



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

*Αλληλεπίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης με άλλες μορφές κακοποίησης στην παθογένεση της διαταραχής μετατραυματικού stress σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.*

**Όνοματεπώνυμο μεταπτυχιακής φοιτήτριας: Παπατουκάκη Αικατερίνη**

**Αρ. Μητρώου: 20170114**

**Ιδιότητα: Κοινωνική Λειτουργός**

**Διευθύντρια & Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο ΎΠ. & Α. Κυριακού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**

**Αθήνα, 2020**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

*Αλληλεπίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης με άλλες μορφές κακοποίησης στην παθογένεση της διαταραχής μετατραυματικού stress σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.*

**Ονοματεπώνυμο μεταπτυχιακής φοιτήτριας: Παπατουκάκη Αικατερίνη**

**Αρ. Μητρώου: 20170114**

**Ιδιότητα: Κοινωνική Λειτουργός**

**Διευθύντρια & Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:** Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο 'Π. & Α. Κυριακού, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**2ο Μέλος:** Φλώρα Μπακοπούλου Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής Ιατρικής Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Κ.Ε.Ι), Α' Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**3ο Μέλος:** Χαρά Σπηλιοπούλου Καθηγήτρια, Εργαστήριο Ιατροδικαστής και Τοξικολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα αρχικά να εκφράσω μεγάλη ευγνωμοσύνη στους ανθρώπους οι οποίοι με βοήθησαν με την στήριξή τους και την αμέριστη κατανόησή τους, καθώς και στην οικογένεια μου. Ιδιαίτερος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον ακαδημαϊκό υπότροφο, κ. Σεργεντάνη Θεόδωρο και την διευθύντρια του μεταπτυχιακού προγράμματος και Αναπληρώτρια καθηγήτρια κα. Τσίτσικα Αρτεμισία, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν, και την έμπρακτη κατανόηση και βοήθειά τους σε όλα τα θέματα που με δυσκόλεψαν. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω θερμά τις συμφοιτήτριές μου, Μίντζια Σοφία και Μπούμπα Βασιλική για όλη την συνεργασία προκειμένου να ολοκληρωθεί, τόσο η διπλωματική εργασία, όσο και η περάτωση του ξενόγλωσσου άρθρου.

## **ΑΦΙΕΡΩΣΗ**

*Στους σημαντικούς άλλους...*

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	7
3. ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	8
3.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	9
4. ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	10
4.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	11
5. ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	11
5.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	12
6. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	13
7. ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	15
8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	15
8.1 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ.....	15
8.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ.....	16
9. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.....	18
9.1 ΤΥΠΟΣ ΔΕΣΜΟΥ, ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	18
10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	20
11. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ-ΔΜΤΣ.....	21
12. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	28
13. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	29
14. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	31
14.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ-ΜΚΔ.....	32
15. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	33
15.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	36
15.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	36
16. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	40

16.1 Επιλογή Μελετών.....	40
16.2 Χαρακτηριστικά Μελετών.....	41
16.2.1 Περιοχή, Διάρκεια & Είδος μελέτης, Μετέπειτα αξιολόγηση (follow-up).....	41
16.2.2 Συμμετέχοντες, Ηλικιακά χαρακτηριστικά, Πηγές σύνθεσης.....	42
16.2.3 Ορισμός και κριτήρια για την Παιδική Σεξουαλική Κακοποίηση (CSA).....	43
16.2.4 Ορισμός και κριτήρια για Διαταραχή Μετατραυματικού στρες (PTSD).....	45
16.2.5 Θύτες, Μέλη εντός και εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος, επαναλαπτική κακοποίηση.....	46
16.2.6 Ηλικία έναρξης, συνύπαρξη με άλλα είδη κακοποίησης και τύπος σεξουαλικής κακοποίησης.....	47
16.2.7 Ψυχιατρική συννοσηρότητα με PTSD, Διάρκεια & Ηλικία έναρξης της PTSD....	49
16.2.8 Αλκοόλ, Δυσκολία ψυχικής υγείας & Ναρκωτικές ουσίες των σεξουαλικά κακοποιημένων ατόμων και των οικογένειών τους.....	49
16.2.9 Συνύπαρξη άλλων μορφών κακοποίησης στα σεξουαλικά κακοποιημένα άτομα.....	50
16.3 Συγκυτικοί παράγοντες στην πολυμεταβλητή ανάλυση.....	51
16.4 Μετα-ανάλυση: Παιδική Σεξουαλική Κακοποίηση & Μετατραυματικό Στρες σύμφωνα με την κατηγορία αναφοράς.....	52
16.5 Εκτίμηση για την ποιότητα των ερευνών και την προτίμηση δημοσίευσης (Publication bias).....	52
17. Συζήτηση.....	53
ΠΙΝΑΚΕΣ & ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	57
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ CSA & PTSD.....	74
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	95
ABSTRACT.....	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (PRISMA Checklist).....	97

## 1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η παιδική κακοποίηση/κακομεταχείριση ορίζεται ως κάθε μορφή σωματικής, συναισθηματικής, σεξουαλικής βίας, παραμέλησης και παραμέλησης θεραπευτικής αντιμετώπισης, εκμετάλλευσης και κάθε μορφή πραγματικής ή δυνητικής βλάβης στην ψυχική ή σωματική υγεία, στην ζωή και στην αξιοπρέπεια του παιδιού, στο πλαίσιο μιας σχέσης ευθύνης ή εμπιστοσύνης. Είναι πιθανόν αυτή να πραγματοποιείται κρυφά ή φανερά, μια φορά η κατ' επανάληψη, καθώς και να παραμένει σταθερή ή να εναλλάσσονται οι μορφές (De rose, 2016, WHO, 1999, 2002). Χιλιάδες άνθρωποι γυναίκες, άνδρες αλλά και παιδιά, κακοποιούνται καθημερινά με ποικίλους τρόπους. Αρκετοί απο αυτούς υποφέρουν απο ανεπανόρθωτες βλάβες στην σωματική και ψυχική τους υγεία και κάποιιο είναι πιθανόν να αποβιώσουν απο αυτό (Γιωτάκος & Πρεκατέ, 2006). Υπάρχουν διαφορετικέσ μορφέσ κακοποίησησ, όπως η σωματική, η συναισθηματική, η σεξουαλική, η λεκτική, η κοινωνική, η οικονομική, η παραμέληση, η οικογενειακή και το trafficking. Οποιαδήποτε μορφή βίας υποστεί κάποιος, έχει φυσικό επακόλουθο ένα τραύμα είτε σωματικό, είτε ψυχικό. Το τραύμα ως ένα δύσκολο φαινόμενο πραγματοποιείται σε μικρό χρονικό διάστημα και επιφέρει συναισθηματική διάλυση, καθώς και εξάντληση των ψυχικών δυνάμεων (Freud, 1895, 1920).

Απο την διεθνή κοινωνική πραγματικότητα στις Ευρωπαϊκέσ Χωρέσ υπολογίζονται 600.000 παιδιά, τα οποία κακοποιούνται κάθε χρόνο. Απο έρευνες οι οποίες έλαβαν χώρα σε ευρωπαϊκούς χώρες (Γαλλία, Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο) βρέθηκε ότι απο τα 1000 παιδιά, τα πέντε κακοποιούνται πολύ σοβαρά κάθε χρόνο (Σιδέρης, 2000).

Έπειτα, απο τις οικονομικές και πολιτικές αλλαγές που έγιναν στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη το 1990, δημιουργήθηκαν καταστάσεις στις οποίες τα παιδιά ήταν πολύ τρωτά, όπως τα παιδιά που ζούσαν σε ιδρύματα, τα άστεγα παιδιά ή εκείνα που διαβιούσαν σε καταστάσεις ένδειας. Σε χώρες της Ανατολής υπολογίζεται ότι κακοποιούνται 30 στα 1000 παιδιά ετησίως,

δηλαδή έξι φορές περισσότερο απο ότι στις Ευρωπαϊκές χώρες (Ζαχαροπούλου & Νικολαντωνάκη, 2004).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής υπολογίζεται ότι πάνω απο ένα εκατομμύριο παιδιά κάθε χρόνο πέφτουν θύματα σωματικής και σεξουαλικής βίας/κακοποίησης η ταυτόχρονα παραμελούνται. Έπειτα, απο μελέτες που διεξήχθησαν στην Ελλάδα απο δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, φάνηκε ότι τα ποσοστά του φαινομένου της κακοποίησης δεν διαφοροποιούνται αρκετά σε σχέση με άλλες χώρες (Αγάθωνος, 2008).

Οι μελέτες επιπολασμού έχουν αποδείξει ότι η σεξουαλική παραβίαση πριν από την ηλικία των 18 χρονών είναι αρκετά συχνή. Το Τμήμα Δικαιοσύνης των Η.Π.Α. το 1998 ανέφερε συχνότητες βιασμού ανά έτος στα αγόρια και στα κορίτσια 3,5/1000 για ηλικία 12-15 χρονών, 5/1000 για 16 χρονών, 4,6/1000 για 20-24 χρονών και 1,7/1000 για 24-29 χρονών. Οι εκτιμήσεις τις οποίες έχουν υπολογίσει, αναφέρουν ότι η συχνότητα είναι 20% για τα κορίτσια και 9% για τα αγόρια. Σημαντικό να σημειωθεί είναι ότι ιδιαίτερα στην εφηβεία είναι πιο δύσκολο να καθορισθεί το ποσοστό των ατόμων που κακοποιούνται λόγω του ότι οι καταγγελίες είναι ανεπαρκείς σε σχέση με τα παιδιά (Γιωτάκος & Πρεκατέ, 2006).

Σε παλαιότερη έρευνα, την οποία πραγματοποίησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε 21 χώρες, έγινε αναφορά, απαντώντας πάνω απο 10%, ότι το 21.8% ήταν μάρτυρες σε βία, το 18.8% σε εμπειρίες διαπροσωπικής βίας, το 17.7% σε ατυχήματα και το 16.2% ήταν άτομα, τα οποία εκτέθηκαν σε πόλεμο (WHO, 2013). Επίσης, σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, σχετικά με την σεξουαλική κακοποίηση μεταξύ ανδρών, βρέθηκε επιπολασμός 23.6% για τους ομοφυλόφιλους άνδρες και 21.4% για τους αμφιφυλόφιλους αντίστοιχα. Ο επιπολασμός της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, φαίνεται να είναι υψηλότερος κυρίως σε χώρες, όπως η Αμερική και ο Καναδάς σε σχέση με τις Ευρωπαϊκές (Downing et al., 2019). Δεδομένα τα οποία αναλύθηκαν στην ίδια έρευνα έδειχναν, ότι ο πληθυσμός ο οποίος



εμπλέκεται στην σεξουαλική κακοποίηση είναι πιο πιθανό να είναι μαύρου χρώματος ή λατίνοι και λιγότερο λευκοί. Επιπρόσθετα, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση έχει συνδεθεί άρρηκτα με σημαντικές συνέπειες, όπως την χρήση ουσιών, την φτώχη ψυχική υγεία και τις ψυχικές διαταραχές, την αναβίωση του τραύματος, την φτώχεια και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων. Παιδιά μικρότερα από τα 3 έτη παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά θυματοποίησης από τους κηδεμόνες ή τους γονείς, το οποίο ξεπερνά το 80% (Bonomi et al., 2008, Norman et al, 2012).

## **2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Μια ανασκόπηση στο παρελθοντικό χρόνο, διαπιστώνεται ότι τα παιδιά έχουν παραμεληθεί αρκετά από τα παλιά χρόνια. Η αντίληψη, η οποία έχει διαμορφωθεί σήμερα για την κακοποίηση των παιδιών και την αντιμετώπιση της, ως ένα ιατροκοινωνικό πρόβλημα, ξεκίνησε το 1962 από τον Αμερικανό Παιδίατρο Henry Kempe, ο οποίος χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο «Battered Child Syndrom»-«Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού».

