWS, Homem de Carvalho R et al. *Rev Bras Psiquiatr* 2006, 28:184–190
33. Bebbington et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage. *BJ Psychiatry* 2004, 185:220–226
34. Mullen P, Martin J, Anderson S, Romans S, Herbison G. The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl* 1996, 20:7–21
35. Cutajar M, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J et al. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. *Arch Gen Psychiatry* 2010, 67:1114–1119
36. Kelley BT, Thornberry TP, Smith CA. *In the wake of childhood maltreatment*. Washington, DC, National Institute of Justice, 1997
37. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *J Am Med Assoc* 2001, 286:3089–3096
38. Swan N. *Exploring the role of child abuse on later drug abuse*. Researchers face broad gaps in information. NIDA Notes, 13 1998
39. English DJ, Widom CS, Brandford C. Another look at the effects of child abuse. *NIJ Journal* 2004, 251:23–24
40. Prevent Child Abuse New York. *The costs of child abuse and the urgent need for prevention*. Retrieved April 27, 2006, from <http://pca-ny.org/pdf/cancost.pdf>, 2003
41. Johnson R, Rew L, Sternglanz RW. The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Adolescence* 2006, 41:221–234
42. De Bellis M, Thomas L. Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. *Curr Psychiatry Rep* 2003, 5:108–117
43. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007, 31:517–530
44. Flaherty EG, Thompson R, Litrownik AJ, Theodore A, English DJ, Black MM et al. Effect of early childhood adversity on health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006, 160:1232–1238
45. Felitti VJ. The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *Zeitschr Psychosomat Med Psychotherapie* 2002, 48:359–369
46. Prevent Child Abuse America. *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States*. Retrieved April 27, 2006, from [http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/cost\\_analysis.pdf?docID=144](http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/cost_analysis.pdf?docID=144), 2001

---

Αλληλογραφία: Γ. Μπούρας, Ψυχολόγος, Β' Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ρίμινη 1, 124 62 Χαϊδάρι, Αθήνα  
Τηλ.: (+30) 210-58 32 426, Fax: (+30) 210-53 26 453  
e-mail: bouras@hol.gr