Ο Kempe ξεκίνησε μια περιγραφή των παιδιών που κακοποιούνται μέσα στην οικογένεια, των γονέων που τα παιδιά τους έχουν κακοποιηθεί, καθώς και των τραυμάτων που εμφανίζονταν. Για την περιγραφή που πραγματοποίησε βασίστηκε σε κλινικά ευρήματα και σε ερωτηματολόγια, τα οποία διεξήχθησαν σε νοσοκομεία και παιδοψυχιατρικές δομές της Αμερικής, από συναδέλφους του. Αρχικά, στις δημοσιεύσεις που έκανε ο Kempe, οι αντιδράσεις τις οποίες δέχθηκε ήταν άρνηση και δυσπιστία, ωστόσο στη συνέχεια άρχισε να γίνεται κατανοητό ότι τα «ατυχήματα» που είχαν μεγάλη συχνότητα στη παιδική ηλικία δεν χαρακτηρίζονταν πάντα αθώα.

Ο Kempe το 1959 βρέθηκε να συζητά με την Αμερικάνικη Παιδιατρική Εταιρεία για το πρόβλημα της «βαριάς σωματικής κακοποίησης και της γονικής παραμέλησης». Ένα χρόνο αργότερα η κοινωνική λειτουργός, Elmer, έκανε αναφορά για τις δυσκολίες, τις οποίες εμφάνισε η αναγνώριση της κακοποίησης, ενώ ταυτόχρονα την ίδια χρονική περίοδο ξεκίνησαν οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες να θέτουν πιο αυστηρά κριτήρια για την διάγνωση της κακοποίησης.

Τέλος, ο Kempe κατάφερε να εδραιώσει αλλαγές στον ορισμό της βίας, καθώς κινητοποίησε την θεραπευτική ομάδα, ώστε να θέσουν βάσεις για την αντιμετώπιση της διεπιστημονικά (Παπαδοπούλου & Σενκο, 2017).

### **3. ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Η σεξουαλική κακοποίηση σε παιδιά και εφήβους είναι ένα από τα πιο σημαντικά κοινωνικά προβλήματα στον κόσμο και την δημόσια υγεία. Το φαινόμενο αυτό, φαίνεται να απασχολεί κοινωνικά, τον πληθυσμό, καθώς έχει τρεις φορές μεγαλύτερη αύξηση την τελευταία δεκαετία (Brand, 1996). Επίσης, σύμφωνα με έρευνες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί σε παιδιά-θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, έχουν δείξει ότι εμφανίζουν δυσκολίες στην συμπεριφορά τους, σε γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή τους (Cicchetti & Toth, 1995, Gauthier, Stollak, Messe & Aronoff, 1996, Green, 1995, Malinosky-Rummel & Hansen, 1993, Razcek, 1992).

Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση έχει ορισθεί ως κάθε μορφή σεξουαλικής δραστηριότητας μεταξύ ενός παιδιού και ενός ατόμου, το οποίο είναι τουλάχιστον 5 χρόνια μεγαλύτερο. Η πράξη πραγματοποιείται με έλλειψη της συνειδητής κατανόησης, της έννοιας του περιεχομένου και της συναίνεσης του παιδιού. Επιπλέον, η ΠΣΚ μπορεί να συμπεριλαμβάνει κολπική, πρωκτική, στοματική επαφή, άγγιγμα ή χαϊδεμα των γεννητικών οργάνων του παιδιού/εφήβου (Hidalgo, 2015), αιμομικτικό βιασμό, σοδομισμό (παιδεραστία), έκθεση γυμνών μερών του σώματος-προσβολή της δημόσιας αιδούς, καθώς και προαγωγή/προώθηση στην πορνεία και την παραγωγή υλικού παιδικής πορνογραφίας (Παναγοπούλου, 2007). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται ως κάθε σεξουαλική ενέργεια, προσπάθεια να επικρατήσει σεξουαλική πράξη, ανεπιθύμητα σεξουαλικά σχόλια ή προσβολές, ενέργεια για να κατευθύνει με άλλο τρόπο την σεξουαλικότητα ενός ατόμου μέσω εξαναγκασμού,

ανεξάρτητα απο την σχέση που έχει με το θύμα και πραγματοποιώντας την, στη οικία ή στην εργασία, χωρίς όμως να περιορίζεται μόνο εκεί (WHO, 2012).

### **3.1 Επιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης**

Η αιφνίδια έναρξη του παιδιού στον ενήλικο χώρο της σεξουαλικότητας με βίαιο τρόπο, δημιουργεί μια πληθώρα σωματικών, συναισθηματικών και διαπροσωπικών προβλημάτων. Στην σεξουαλική κακοποίηση τα ανήλικα άτομα εμφανίζουν αυξημένο στρες είτε στην έναρξη της πράξης, είτε όταν πρόκειται να αποκαλυφθεί η συγκεκριμένη πράξη. Κάποια απο τα συμπτώματα που δύναται να παρουσιάσουν είναι η απώλεια εμπιστοσύνης προς τον εαυτό τους και του άλλους, αισθήματα ντροπής, φόβου, ενοχής και θυμού, καταθλιπτικά στοιχεία και πιθανές διαταραχές ύπνου και διατροφής. Επιπλέον, συχνή είναι η παλινδρόμηση σε προγενέστερα αναπτυξιακά στάδια, η αποστασιοποιημένη συμπεριφορά και η επικράτηση αδυναμίας ακόμα και στην ενήλικη ζωή τους. Ακόμη, υπάρχουν οργανικές βλάβες που μπορεί να υποστούν, ιδιαίτερα αν δεν υπάρχει εναλλακτική λογικής ερμηνείας, όπως τραυματισμό του υμένα, του βλεννογόνου του πρωκτού, πόνο κατά την ούρηση, αιμορραγία και δυσκολία στο περπάτημα (Παπαδοπούλου & Σένκο, 2017). Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι οι πρώιμες τραυματικές εμπειρίες συνδέονται με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όσον αφορά την ενήλικη ζωή τους, σχετικά με το να δημιουργήσουν ένα ζεστό, υποστηρικτικό περιβάλλον ώστε να μπορούν να συμβιώσουν μέσα σε αυτό. Άτομα τα οποία, ως παιδιά ή έφηβοι έπεσαν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, αντιμετωπίζουν στη μετέπειτα ζωή τους προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, καθώς και στη σεξουαλική τους ζωή (Beitchman, Zucker, & Hood, 1992. Finkelhor, 1983. Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1994).

Όσον αφορά την σεξουαλική κακοποίηση σε συνδυασμό με άλλες μορφές κακοποίησης, φαίνεται να επηρεάζει σε μεγαλύτερο ποσοστό την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Το Εθνικό

Κέντρο Υγείας των εφήβων στις Η.Π.Α έδειξε ότι έφηβοι με κατάθλιψη και παράλληλα ιστορικό σεξουαλικής και σωματικής ή συναισθηματικής κακοποίησης, εμφανίζουν πολύ πιο έντονα συμπτώματα της διαταραχής (McCrae, Charman and Christ, 2006).

#### **4. ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Η παιδική σωματική κακοποίηση έχει ορισθεί ως κάθε σκόπιμη πράξη, η οποία έχει πραγματική η υψηλή πιθανότητα να προκαλέσει σωματική βλάβη στην υγεία, στην επιβίωση, στην ανάπτυξη και στην αξιοπρέπεια του παιδιού. Περιλαμβάνει τραυματισμούς και κακώσεις διαφορετικής σοβαρότητας, οι οποίοι δεν οφείλονται σε ατυχήματα (Βασιλείου, 2014). Σύμφωνα με την Chaiyachati και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σωματική κακοποίηση είναι οποιαδήποτε εκ προθέσεως άσκηση σωματικής δύναμης, η οποία μπορεί να προκαλέσει οποιαδήποτε σωματική βλάβη στην υγεία του παιδιού (Chaiyachati and Christian, 2019, WHO, 2019). Η σωματική κακοποίηση ενός παιδιού, τόσο απο τους γονείς, όσο και απο τρίτα άτομα θεωρείται μια ειδικής πράξη με εγκληματικές διαστάσεις. Οι ειδικοί, οι οποίοι αξιολογούν το εκάστοτε παιδικό τραύμα, θα είναι βοηθητικό να αποκλείουν την απροσεξία και το πραγματικό ατύχημα.

Οι ίδιοι μπορούν να δώσουν μεγάλη βαρύτητα σε χαρακτηριστικά όπως, στην καθυστερημένη αναζήτηση για βοήθεια, στο ιστορικό με ασάφειες, στις βλάβες σε διαφορετικές ηλικίες, στις πολλαπλές και πολύμορφες βλάβες, στη συμπεριφορά του παιδιού και στον τρόπο που αναφέρονται οι γονείς στο παιδί (Ζαχαροπούλου & Νικολαντωνάκη, 2004).

##### **4.1 Επιπτώσεις σωματικής κακοποίησης**

Τα θύματα σωματικής κακοποίησης έχουν αυξημένο κίνδυνο για φτωχή υγεία, η οποία συνδέεται άμεσα με το σωματικό τραύμα που έχουν υποστεί και έχουν υψηλούς κοινωνικούς

παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι συνδεόνται παράλληλα με την υγεία. Επιπλέον, αντιμετωπίζουν προβλήματα στην ανάπτυξη και την συμπεριφορά τους, προβλήματα όρασης και οδοντικά προβλήματα, μεταδοτικές ή χρόνιες ασθένειες.

Τέλος, φαίνεται ότι συγκριτικά με τα παιδιά, τα οποία έχουν μεταφερθεί σε αναδοχή, τα παιδιά που παραμένουν στο οικογενειακό περιβάλλον, στο οποίο κακοποιούνται έχουν μεγαλύτερες αναπτυξιακές και ψυχικές ανάγκες (Chaffin, Kelleher and Hollenberg, 1996).

## **5. ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Με τον όρο συναισθηματική κακοποίηση, αναφέρεται οποιαδήποτε συμπεριφορά και στάση που πλήττει την ψυχολογική ακεραιότητα ενός άλλου ανθρώπου/παιδιού, χωρίς να εμπλέκει την άσκηση σωματικής βίας. Αυτό πραγματοποιείται με σκοπό να απαξιώσει, να ελέγξει, να εκφοβίσει, να απομονώσει ή να τιμωρήσει τον άλλον, χρησιμοποιώντας κυρίως την υποτίμηση, τον φόβο και την ταπείνωση. Επίσης, η συναισθηματική βία περιγράφεται ως ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο συμπεριφορών, το οποίο είναι εκούσιο ή ασυνείδητο και έχει ως αποτέλεσμα την συστηματική υποτίμηση του (Paivio, Pascual-Leone and American Psychological Association, 2010, Goldsmith and Freyd, 2005). Αξιοσημείωτο είναι ότι πολλά παιδιά πλήττον από συναισθηματική κακοποίηση, στην οποία χρειάζεται μεγαλύτερη προσοχή, καθώς η θεραπεία από φυσικά τραύματα πολλές φορές είναι δύσκολη. Κάποια από τα σημάδια συναισθηματικής κακοποίησης είναι οι απειλές εγκατάλειψης από τους γονείς, η ανύπαρκτη ένδειξη τρυφερότητας από την μητέρα, ταπεινωτικοί χαρακτηρισμοί, βίαιες απειλές, χαρακτηρισμοί που μειώνουν την αυτοπεποίθηση του παιδιού και λεκτική βία ως μορφή διαπαιδαγώγησης (Λιάγκα & Κώτση, 2015).

## 5.1 Επιπτώσεις συναισθηματικής κακοποίησης

Τα άτομα, τα οποία έχουν υποστεί συναισθηματική κακοποίηση στην παιδική και εφηβική τους ηλικία, είναι πιθανόν να έχουν καθυστέρηση στη σωματική, νοητική και συναισθηματική του ανάπτυξη. Επιπλέον, φαίνεται να είναι επιρρεπείς στις νευρωτικές συμπεριφορές και να έχουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε δύσκολες καταστάσεις. Τα παιδιά αυτά υποτιμούν τον εαυτό τους και φαίνεται να δείχνουν αποδοχή στη τιμωρία. Επιπρόσθετες συνέπειες μπορεί να είναι οι ακραίες μορφές παθητικότητας ή επιθετικότητας, ή χρήση ουσιών και η επανειλημμένη φυγή από το σπίτι. Τέλος, παρατηρούνται αιφνίδιες διαταραχές στην ομιλία και φόβος για επικοινωνία με άλλα άτομα ή το σχολικό περιβάλλον (Χατζηφωτίου, 2005)

## 6. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η Συνθήκη Ηνωμένων Εθνών σχετικά με τα δικαιώματα του παιδιού είναι η πιο σημαντική ώθηση πίσω από τις προσπάθειές που γίνονται να συγκρατήσουμε την διεθνή διάσταση της σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών. Στα Ηνωμένα Έθνη, η γενική συνέλευση, η οποία πραγματοποιήθηκε, υιοθέτησε αυτήν την Συνθήκη στις 20 Νοεμβρίου 1989 και τέθηκε σε ισχύ στις 2 Σεπτεμβρίου 1990, αφού επικυρώθηκε από 20 κράτη που απαιτούνται σύμφωνα με το άρθρο 49. Αυτή η σύμβαση καλύπτοντας την πλήρη σειρά των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όχι μόνο αστικών και πολιτικών αλλά και οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών, θεωρείται μοναδική μεταξύ των διεθνών οργάνων που ασχολούνται με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Εκτός από αυτό το ευρύ πεδίο περιέχει επίσης δύο σημαντικές εννοιολογικές καινοτομίες. Πρωτίστως είναι η αρχή του καλύτερου συμφέροντος για το παιδί που πρέπει να είναι η κατευθυντήρια αρχή σε όλες τις ενέργειες σχετικά με τα παιδιά και εν συνεχεία είναι οι απόψεις των παιδιών, οι οποίες πρέπει να είναι δεδομένο οφειλόμενο βάρος σύμφωνα με την ηλικία και την ωριμότητα του παιδιού.

Η Συνθήκη για τα δικαιώματα του παιδιού δεν υφίσταται μόνη της. Είναι ένα αλληλένδετο τμήμα μιας ημερήσιας διάταξης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με μια μακροχρόνια ιστορία που

έχει κερδίσει την αυξανόμενη ώθηση από το 1945 στα πλαίσια των Ηνωμένων Εθνών. Έχει την ιστορία της μέσα στο πρόγραμμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η γνωστή ως Διακήρυξη της Γενεύης, η οποία ήταν η πρώτη δήλωση για τα δικαιώματα του παιδιού, υιοθετήθηκε από την πέμπτη συνέλευση της ένωσης των εθνών το 1924 και η Συνθήκη Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού ορίστηκε να αντιμετωπισθεί ως αποκορύφωμα περισσότερων από έξι δεκαετιών δραστηριότητας εντός της διεθνούς κοινότητας εξ' ονόματος των παιδιών.

Αξιοσημείωτο να αναφερθεί είναι η αλλαγή, η οποία έχει πραγματοποιηθεί στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τα τελευταία χρόνια. Ενώ αρχικά έδιναν μεγαλύτερη βαρύτητα στον προσδιορισμό και την καταγγελία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, πλέον παρατηρείται μια έμφαση στη εξασφάλιση της αποτελεσματικής εφαρμογής των οργάνων για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Αυτή η έμφαση δόθηκε κυρίως όσον αφορά την Συνθήκη των Ηνωμένων Εθνών.

Το ζήτημα της σύγκρουσης ορισμένων συνταγματικών δικαιωμάτων θεωρείται μεγάλο εμπόδιο για την δημιουργία νομικών μηχανισμών απάντησης για την προστασία των παιδιών από την παιδική πορνογραφία στον κυβερνοχώρο. Επιπλέον, οι συνεχόμενες εξελίξεις στον κυβερνοχώρο, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, καθώς φαίνεται να αναφέρουν την υπάρχουσα νομοθεσία της παιδικής πορνογραφίας, ξεπερασμένη (Arnaldo, 2001).

Η ετερόδικος νομοθεσία θεωρείται σημαντικά ισχυρό εργαλείο για την εφαρμογή διεθνών μέτρων για τα ανθρώπινα δικαιώματα και ειδικότερα των διατάξεων που έχουν σχέση με την προστασία ανηλίκων ενάντια στη σεξουαλική εκμετάλλευση/κακομεταχείριση.

Μια χώρα η οποία θέτει σε ισχύ την ετερόδικη νομοθεσία ουσιαστικά “επιτρέπει την δίωξη κάποιου, ο οποίος επισκέπτεται μια χώρα με σκοπό το σεξ (“σεξουαλικός τουρισμός” με άμεσο στόχο τα παιδιά) ή άλλων ατόμων οι οποίοι έχουν διαπράξει σεξουαλικά εγκλήματα σε βάρος ανηλίκων σε άλλη χώρα και όχι στη χώρα προέλευσης τους” (I.Y.Π, 2002).

Η ετερόδικος νομοθεσία δεν περιορίζεται αποκλειστικά σε θέματα σεξουαλικής εκμετάλλευσης. “Από τον Οκτώβριο του 1999 ο ποινικός κώδικας 24 κρατών μπορεί να εφαρμοστεί και σε άλλες χώρες σε περίπτωση σεξουαλικών εγκλημάτων κατά ανηλίκων. Αυτές είναι : Αυστραλία, Βέλγιο, Καναδάς, Κίνα, Δανία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ιαπωνία, Ολλανδία, Νέα Ζηλανδία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, Ταϊβάν, Ταϊλάνδη, Ηνωμένο Βασίλειο, Ηνωμένες Πολιτείες” (Τσιγκρής, 2002).

## **7. ΆΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Σύμφωνα με πολλούς μελετητές η παιδική κακοποίηση έχει πολλές διαφορετικές μορφές επιπρόσθετα από τις παραπάνω, οι οποίες αναλύθηκαν. Μέσα σε αυτές εντάσσεται η παιδική εργασία, η μη τυχαία δηλητηρίαση, η πλασματική διαταραχή δια αντιπροσώπου (σύνδρομο Munchausen).

Στην συνέχεια των παραπάνω, άλλες μορφές οι οποίες ορίζονται ως βία ή κακοποίηση είναι το σύνδρομο του αμέτοχου θεατή, η τελετουργική και σατανιστική κακοποίηση και το σύνδρομο ανατάραξης εμβρύου (Παπαδοπούλου και Σένκο, 2017).

## **8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Σύμφωνα με μελέτη της Reyes, J. C. το 2008, αναφέρθηκαν κάποιοι σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τα παιδιά και τους εφήβους σε σχέση με την σεξουαλική κακοποίηση, καθώς μπορούν να συμβάλλουν στη ευαλωτότητα τους.

Εκτός λοιπόν, από πολλούς κοινωνιολογικούς παράγοντες, από την προσωπικότητα, την ευφυΐα και την ατομική προδιάθεση, φαίνεται οι ερευνητές να δίνουν βαρύτητα στις κοινωνικές δεξιότητες, την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη (Reyes, 2008).



## **8.1 Αυτοεκτίμηση**

Η αυτοεκτίμηση είναι ένα σημαντικό κατασκευάσμα για την ανάπτυξη του παιδιού, το οποίο συνδέεται άρρηκτα με την προσαρμογή, την ψυχική υγεία και τις ικανότητες. Μέσα από τις έρευνες σχετικά με τα αποτελέσματα της σεξουαλικής κακοποίησης, είναι πιθανό να καταλάβουμε τους παράγοντες και την πορεία, η οποία μερικές φορές ρυθμίζεται από την αυτοεκτίμηση των θυμάτων. Επίσης, η αυτοεκτίμηση έχει χαρακτηριστεί από πολλούς ειδικούς ψυχικής υγείας, ως μεσολαβητής της κοινωνικής προσαρμογής και της ψυχολογικής ευεξίας. Επιπλέον, το παραπάνω σχήμα, έχει επιβεβαιωθεί σε μελέτες και από τις προσωπικές απόψεις των ίδιων των παιδιών (Reyes, 2008). Ενδιαφέρον είναι ότι, ερευνητές έχουν βρει υψηλές διαφορές στην αυτοεκτίμηση των παιδιών, σε ομάδες, οι οποίες είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, έναντι αυτών που δεν είχαν κακοποιηθεί. Τέλος, ερευνητές σε παλαιότερη μελέτη βρήκαν ακριβώς τα ίδια αποτελέσματα για την αυτοεκτίμηση, σε νεαρές κακοποιημένες και μη κακοποιημένες γυναίκες (Dimmitt, 1995).

## **8.2 Κοινωνική, Οικογενειακή υποστήριξη, Κοινωνικές δεξιότητες**

Ακόμα ένας σημαντικός παράγοντας, ο οποίος φαίνεται να συσχετίζεται με την σεξουαλική κακοποίηση είναι η κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη που λαμβάνουν τα άτομα, τα οποία έχουν κακοποιηθεί. Έρευνες σε παιδιά δείχνουν ότι, αυτά που έλαβαν άμεσα υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους ή από τα κοινωνικά συστήματα είχαν πιο θετική αυτοεκτίμηση και κοινωνικό-συναισθηματικές λειτουργίες. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι παιδιά, τα οποία είχαν κακοποιηθεί, είχαν υποστήριξη ακόμα και από ένα άτομο της οικογενείας τους, έδειχναν καλύτερη κοινωνική προσαρμογή. Πολλοί ερευνητές προτείνουν ότι οι οικογενειακές μεταβλητές όπως, η οικογενειακή απάντηση ή η διαθεσιμότητα των σημαντικών άλλων στην κακοποίηση, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο για την ψυχική κατάσταση του θύματος, όσο και για την απήχηση σε ενδεχόμενη θεραπεία (Reyes, 2008, Deblinger, Steer and Lippmann, 1999).

Αναφορικά με τους επιβαρυντικούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλουν τόσο στη σεξουαλική κακοποίηση, όσο και στις άλλες μορφές, μέσα από τον γονεϊκό ρόλο είναι οι στρεσογόνες καταστάσεις της καθημερινότητας, η χρήση ουσιών, οι συγκρουσιακές σχέσεις ή βία των δύο γονέων μεταξύ τους (Αντωνίου, Ξυπολιτά, 2014).

Επίσης, αυτό που φαίνεται να επηρεάζει αρκετά την πορεία του παιδιού έπειτα από το τραύμα, είναι το είδος της σεξουαλικής κακοποίησης, η ταυτότητα του παραβάτη, η οποία σε περιπτώσεις που ο θύτης είναι γνωστό άτομο της οικογενείας επηρεάζει περισσότερο την ψυχική ισορροπία του παιδιού. Τέλος, η διάρκεια της κακοποίησης, η ηλικία έναρξης του γεγονότος, η προσωπικότητα του παιδιού και οι αντιδράσεις των σημαντικών-άλλων κατά την αποκάλυψη της κακοποίησης, φαίνεται να επηρεάζουν ραγδαία την εξέλιξη του τραύματος (Ζαχαροπούλου και Νικολαντωνάκη, 2004).

Επιπροσθέτως, τα μεγαλύτερα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης φαίνεται να παρατηρούνται μέσα από το οικογενειακό περιβάλλον. Σχετικά με την διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται ότι οι κοινωνικοί και ατομικοί παράγοντες, οι οποίοι καθιστούν το οικογενειακό περιβάλλον σε υψηλή θέση επικινδυνότητας, σχετίζονται με την απόρριψη και την εχθρική στάση προς το παιδί, την υψηλή τιμωρητικότητα, την απουσία τρυφερότητας, τα προβλήματα υγείας των γονέων και την παρουσία πατριού ή συντρόφου της μητέρας (Αντωνίου και Πολυχρόνη, 2006).

## **9. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ**

Τα παιδιά τα οποία κακοποιούνται από κάποιον, στον οποίο εμπιστεύονται την προστασία τους, νιώθουν πολύ συχνά σύγχυση και δεν κατανοούν ότι αυτό που τους συμβαίνει μέσα από την σεξουαλική δραστηριότητα είναι παραβίαση. Η σεξουαλική κακοποίηση είναι ένα γεγονός, το οποίο φέρει σημαντικές τραυματικές συνέπειες στη ψυχική υγεία του παιδιού, οι οποίες συνδέονται άρρηκτα με δυσλειτουργικές συμπεριφορές κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής του. Οι προβληματικές συμπεριφορές, οι οποίες έχουν παρατηρηθεί είναι οι καταχρήσεις, η κατάθλιψη, η

κοινωνική φοβία και σε ακραίες περιπτώσεις η απόπειρα αυτοκτονίας (Berliner, L. & Elliot, D., 1996, Cohen et al., 2004).

Σύμφωνα με μελέτες, η συνηθέστερη ηλικία που τα παιδιά κακοποιούνται είναι 7 με 13 ετών παρ' όλο που πάνω από το ένα τέταρτο των περιστατικών σεξουαλικής βίας που έχουν καταγραφεί, αναφέρουν παιδιά κάτω των 5 ετών. Επιπρόσθετα, η κακοποίηση προσβάλλει παιδιά και των δύο φύλων χωρίς να λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας η φυλή και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Βέβαια, από στατιστικά δεδομένα φαίνεται να υπάρχει αυξανόμενος ρυθμός σεξουαλικής κακοποίησης σε παιδιά που ζουν με γονείς, οι οποίοι έχουν ψυχιατρικές δυσκολίες, οι οποίοι δεν είναι συναισθηματικά διαθέσιμοι ή με γονείς που κάνουν κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ (Παπαδοπούλου και Σένκο, 2017).

## **9.1 ΤΥΠΟΣ ΔΕΣΜΟΥ, ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Η θεωρία δεσμού σύμφωνα με τον Bowlby (1969) ακολουθεί ένα μοντέλο ανάπτυξης, το οποίο η ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσουν τα παιδιά με τους γονείς τους και ιδιαίτερα με τη μητέρα στα πρώτα χρόνια ζωής, επηρεάζει την ψυχο-συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου σε όλα τα στάδια της εξέλιξης του (Parkes, Hinde, & Marris, 1991). Ο Bowlby υποστήριξε ότι όταν το βρέφος γεννιέται, έχει ως έμφυτη ανάγκη να δημιουργήσει δεσμό με ένα άτομο (ή άτομα) που θα του παρέχει προστασία και ασφάλεια. Ο απώτερος στόχος της τάσης δεσμού ή προσκόλλησης είναι η εξελικτική ικανότητα προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον (evolutionary adaptiveness) (Γιωτακος και Πρεκατέ, 2006).

Το μοντέλο το οποίο στηρίχθηκε πάνω στη θεωρία του δεσμού ξεχωρίζει τα άτομα ανάμεσα σε τέσσερις τύπους (Bartholomew, 1990, Bartholomew & Horowitz, 1991). Ο ασφαλής (secure) τύπος δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις αξιοποιώντας τη θετική εικόνα που έχει, τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τα άλλα άτομα. Ο αμφιθυμικός τύπος (ambivalent/preoccupied) διακρίνεται από μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και μια θετική εικόνα για τους άλλους, κάτι

το οποίο τον καθιστά υποχωρητικό και φαίνεται να είναι επιρρεπής στη συναισθηματική εκμετάλλευση. Ο τύπος αποφυγής (avoidant) χαρακτηρίζεται από αρνητικά μοντέλα για τον εαυτό του και για τους άλλους, και διαχωρίζεται σε δύο ειδικότερους τύπους αποφυγής: τον απορριπτικό (dismissing) και το φοβικό (fearful). Ο φοβικός τύπος αποφυγής (avoidant- fearful), ο οποίος ενέχει μια αρνητική εικόνα τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους άλλους. Συνήθως αυτός ο τύπος παρατηρείται σε άτομα με επιθετικούς ή καταθλιπτικούς γονείς. Ο απορριπτικός τύπος αποφυγής (avoidant-dismissing) χαρακτηρίζεται από μια ιδιαίτερα θετική εικόνα για τον εαυτό του (ιδεατό εγώ) και μια αυξημένη αρνητική εικόνα για τους άλλους. Φαίνεται να εμφανίζεται σε άτομα που είχαν απόμακρους γονείς, αλλά παρ' όλα αυτά φρόντιζαν να ικανοποιούν τις ανάγκες τους (Γιωτακος και Πρεκατέ, 2006).

Έπειτα από μελέτες σχετικά με την κακοποίηση και τον δεσμό προσκόλλησης, έχει αποδειχθεί ότι τα κακοποιημένα παιδιά εμφανίζουν ανασφαλή μοντέλα δεσμού στις σχέσεις τους, ως ενήλικες, ενώ μελέτες που έγιναν σε γυναίκες χρήστριες κοκαΐνης, έδειξαν ότι η σεξουαλική κακοποίηση και η διάπραξη αδικημάτων συνδέεται αρκετά με το γεγονός ότι είχαν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Ακόμη, σημειώνεται ότι οι γυναίκες, οι οποίες έχουν αναπτύξει ανασφαλή μοντέλα δεσμού τείνουν να επιλέγουν συντρόφους που ασκούν βία σε βάρος τους (Feerick, Haugaard & Hien, 2002).

## **10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Σύμφωνα με αναφορές της ψυχοθεραπεύτριας, Σωτηροπούλου Α., φαίνεται να συμβάλουν στη θεραπεία των τραυματικών εμπειριών σεξουαλικής κακοποίησης τα παρακάτω χαρακτηριστικά. Το πρωταρχικό στάδιο που συνιστάται στη θεραπεία είναι η δημιουργία αισθήματος ασφάλειας θεραπευτή και θεραπευόμενου. Έπειτα, η ενθύμιση και θλίψη κατά την αποκάλυψη του τραύματος και τέλος η επανένταξη στους ρυθμούς της καθημερινής ζωής (Γιωτάκος και Πρεκατέ, 2006).

Όσον αφορά το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης είναι κάτι το οποίο χρειάζεται να δημιουργηθεί στη θεραπευτική σχέση, καθώς οι περισσότεροι θεραπευόμενοι δεν εντάσσονται σε θεραπεία λόγω της σεξουαλικής κακοποίησης. Συνήθως ξεκινούν με άλλα αιτήματα, όπως προβλήματα στις σχέσεις με το άλλο φύλλο, σεξουαλικά προβλήματα, διατροφικές διαταραχές, χρήση ουσιών, αυτοτραυματισμούς (Sosnowski et al., 2019).

Συνεπώς, χρειάζεται μια εξειδικευμένη εκπαίδευση του θεραπευτή στα θέματα της σεξουαλικής κακοποίησης, ώστε στα πλαίσια της θεραπευτικής εξερεύνησης να στηρίξει τον θεραπευόμενο (παιδί, έφηβο, ενήλικα). Στην συνέχεια το επόμενο στάδιο είναι η αποκάλυψη της τραυματικής εμπειρίας της κακοποίησης, στο οποίο ο θεραπευτής χρειάζεται καταρχήν να πιστέψει τον θεραπευόμενο χωρίς να του προσάψει κατηγορίες και να τον διαβεβαιώσει ότι η ευθύνη της πράξης, βαρύνει εκείνον που την διέπραξε. Ακόμη, είναι σημαντικό να υπενθυμίσει στον θεραπευόμενο ότι βρισκόταν σε παιδική ηλικία με αποτέλεσμα να μην έχει τον έλεγχο της κατάστασης και ότι κατάφερε να επιβιώσει από τις τραυματικές συνθήκες. Έπειτα, φαίνεται βοηθητικό το άτομο το οποίο έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση να εξωτερικεύσει τα αρνητικά συναισθήματα, θλίψη ή θυμο, προκειμένου να ανακουφιστεί. Τέλος, στο στάδιο της επανασύνδεσης/επανάταξης το άτομο χρειάζεται να βρει νόημα στο παρόν, καθώς και να αλλάξει τις νευρωτικές συμπεριφορές ή συνασθήματα με πιο λειτουργικά. Παραδειγματικά αναφέρεται η φροντίδα του εαυτού του και σώματός του, η αποκατάσταση του αυτοσεβασμού του, ο έλεγχος και η ανάκτηση εμπιστοσύνης (Γιωτακος και Πρεκατε, 2006).

## **11. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ-ΔΜΤΣ**

Είναι γνωστό από τα παλιά χρόνια ότι το ψυχικό τραύμα έχει εξαιρετικά υψηλή σημασία στα παιδιά, στους εφήβους και στους ενήλικες σε σχέση με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Παρ' όλα αυτά χρειάστηκε να έρθει η δεκαετία του 70' για να διαγνωστεί επίσημα η οντότητα της

Διαταραχής Μετά από Τραυματικό Στρες (ΔΜΤΣ), με αφορμή τις γυναίκες-θύματα βιασμού και βετεράνοι του Βιετναμ, οι οποίες εμφάνισαν έντονα συμπτώματα αποφυγής, επαναβίωσης, καθώς και υπερδιέγερσης. Στη σημερινή εποχή, είναι γνωστές οι διαστάσεις που παίρνει η έκθεση παιδιών σε τραυματικά γεγονότα αλλά και η ψυχολογική αναστάτωση που τους προκαλείται, μαζί με ενδεχόμενες ψυχιατρικές συνέπειες (KOLAITIS, 2000).

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Stress (Post-Traumatic stress disorder) ταξινομείται στις αγχώδεις διαταραχές προκαλώντας συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει είτε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, είτε σοβαρό τραυματισμό του πάσχοντος. Αυτά τα γεγονότα χαρακτηρίζονται ως «κρίσεις» και τα βιώνει κάποιος μόνος του ή σε ομάδα. Τραυματικά συμβάντα μπορεί να θεωρηθούν η κακοποίηση (κυρίως βιασμός), η ληστεία, το τροχαίο ατύχημα, ο πόλεμος και οι φυσικές καταστροφές, όπως ο σεισμός ή η πλημύρα (Βλαχάκης και Φασουλή, 2017). Η αντίδραση του ατόμου στο τραυματικό γεγονός σηματοδοτεί και την πορεία της μετατραυματικής διαταραχής.

Έχοντας υπόψιν την διαφορετική μορφή της PTSD στους ενήλικες και στα παιδιά, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η εκδήλωση των συμπτωμάτων στα παιδιά μπορεί να εμφανιστεί περισσότερο με αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και λιγότερο με αισθήματα έντονου φόβου (Kaminer, Seedat & Stern, 2005).

Σύμφωνα με έρευνες και επίσημα στοιχεία από τις Η.Π.Α το 40-70% του πληθυσμού έχει εκτεθεί σε κάποιο τραυματικό γεγονός κατά την διάρκεια της ζωής του, παρ' όλο που η πλειοψηφία των ατόμων, οι οποίοι εκτίθενται δεν αναπτύσσουν μετατραυματική διαταραχή. Περίπου το 10,4% των γυναικών και των 5% των ανδρών είναι αυτοί, οι οποίοι παρουσιάζουν τελικά ΔΜΤΣ. Επιπλέον, σύμφωνα με το DSM-IV για να υπάρξει διάγνωση για ΔΜΤΣ, προϋποθέτει σημαντικό ρόλο η απάντηση του ατόμου στο τραυματικό γεγονός με αίσθηση ανημπόριας και έντονο φόβο. Ενδιαφέρον έχουν οι μελέτες που απέδειξαν την στενή σχέση του κάθε συμπτώματος σε θύματα

βίας με τον κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικού στρες έξι μήνες μετά το τραύμα (Ασημακοπούλου, 2012).

Έπειτα απο μελέτες, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε άτομα που εμφάνισαν μετατραυματικό στρες, έδειξαν ότι υπέστησαν μόνιμες αλλαγές στον εγκέφαλο τους (άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και αμυγδαλοειδούς πυρήνα του εγκεφάλου) και είχαν αυξημένη έκκριση επινεφρίνης, νορεπινεφρίνης, τεστοστερόνης, κορτιζόλης και θυροξίνης (Mason et al., 1990)

Ως αιτιοπαθογένεια, κεντρικό ρόλο σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία έχει η ψυχική ενέργεια, η οποία απαιτείται από τα θύματα για να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές συνέπειες του τραύματος. Συγκεκριμένα ο Freud, ανέλυσε το φαινόμενο της καταναγκαστικής επανάληψης προκειμένου να μπορούν τα άτομα να κυριαρχούν στο γεγονός. Αφορά μια καθημερινή επανάληψη, κάτι όμως που πολλές φορές καταλήγει σε καθήλωση του τραύματος. Οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές θεωρίες κάνουν λόγο για απειλές (είτε πραγματικές είτε αυτές που ερμηνεύει το άτομο ως απειλές). Κάποια άτομα με ΔΜΤΣ αναπτύσσουν «φοβικές δομές» οι οποίες απεικονίζονται σε νευροβιολογικό επίπεδο, το οποίο βέβαια δεν έχει μελετηθεί επαρκώς σε παιδιά και σε εφήβους.

Ωστόσο, είναι διαδεδομένη η πολυπλοκότητα των νευροανατομικών συστημάτων, οι οποίοι εμπλέκονται στην απάντηση του στρες. Κάποιοι από τους νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται είναι η νορεπινεφρίνη, η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη, τα κορτικοστεροειδή και τα ενδογενή οπιοειδή. Αυτοί ρυθμίζουν και ελέγχουν νευροανατομικές περιοχές που εμπλέκονται στη ΔΜΤΣ, όπως οι θάλαμοι, το εγκεφαλικό στέλεχος και ο διεγκέφαλος (KOLAITIS, 2000).

Η Μετατραυματική Διαταραχή Στρες (ΜΔΣ) σύμφωνα με μελέτες, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί, είναι αρκετά συχνή σε άτομα με ιστορικό Σεξουαλικής Κακοποίησης (44-48%), ενώ τα συμπτώματα της διαταραχής παρουσιάζονται περίπου στο 85% (McLeer et al, 1998).

Σύμφωνα με ιστορικά δεδομένα, η PTSD διεγνώσθη αρχικά σε βετεράνους του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, αναφερόμενο ως «σοκ βομβαρδισμού». Η διαταραχή είχε περάσει και από άλλες διαφορετικές περιγραφές, όπως «νευρικό σοκ» (Page, 1985), «τραυματική νευρώση» (Oppenheim, 1892), «αγχώδης νευρώση» (Freud, 1894) ή «φοβική νευρώση» (Kraepelin, 1886). Στην συνέχεια την περίοδο του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, έδωσαν αυξημένη βαρύτητα στους επιζώντες στρατιώτες, εισάγοντας πλέον την έννοια του «μετατραυματικού συνδρόμου» στην βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα ο Kardiner το 1941, παρατήρησε ότι οι βετεράνοι του πολέμου, οι οποίοι υπέφεραν από αυτό το σύνδρομο, ένιωθαν εχθρικά αισθήματα για τους άλλους με έντονες αναίτιες εκρήξεις θυμού, παραμένοντας καθηλωμένοι στις τραυματικές εμπειρίες που είχαν βιώσει (Kardiner, 1941).

Τα αρχικά συμπτώματα της PTSD ξεχωρίζουν μπαίνοντας σε τρεις κατηγορίες συμπλεγμάτων. Το πρώτο σύμπλεγμα αφορά την επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος με συνεχείς αναμνήσεις (Flashbacks), ψυχοσωματικό άγχος και επίμονους εφιάλτες. Το δεύτερο σύμπλεγμα αναφέρεται στη αποφυγή σκέψεων, καταστάσεων, ακόμα και προσώπων, οι οποίες φαίνεται το παιδί να τις βιώνει ως υπομνηστικές του τραύματος. Επιπλέον, σε αυτό το δεύτερο σύμπλεγμα συμπεριλαμβάνεται και η ανικανότητα του παιδιού ή του εφήβου να ανακαλέσει στο μυαλό του κομμάτια από την τραυματική εμπειρία, την οποία βίωσε, η απόσυρση από συγκεκριμένα πρόσωπα και δραστηριότητες και η μη ύπαρξη μελλοντικών στόχων και σχεδίων. Στο τρίτο σύμπλεγμα αναφέρονται συμπτώματα σημαντικής έντασης, όπως υπερεγρήγορη, ευερεθιστότητα, διαταραχές στον ύπνο, ξαφνικές εκρήξεις θυμού και δυσκολίες συγκέντρωσης. Ακόμη, τα παραπάνω συμπτώματα φαίνεται να συνδυάζονται με σωματικές ενοχλήσεις, όπως στομαχόπονο, πονοκεφάλους. Σχετικά με τα παραπάνω, για να είναι αξιόλογη η διάγνωση της PTSD, τα συμπτώματα χρειάζεται να παραμείνουν για τουλάχιστον ένα μήνα μετά την τραυματική εμπειρία και να συνεπάγεται έντονη έκπτωση της λειτουργικότητας του παιδιού στην καθημερινότητα του (Salmon & Bryant, 2002).



Τα κριτήρια της διαταραχής του μετατραυματικού στρες έχουν δεχθεί αλλαγές ανα τα χρόνια σύμφωνα με τα διαγνωστικά εγχειρίδια. Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο για ψυχικές διαταραχές της τέταρτης έκδοσης (DSM-IV), έχουν ορισθεί τα παρακάτω διαγνωστικά κριτήρια.

- Το άτομο βίωσε ένα τραυματικό συμβάν στο οποίο ίσχυαν και οι δύο παρακάτω περιπτώσεις: (1) Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο μ' ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό θάνατο ή την απειλή επερχόμενου θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού του ή των άλλων. (2) Η αντίδραση του ατόμου χαρακτηριζόταν από έντονο φόβο, αίσθηση ανημπόριας ή φρίκη/τρόμο.
- Το τραυματογόνο συμβάν βιώνεται επανειλημμένα από το άτομο, συχνά και επίμονα μέσω ενός από τους παρακάτω τρόπους: (1) Αναμνήσεις που επαναλαμβάνονται και έχουν σχέση με το συμβάν, και ενοχλούν υποκειμενικά το άτομο και διαταράσσουν την ηρεμία του. (2) Όνειρα που απεικονίζουν ή έχουν σχέση με το συμβάν και επαναλαμβάνονται με σταθερή και έντονη συχνότητα, ενοχλούν και ταράζουν το άτομο. (3) Η συμπεριφορά του ατόμου και οι δράσεις του υποδηλώνουν ότι νιώθει ότι ξανασυμβαίνει το τραυματικό συμβάν. (4) Το άτομο ενοχλείται σημαντικά ψυχολογικά και ταράζεται με την οποιαδήποτε νύξη που συμβολίζει ή του θυμίζει κάποια πτυχή του τραυματικού συμβάντος.
- Αποφεύγει με επίμονο τρόπο το όποιο ερέθισμα συνδέεται με το συμβάν, και παρουσιάζει μωδιασμένη αντιδραστικότητα, όπως φαίνεται από τα παρακάτω: (1) Προσπάθειες ν' αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα, (2) Προσπάθειες ν' αποφύγει δραστηριότητες, μέρη ή ανθρώπους που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος, (3) Ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος, (4) Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες, (5) Αίσθημα

απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους, (6) Περιορισμένο εύρος συναισθήματος, (7) Αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος.

- Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας, όπως φαίνεται δύο από τα παρακάτω: (1) Δυσχέρεια να αποκοιμηθεί ή να διατηρήσει τον ύπνο του, (2) Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού, (3) Δυσχέρεια στη συγκέντρωση, (4) Υπερεπαγρύπνηση, (5) Αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.
- Η διαταραχή έχει διάρκεια μεγαλύτερης του ενός μηνός.
- Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας (ICD-10, 2011, APA, 1994).

Σύμφωνα με την αναθεωρημένη έκδοση του Αμερικάνικου Διαγνωστικού Εγχειριδίου, πέμπτης έκδοσης (DSM-V), η συμπτωματολογία εμφανίζεται με μικρές διαφορές στο επίπεδο της διάθεσης από αυτήν της προηγούμενης έκδοσης:

- Συμπτώματα αποφυγής
  - i. Αποφυγή συγκεκριμένων περιοχών, θεαμάτων, καταστάσεων και ήχων που υπενθυμίζουν το γεγονός.
  - ii. Άγχος, κατάθλιψη, συναισθηματικό μούδιασμα ή ενοχή.
- Συμπτώματα επαναβίωσης:
  - i. Ενοχλητικές σκέψεις, εφιάλτες ή αναδρομές στο παρελθόν.
- Συμπτώματα υπερδιέγερσης:
  - ii. Θυμός, ευερεθιστότητα και υπερδιέγερση.
  - iii. Επιθετική, απερίσκεπτη συμπεριφορά και παρουσία αυτοτραυματισμών.
  - iv. Διαταραχές ύπνου.
- Συμπτώματα αρνητικής διάθεσης και σκέψης:

- i. Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε τον ενδιέφεραν.
- ii. Δυσκολία να ανακαλεί λεπτομέρειες του τραυματικού περιστατικού.
- iii. Αλλαγή στις συνήθειες ή στην συμπεριφορά μετά το τραύμα (APA, 2013).

Σημαντικοί παράγοντες για την εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι οι πεποιθήσεις και οι απόψεις που έχει το άτομο για τους άλλους, γενικά για τον κόσμο και για τον εαυτό του. Παράδειγμα αποτελεί ο φόβος για την ζωή, ο οποίος παρ' όλο που είναι προγνωστικός δείκτης για εμφάνιση PTSD σε θύματα επιθέσεων και σοβαρών ατυχημάτων, φαίνεται η προσωπική αντίληψη του φόβου να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για εμφάνιση της διαταραχής και για αποτυχία σε ενδεχόμενη θεραπευτική παρέμβαση (Bernat, 1998).

Στην συνέχεια, αφού έχουν αναφερθεί τα κριτήρια για διάγνωση της PTSD, θα διερευνηθούν οι γενικότερες τραυματικές εμπειρίες με τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης μετατραυματικού στρες. Απο τις πιο σημαντικές και με ραγδαία αυξανόμενα ποσοστά για εμφάνιση PTSD, κατά την παιδική και εφηβική ηλικία είναι οι τραυματικές εμπειρίες που προκαλεί η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση (Bee, 1997). Η παιδική σωματική και σεξουαλική βία κατά των παιδιών θεωρείται αιτιολογικός παράγοντας για να εμφανιστεί PTSD. Συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης σε βάρος των παιδιών, η παραμέληση και η ανάρμοστη συμπεριφορά, τις οποίες δέχονται απο τις οικογένειες τους ανυψώνουν τα ποσοστά για εμφάνιση τόσο για PTSD, όσο και για διαταραχές της διάθεσης, φοβίες, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αγχώδης διαταραχή, κρίσεις πανικού και διαταραχές διαγωγής (Van der Kolk, 1994).

Ανεξάρτητα από την ανάπτυξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε παιδιά και εφήβους, τα οποία έχουν κακοποιηθεί, είναι σημαντική η ανίχνευση και άλλων παραγόντων που συμβάλλουν στη παρουσία της. Η κακοποίηση έχει βρεθεί ως στοιχείο, το οποίο συνθέτει την εικόνα της PTSD, ιδιαίτερα όταν αυτή αποτελεί μόνο ένα μέρος από δυσλειτουργικές συμπεριφορές. Φαίνεται λοιπόν, ότι τα επιβαρυνόμενα οικογενειακά περιβάλλοντα τα οποία εκτός της κακοποίησης, παρουσιάζουν πολλαπλές δυσκολίες εμφανίζουν πιο έντονα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004).

## **12. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΣΤΑΔΙΟ**

Ανάλογα με την ηλικία του κάθε παιδιού ή εφήβου δίνεται βαρύτητα στη παρουσία κάποιων κλινικών χαρακτηριστικών. Στη προσχολική ηλικία (1-5 ετών) εμφανίζεται άσκοπο τρέξιμο, ανεξέλεγκτο κλάμα, υπερευερευθιστότητα και συνήθως απώλεια όρεξης. Στη σχολική ηλικία (5-11ετών) παρατηρούνται κεφαλαλγίες, προβλήματα ύπνου, σχολική άρνηση, έλλειψη συγκέντρωσης, ακουστικές ή οπτικές διαταραχές. Η κλινική εικόνα των συμπτωμάτων διαφοροποιείται σύμφωνα με το φύλο. Παραδειγματικά αναφέρεται ότι τα αγόρια τείνουν να είναι πιο εξωστρεφή και επιθετικά, συγκριτικά με τα κορίτσια τα οποία παρουσιάζονται εσωστρεφή και συνεσταλμένα. Σχετικά με την πρώτη εφηβεία (11-14 ετών) παρατηρούνται περισσότερο αποσύρση, κενά μνήμης, απομόνωση, καταθλιπτικό συναίσθημα και ιδέες αυτοκτονίας. Στην εφηβεία (14-18 ετών) παρουσιάζονται κυρίως αντικοινωνική συμπεριφορά, χρήση ουσιών, αυτοτραυματισμοί, πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα, παραβατική συμπεριφορά, κατάθλιψη, δυσκολία λήψης αποφάσεων και σχεδόν εμμονική ενασχόληση με ένα αντικείμενο ή μια σκέψη (Τσουκαλά & Τσουμάκας, 2013).

### 13. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Οι κυριότερες θεραπείες οι οποίες προτείνονται για την αντιμετώπιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι αρχικά η διαχείριση πρώτου βήματος (First-step management), η οποία εστιάζει περισσότερο σε παιδιά και εφήβους που έχουν εκτεθεί σε τραυματικό γεγονός. Έπειτα, η ψυχοθεραπεία, είτε ατομική, είτε ομαδική με παιδιά και οικογένειες. Ενδεικτικά στις πρώτες συνεντεύξεις παρατηρείται κυρίως από τα μικρότερα παιδιά να θέλουν να μιλήσουν αναλυτικά για το τραυματικό γεγονός που τους συνέβη και νιώθουν ενοχές που δεν αντέδρασαν, ενώ οι έφηβοι φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσπιστία στον εξεταστή και χρειάζεται χρόνος για να τους εμπιστευτούν. Στην συνέχεια, υπάρχει η φαρμακευτική αγωγή και ανάλογα με τον βαθμό εμφάνισης της διαταραχής χορηγούνται α) β-ανταγωνιστές για την αντιμετώπιση του άγχους, β) εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, των κρίσεων πανικού και των διαταραχών ύπνου, γ) αντιεπιληπτικά για την αντιμετώπιση θυμού και συμπεριφοράς, δ) βενζοδιαζεπίνες για την αντιμετώπιση της επιθετικότητας κυρίως στους εφήβους.

Επιπροσθέτως, σχετικά με την αντιμετώπιση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες, ως θεραπευτική διαδικασία προκειμένου το άτομο να διαχειριστεί τα συμπτώματα και τις σκέψεις που προκαλούνται έπειτα από τις τραυματικές εμπειρίες της σεξουαλικής κακοποίησης, ενδείκνυται η μέθοδος Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Είναι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, η οποία συνδυάζει στοιχεία και τεχνικές και από άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η γνωσιακή-συμπεριφοριστική, η ψυχοδυναμική, η διαπροσωπική και η σωματική ψυχοθεραπεία. Χρησιμοποιείται σε οκτώ φάσεις σε άτομα που έχουν γενικότερα τραυματικές εμπειρίες εκτός από την σεξουαλική κακοποίηση και παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους, φόβου, ταραχής, ψυχολογικό σοκ. Η συγκεκριμένη μέθοδος η οποία βασίζεται σε θεωρητικό μοντέλο, φαίνεται να εστιάζει στις δυσλειτουργικές συμπεριφορές,

αντιδράσεις και συναισθήματα κατά εκ νέου θύμιση του τραυματικού γεγονότος. Η θεραπεία έγκειται στην αναπαράσταση του τραύματος και στην δημιουργία υγιών συμπεριφορών (Τσουκαλά & Τσουμάκας, 2013). Τέλος, έπειτα από έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε σε 30 εφήβους (Μ.Η 14,7 ετών), οι οποίοι υπέφεραν από διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά από σεξουαλική κακοποίηση, έδειξε ότι πάνω από το 50% από τα άτομα που μπήκαν σε θεραπεία μειώθηκαν αισθητά τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες. Πριν την έναρξη της θεραπείας, τα 16 άτομα είχαν πολύ σοβαρά συμπτώματα PTSD και τα 14 άτομα είχαν σοβαρά προς ήπια συμπτώματα (Karadag, Gokcen and Sarp, 2019).

#### **14. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ**

Η διαταραχή πρόσληψης τροφής η οποία εμφανίζεται σε έφηβες, φαίνεται να σχετίζεται με ιστορικό ψυχικού τραύματος και ιδιαίτερα με εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης στη παιδική ηλικία. Η συσχέτιση αυτή στηρίχθηκε στην κλινική εικόνα ατόμων με διαταραχή πρόσληψης τροφής και ατόμων με τραύμα σεξουαλικής κακοποίησης προκειμένου να διερευνηθούν αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες και ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά (Herzog DB, Staley JE, 1993). Μετά απο μελέτες, ο οποίες έχουν πραγματοποιηθεί για την σεξουαλική κακοποίηση και τις διαταραχές πρόσληψης τροφής παρατηρείται ότι και οι δύο εμφανίζονται ως σοβαρές κλινικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις (Παπαγεωργίου, 2005) και αποδεικνύεται ότι το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης στη παιδική ηλικία είναι αιτιοπαθογενετικός παράγοντας για εμφάνιση διαταραχής πρόσληψης τροφής. Τέλος, παρατηρήθηκαν κοινά στοιχεία της ΔΠΤ και της ΣΚ, όπως άγχος, καταθλιπτικά στοιχεία, δυσπιστία προς τους άλλους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχή εικόνας σώματος, οριακή διαταραχή προσωπικότητας και ανεπαρκής έλεγχος παρορμήσεων (Γιωτάκος, 2004).

Επιδημιολογικά δεδομένα μελετών αναφέρουν την παραπάνω συσχέτιση με ποσοστά απο 7% (Lacey,1990) εως και 69% (Folsom et al, 1989) κυρίως σε έφηβα κορίτσια, ενώ ο

Oppenheimer και οι συνεργάτες του (1985) παρατήρησαν ότι σε 78 ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής, το 64% ανέφεραν ότι είχαν επιβεβλημένες σεξουαλικές τραυματικές εμπειρίες. Επίσης, ο Hibbard και οι συνεργάτες του βρήκαν ότι σε μη κλινικό δείγμα πληθυσμού σχολικής ηλικίας, οι έμετοι και η κατάχρηση υπακτικών ήταν τέσσερις φορές μεγαλύτερη σε κοπέλες, οι οποίες είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, γεγονός το οποίο δηλώνει ότι βρίσκονταν στα πρώτα στάδια η σε υποκλινική μορφή της διαταραχής (Γιωτακος, 2006).

#### **14.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ-ΜΚΔ**

Η κατάθλιψη ως συναισθηματική διαταραχή φαίνεται να απασχολεί τον γενικό πληθυσμό με ένα ευρύ φάσμα κλινικών τύπων και ως μια ξεχωριστή οντότητα. Απο κοινωνικής και ψυχιατρικής πλευράς η διερεύνηση όλων των τύπων αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού φαίνεται να περιλαμβάνει αρκετά στοιχεία ψυχοπαθολογίας, τα οποία επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργικότητα του ασθενούς.

Αναφέροντας επιδημιολογικά στοιχεία, η κατάθλιψη φαίνεται να μαστίζει πάνω απο 150 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο και να θεωρείται ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, αφού πάνω απο το 15% θα βιώσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή τους. Η κατάθλιψη παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες έναντι των ανδρών, οι προσβάλλονται 2-3 φορές περισσότερο.

Σύμφωνα με μελέτες οι οποίες έγιναν στις Η.Π.Α το 1/5 του πληθυσμού πάσχει απο ΜΚΔ, ενώ το 21% των γυναικών και το 13% των ανδρών θα περάσουν απο σοβαρή κατάθλιψη κάποια στιγμή στην ζωή τους. Έπειτα, απο στοιχεία που εμφάνισε η GBD σε μελέτη το 2000 δείχνει ότι οι μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές δημιουργούν μεγάλη επιβάρυνση στην δημόσια υγεία και μεταξύ όλων των νοσών λαμβάνουν την τέταρτη θέση.

Η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλλει άτομα όλων των ηλικιών ενώ συνήθως μαστίζει στην μέση ηλικία. Ωστόσο, απο κλινικά δείγματα φαίνεται να διαγιγνώσκεται πολύ συχνά στην εφηβεία και στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Περίπου τα 27 χρόνια θεωρείται ότι είναι ο μέσος όρος πρώτης εμφάνισης ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, ενώ το 40% των ασθενών μπορεί να παρουσιάσουν την διαταραχή σε ηλικία μικρότερη απο τα 20 έτη.

Η κατάθλιψη φαίνεται να συνυπάρχει με άλλες αγχώδεις διαταραχές σε συχνότητα η οποία κυμαίνεται από 33-75%, ενώ υπάρχει μεγάλη συννόηση με σοβαρές χρόνιες σωματικές νόσους. Η ΔΜΤ αποτελεί την πιο πιθανή διάγνωση μετά απο ένα τραυματικό γεγονός και παρουσιάζει συννόηση κατά το 50% με την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στην Έρευνα Εθνικής Συννόησης ότι το 79% των γυναικών και το 88% των ανδρών με διαταραχή μετατραυματικού στρες εμφανίζουν συμπτώματα για τουλάχιστον μια ακόμα ψυχιατρική διαταραχή. Η κατάθλιψη φαίνεται να παρουσιάζει την κυριότερη διαταραχή συννόησης, περίπου στο 34,5% και η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή στο 27,6% των εφήβων που έχουν διαγνωστεί με ΔΜΣ (Ασημακοπούλου, 2012).

## 15. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Είναι αποδεδειγμένο οτι οι τραυματικές εμπειρίες επηρεάζουν την γενικότερη λειτουργικότητα του παιδιού, καθώς και την υγεία του (Min et al, 2012). Μπορεί να έχει σχέση με την κακή σωματική υγεία του παιδιού στην ενήλικη ζωή, καθώς επίσης να εμφανίζει αύξηση στον κίνδυνο για παθολογικά ευρήματα ή ασθένειες (Wegman and Stetler, 2009).

Ακόμη, πολλές έρευνες κάνουν αναφορά για σύνδεση της ΠΣΚ με κίνδυνο για εμφάνιση HIV, αυτοκτονικότητας και παχυσαρκίας (Ward, 2018). Σύμφωνα με τον Narvaez, J.C και τους συνεργάτες του, σε έρευνα που δημοσίευσαν αναφέρουν, ότι περισσότερο απο το 60% των



γυναικών και πάνω από το 1/3 των ανδρών, οι οποίοι ήταν σε θεραπεία για απεξάρτηση ουσιών, είχαν υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στο παρελθόν. Επιπλέον, η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε, ότι οι πρώιμες εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία έχουν υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση μετατραυματικού στρες στην ενήλικη ζωή (Narvaez, 2019). Σχετικά με τους εφήβους για παράδειγμα, ο Kilpatrick και οι συνεργάτες του, βρήκαν ότι το 30% των αγοριών και το 24% των εφήβων κοριτσιών, διαγιγνώσκονται με διαταραχή μετατραυματικού στρες, το οποίο έχει συνδεθεί σημαντικά με χαμηλή ποιότητα ζωής και αγχώδεις διαταραχές (Kilpatrick et al, 2003).

Σε μελέτη που έκανε ο Ironson (2019) και οι συνεργάτες του, ερευνήθηκε η εμφάνιση της PTSD μετά από τραυματικές εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η παιδική και εφηβική σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζει πιο σοβαρά συμπτώματα της διαταραχής του μετατραυματικού στρες και συνδέθηκε με αρκετά αρνητικά συναισθήματα ή εναλλαγές αυτών, σε σχέση με τα φυσικά/σωματικά τραύματα, τα οποία συνδέθηκαν περισσότερο με μετατραυματικές σκέψεις (Reina, Freund and Ironson, 2019).

Σύμφωνα με την έρευνα του Stein (2017) εξετάστηκαν κυρίως τρία είδη συστηματικής κακοποίησης, η σεξουαλική, η σωματική και η συναισθηματική. Φαίνεται λοιπόν ότι παρ' όλο που η σεξουαλική κακοποίηση ήταν πιο δυνατή δεν συναντόταν τόσο συχνά συγκριτικά με τα άλλα δύο είδη. Έτσι, τα υψηλά ποσοστά της διαταραχής μετατραυματικού στρες ήταν πιο πιθανό να εμφανιστούν μετά από βαριά σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση συμπεριλαμβανομένων των απειλών και της επώδυνης χρήσης σωματικής δύναμης. Επιπλέον, στην ίδια μελέτη αναφέρει ότι το παραπάνω συμπέρασμα δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς φαίνεται ότι τα θύματα κυρίως σωματικής κακοποίησης, ανιχνεύονται ευκολότερα από τους ειδικούς (Stein et al, 2017).

Έπειτα από έρευνα, την οποία πραγματοποίησε ο Sanchez (2018) και οι συνεργάτες του σε φυλακισμένα άτομα στην Ισπανία, οι οποίοι είχαν υποστεί κάποιο είδος σεξουαλικής, σωματικής

και συναισθηματικής κακοποίησης, έδειξε ότι τα άτομα ανέφεραν πιο συχνά παιδικές εμπειρίες απο σωματική και συναισθηματική κακοποίηση εντός η εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος σε σχέση με σεξουαλική βία. Στην συνέχεια, ωστόσο, αφού σημειώθηκαν αναλυτικά τα ευρήματα της μελέτης, φαίνεται η σεξουαλική κακοποίηση να έχει σημαντικά υψηλότερη αναλογία για εμφάνιση του μετατραυματικού στρες (PTSD) συγκριτικά με την σωματική και την συναισθηματική. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι το 15.8% του δείγματος, το οποίο δεν είχε εκτεθεί σε τραύμα ήταν πιθανό να εμφανίσει PTSD, το 23.7% από αυτούς που είχαν εκτεθεί σε σωματική βία, το 30.7% απο τους συναισθηματικά κακοποιημένους και το 46.4% απο τα άτομα που είχαν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία. Τέλος, στη ίδια έρευνα αναλύεται και ότι τα άτομα που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά έχουν σχεδόν τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες από τα άτομα που δεν έχουν υποστεί καμία μορφή κακοποίησης (Sanchez, Ignatyev and Mundt, 2018).

Επιπρόσθετα, σε μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε από τους Μπελιβανάκη, Κολαΐτη, Κανάρη και Τσιάντη (2004) στη Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική, Γ.Π. Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών "Η Αγία Σοφία", έδειξε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι είχαν εκτεθεί σε ένα, δύο ή και τρία τραυματικά γεγονότα. Στις περιπτώσεις λοιπόν που τα παιδιά και οι έφηβοι εκτείθονταν σε παραπάνω από ένα τραυματικό γεγονός, οι ίδιοι ανέφεραν την σωματική και σεξουαλική κακοποίηση ως τα πιο στρεσογόνα τραυματικά γεγονότα. Ακόμη, εμφανίζεται ίδιο ποσοστό διάγνωσης PTSD σε αυτούς που είχαν κακοποιηθεί, είτε σεξουαλικά, είτε σωματικά το οποίο ανέρχεται στο 63.6%. Επιπλέον, το 82% απο αυτούς που είχαν διαγνωστεί με Δ.Μ.Τ.Σ, ανέφεραν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης (Μπελιβανάκη και συν, 2004).

Το 2019 σε μελέτη την οποία πραγματοποίησε ο Lyons & Romano (2019) σε πληθυσμό ανδρών, οι οποίοι είχαν υποστεί κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία, βρήκε ότι η συναισθηματική και σωματική βία φαίνεται να έχουν μικρότερα ποσοστά επιρροών σε σχέση με τα

άτομα που είχαν εκτεθεί στη σεξουαλική κακοποίηση. Επίσης, αναφέρεται ότι επιδημιολογική μελέτη (NESARC) στην Αμερική, έδειξε ότι τα αγόρια που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά είχαν 5.5% περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μετατραυματικό στρες (PTSD), από τα αγόρια που δεν είχαν εκτεθεί στη σεξουαλική βία (2.3%). Επιπλέον, σημειώνει την σεξουαλική κακοποίηση ως την πιο βλαβερή μορφή βίας και δείχνει ότι έχει εξίσου μεγάλα ποσοστά για να αναπτυχθεί ψυχοπαθολογία με την έκθεση σε πολλαπλές μορφές κακοποίησης (Lyons and Romano, 2019).

Στην έρευνα που πραγματοποίησε ο Young (2020) και οι συνεργάτες του συγκρίνοντας δύο δείγματα, αυτούς που συμμετείχαν σε πόλεμο, ως Βετεράνοι και απλούς πολίτες χωρίς αντίστοιχη εμπειρία. Όλοι ανέφεραν παιδικές εμπειρίες από σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση. Αυτό που ήταν πραγματικά ενδιαφέρον, είναι η πολύ μεγάλη επιβάρυνση που βρέθηκε στους απλούς πολίτες από την σεξουαλική κακοποίηση σε σχέση με τους Βετεράνους πολέμου, στο να παρουσιάσουν διαταραχή μετατραυματικού στρες. Θα ήταν αναμενόμενο για πολλούς, τα άτομα που συμμετείχαν σε πόλεμο και είχαν σεξουαλικές εμπειρίες βίας, να έχουν υψηλότερα ποσοστά επικινδυνότητας. Ωστόσο, αυτό συνέβη στη περίπτωση της συναισθηματικής βίας. Να έχει δηλαδή μεγαλύτερα ποσοστά για εμφάνιση PTSD τα άτομα που ήταν στον πόλεμο σε σχέση με τους απλούς πολίτες. Αναφορικά με την σωματική κακοποίηση, βρέθηκε η ίδια περίπου αναλογία και στα δύο δείγματα. Είχαν τις ίδιες πιθανότητες να αναπτύξουν μετατραυματικό στρες οι πολίτες με τους Βετεράνους πολέμων (Young et al., 2020).

## 15.1 ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση έχει σκοπό να διερευνήσει την συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική και εφηβική ηλικία με την εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες στην ενήλικη ζωή. Αυτό αναλύθηκε με στόχο έναν σημαντικό άξονα, ο οποίος ήταν: η αλληλεπίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης σε σχέση με άλλες τραυματικές εμπειρίες κακοποίησης στην κατηγορία αναφοράς (μη σεξουαλικά κακοποιημένοι).

## 15.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση πραγματοποιήθηκε κατόπιν δημιουργίας ενός πρωτοκόλλου, το οποίο συμφωνήθηκε και υπογράφηκε από όλους τους συγγραφείς (Α.Π Σ.Μ, Β.Μ.). Σε κάθε περίπτωση το πρωτόκολλο είναι διαθέσιμο, έπειτα από αίτηση. Οι μελέτες, οι οποίες συμπεριλήφθηκαν μέσα στην έρευνα ήταν αναδρομικές και προοπτικές (ασθενών-μαρτύρων, μελέτες κοορτής και συγχρονικές), καθώς ήταν απαραίτητο να βρεθούν δεδομένα σχετικά με την αλληλεπίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης και του μετατραυματικού στρες.

Το υποκείμενο των επιλεγμένων μελετών, ήταν τα κακοποιημένα και μη κακοποιημένα άτομα και των δύο φύλων, κατά την διάρκεια της παιδικής, εφηβικής και της νεαρής ενήλικης ηλικίας, με ή χωρίς την εμφάνιση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες. Μόνο οι μελέτες, οι οποίες είχαν ηλικιακό όριο μέχρι τα 21 έτη και μικρότερες θεωρήθηκαν επιλέξιμες για να εισαχθούν στην συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση. Μελέτες, οι οποίες εξέταζαν γενικά την σεξουαλική κακοποίηση χωρίς συγκεκριμένες αναφορές στην παιδική και εφηβική ηλικία και άλλες, οι οποίες ανέφεραν θεραπευτικές μεθόδους του μετατραυματικού στρες, εξαιρέθηκαν από την διαδικασία επιλογής. Ο ορισμός του μετατραυματικού στρες οριζόταν σύμφωνα με τα διαγνωστικά εργαλεία ταξινόμησης (ICD-11, ICD-10, DSM-III, DSM-IV, DSM-V), (ICD-11, 2019, ICD-10, 2008, APA, 1987, APA, 1994, APA, 2013). Επίσης, δεν υπήρχε περιορισμός στην χώρα, στην οποία είχε πραγματοποιηθεί η έρευνα αλλά έπρεπε αυτή, να είχε γραφτεί στα αγγλικά.

Τα άρθρα της έρευνας επιλέχθηκαν, κατόπιν αναζήτησης στη βάση δεδομένων του PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health). Η τελευταία μέρα αναζήτησης ήταν 31 Αυγούστου 2018 και ο ολοκληρωμένος αλγόριθμος, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε ήταν ο εξής: ((sexual AND (abuse OR harassment OR molestation OR assault OR violence)) OR rape) AND (PTSD OR “post-traumatic stress disorder”) AND (child OR children OR childhood OR adolescent OR adolescents OR adolescence). Οι λέξεις αξιοποιήθηκαν με όλους τους πιθανούς

συνδυασμούς χρησιμοποιώντας AND και OR. Επιπρόσθετα, ένας ενδεδειγμένος έλεγχος πραγματοποιήθηκε με την διαδικασία της χιονοστιβάδας, στον οποίο όλες οι παραπομπές των επιλεγμένων και σχετικών ερευνών εξετάστηκαν για πιθανή επιλεξιμότητα.

Οι συγγραφείς (Α.Κ, Β.Μ, Σ.Μ), οι οποίοι ήταν ανεξάρτητοι ο ένας από τον άλλον, αξιολόγησαν τις περιλήψεις των μελετών σε 3 διαφορετικά ζευγάρια, μέσω τυφλοποίησης. Σε περιπτώσεις, στις οποίες υπήρχαν διαφωνίες κατά την διάρκεια την έρευνας, πραγματοποιούνταν συμβουλευτική βοήθεια από εξειδικευμένο συγγραφέα (Θ.Τ.Σ), προκειμένου να επιφέρει την ομαδική συμφωνία.

Οι μεταβλητές οι οποίες αναλύθηκαν ήταν οι εξής: τόπος προέλευσης, στον οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα, η χρονική περίοδο που έλαβε μέρος, το είδος της έρευνας και το follow-up το οποίο πραγματοποιήθηκε στις προοπτικές μελέτες, το μέγεθος του δείγματος και το ποσοστό των ανδρών, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, ο μέσος όρος και το εύρος ηλικίας του δείγματος, καθώς και η σύνθεση των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα (πληθυσμός από σχολεία/πανεπιστήμια, από νοσοκομεία και από εξωνοσοκομειακές μονάδες ψυχικής υγείας).

Επιπλέον, αναζητήθηκαν οι σχετικοί ορισμοί για την σεξουαλική κακοποίηση και ορισμοί με τα αντίστοιχα κριτήρια για το μετατραυματικό στρες, τα χρόνια μεταξύ της κακοποίησης και της εμφάνισης της PTSD και οι θύτες της κακοποίησης οι οποίοι μπορεί να ήταν εντός ή εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος, γνωστοί ή άγνωστοι στο θύμα.

Έπειτα, ερευνήθηκε η επαναληψιμότητα της κακοποίησης, η ηλικία έναρξης, η συνύπαρξη με άλλα είδη κακοποίησης στους σεξουαλικά κακοποιημένους και η παρουσία ψυχιατρικών προβλημάτων ή αλκοολισμού στην οικογένεια αυτών. Στην συνέχεια, σχετικά με το μετατραυματικό στρες αναζητήθηκαν η ηλικία έναρξης, η διάρκεια που είχε και η συννοσηρότητα με άλλες ψυχοπαθολογικές διαταραχές, καθώς και χρήση ουσιών ή αλκόολ στα σεξουαλικά κακοποιημένα άτομα. Όσον αφορά, τα στατιστικά δεδομένα της σύνδεσης σεξουαλικής

κακοποίησης και μετατραυματικού στρες, ερευνήθηκαν επίσης ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων (odds ratio) και ο σχετικός κίνδυνος (risk ratio) με διάστημα εμπιστοσύνης 95% CI. Επιπλέον, ο τύπος της ανάλυσης υλοποιήθηκε με ανεξάρτητες (unadjusted) μονομεταβλητές η και εξαρτημένες (adjusted) πολυμεταβλητές. Στις περιπτώσεις που ήταν πολυμεταβλητή, συμπεριλαμβάνονταν όλοι οι συγχετικοί παράγοντες που ήταν στο μοντέλο και όταν ήταν εφικτό, προτιμούνταν οι εξαρτημένες εκτιμήσεις παραπάνω από τις μονομεταβλητές. Τέλος, στην ίδια μελέτη προτιμούνταν δείγματα τα οποία δεν είχαν άλλη μορφή κακοποίησης (κατηγορία αναφοράς) συγκριτικά με πληθυσμό που είχε άλλες τραυματικές εμπειρίες, αν και δεν ήταν η πλειοψηφία.

Το μοντέλο διεξαγωγής των δεδομένων δημιουργήθηκε από τις τελικές επιλέξιμες έρευνες, αφού προηγουμένως είχαν περαστεί σε υπολογιστικά φύλλα (excel) της google. Για το συγκεκριμένο μοντέλο, από το οποίο διεξήχθησαν οι πληροφορίες, οι συγγραφείς εργάστηκαν σε ζευγάρια, τα οποία ήταν ανεξάρτητα το ένα από το άλλο

Σχετικά με τον κίνδυνο για μεροληψία που θα μπορούσε να παρουσιαστεί στις έρευνες, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα της Newcastle-Ottawa (NOS) προκειμένου να υπάρχει ποιοτική αξιολόγηση των ερευνών. Οι τρεις συγγραφείς (Α.Π, Β.Μ, Σ.Μ) αξιολόγησαν τις περιλήψεις κάθε ερευνητικής μελέτης χωρισμένοι σε τρία διαφορετικά ζευγάρια με την μέθοδο της τυφλοποίησης και στις περιπτώσεις που παρουσιαζόταν διαφωνία μεταξύ αυτών, ακολουθούσε εκτίμηση από τον ανώτερο συγγραφέα/σύμβουλο (Θ.Σ). Τα αντικείμενα (items) στις συγχρονικές μελέτες από την κλίμακα αξιολόγησης της Newcastle-Ottawa για τις έρευνες κοορτής, χρησιμοποιήθηκαν με τον ίδιο τρόπο σαν να ήταν έρευνες ασθενών-μαρτύρων που συγκρίναμε σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά με μη σεξουαλικά κακοποιημένα.

Σχετικά με την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε κατάλληλα το τυχαιοποιημένο μοντέλο (DerSimonian-Laird) για να υπολογίσει τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων pooled odds ratios (ORs) και το διάστημα εμπιστοσύνης 95% (confidence interval-CIs). Για τις έρευνες που

είχαν ετερογένεια, η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε μέσω της Cochran Q statistic  $I^2$ . Σχετικές λεπτομέρειες για τις υποομάδες ανάλυσης για την κατηγορία αναφοράς (μη κακοποιημένους ή άλλες μορφές κακοποίησης), την αξιολόγηση για την ποιότητα των μελετών, αξιολόγηση για τα λάθη δημοσίευσης παρέχονται αναλυτικά στους συμπληρωματικούς πίνακες (supplementary). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με Stata version 13 (Stata Corp, College Station, TX).

## 16. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 16.1 Επιλογή μελετών

Η εικόνα 4 (figure 4) του παραρτήματος παρουσιάζει το διάγραμμα ροής (forest plot), στο οποίο περιγράφονται αναλυτικά τα βήματα που πραγματοποιήθηκαν, ώστε να ολοκληρωθούν οι τελικές επιλέξιμες μελέτες. Το τελικό αποτέλεσμα το οποίο προήλθε από την αντιστοίχιση του αλγόριθμου στη βάση του PubMed ήταν 2.394 περιλήψεις μελετών. Από αυτές, οι 2.175 βρέθηκαν μη σχετικές με το ερευνητικό θέμα και άλλες 81 που ήταν συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις εξαιρέθηκαν από την διαδικασία επιλογής. Επιπροσθέτως, 157 μελέτες δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε αυτή την συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, λόγω της ηλικίας του δείγματος, το οποίο ξεπερνούσε τα ηλικιακά όρια που είχαν συμφωνηθεί εξ αρχής. Έπειτα, βρέθηκαν 35 έρευνες που ήταν όλος ο πληθυσμός σεξουαλικά κακοποιημένος και άλλες 28 για άλλους λόγους, οι οποίες εξαιρέθηκαν. Οι κύριοι λόγοι των 28 μελετών που εξαιρέθηκαν ήταν ότι δεν έδιναν σχετική συσχέτιση με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση και το μετατραυματικό στρες ή δεν διαχώριζε ξεκάθαρα τους σεξουαλικά από τους σωματικά κακοποιημένους. Επίσης, εκείνες οι έρευνες που έδιναν ως δεδομένα μέσο όρο αντί για ποσοστά (frequencies), λόγο πιθανοτήτων (odds ratio), λόγος κινδύνου (relative risk) ή σχετικό στιγμιαίο κίνδυνο (hazard ratio) δεν συμπεριλήφθηκαν στην τελική επιλογή. Επιπλέον, πληροφορίες για τις 220 μελέτες, οι οποίες εξαιρέθηκαν από την έρευνα για ειδικούς λόγους δίνονται στο συμπληρωματικό διάγραμμα (Tables 1,2). Ακόμη, κατά την διαδικασία της χιονοστιβάδας (snowball) διαβάστηκαν επιπρόσθετα 104

άρθρα. Το τελικό δείγμα των μελετών, οι οποίες επιλέχθηκαν ήταν 22, αλλά επειδή κατά την διάρκεια της έρευνας βρέθηκε 1 να αλληλοκαλύπτεται (Nöthling et al., 2016), κατέληξαν να παραμείνουν 21 μελέτες και να κρατηθεί η μελέτη (Nöthling, Simmons, Suliman, & Seedat, 2017). Τα χαρακτηριστικά των επιλέξιμων ερευνών παρουσιάζονται στο πίνακα (Table 3) του abstraction.

## **16.2 Χαρακτηριστικά μελετών**

### **16.2.1 Περιοχή, διάρκεια & είδος μελέτης, μετέπειτα αξιολόγηση (follow-up)**

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όλων των μελετών και όλα τα χαρακτηριστικά, τα οποία συνδυάζονται με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση παραθέτονται αναλυτικά στο πίνακα Table 5. Απο τις 21 επιλέξιμες μελέτες, οι 16 έλαβαν χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Ackerman et al., 1998, Brand et al., 1996, Glod & Teicher, 1996, Conway et al., 2013, Dubner & Motta, 1999, Dykman et al., 1997, Ford et al., 2010, Frounfelker et al., 2013, Giaconia et al., 1995, Hidalgo et al., 2015, Hunt, Martens & Belcher, 2011, Lipschitz et al., 1999, Mcleer et al., 1994, Salazar et al., 2012, Sanders et al., 2017, Weierich & Nock, 2008), μια στο Μόντρεαλ του Καναδά (Bernard-Bonnin et al., 2008), μια στην Ιταλία (De Rose et al., 2016), μια στην Γερμανία (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016), ενώ ακόμα δύο διεξήχθησαν στην Νότια Αφρική (Nothling, Simmons, Suliman, & Seedat, 2017, Ward et al., 2018).

Σχετικά με την χρονική περίοδο των ερευνών δίνονται πληροφορίες απο πέντε μελέτες, απο τις οποίες η μία κράτησε 1 χρόνο απο το 2012 έως το 2013 (Frounfelker et al., 2013), ακόμα μια κράτησε 6 χρόνια απο το 2009 έως το 2015 (Hidalgo et al., 2015). Επίσης, η διάρκεια μιας μελέτης ήταν 7 χρόνια (Sanders et al., 2017), και δύο ακόμα απο τις επιλέξιμες έρευνες κράτησαν 2 χρόνια απο το 2012 έως το 2014 (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016) και απο το 2013 έως το 2015 (Ward et al., 2018) αντίστοιχα. Αναφορικά με το είδος της κάθε μελέτης, απο τις 21 έρευνες, οι 11 ήταν συγχρονικές (cross-sectional), μια συγχρονική, η οποία αξιολογήθηκε ως μελέτη κοορτής,



άλλες 7 έρευνες ήταν ασθενών-μαρτύρων και ακόμα 2 μελέτες κοορτής, οι οποίες η πρώτη είχε στα 13 χρόνια επαναξιολόγηση (follow-up) και η τελευταία κάθε έξι μήνες αντίστοιχα.

### **16.2.2 Συμμετέχοντες, ηλικιακά χαρακτηριστικά, πηγές σύνθεσης**

Όσον αφορά τις 6 έρευνες ασθενών-μαρτύρων απο τις επιλέξιμες που συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, οι 4 μελέτες όριζαν τους ασθενείς (cases) ως παιδιά ή εφήβους σεξουαλικά κακοποιημένα (Bernard-Bonnin et al., 2008, Conway et al., 2013, Mcleer et al., 1994, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016). Σε μία απο αυτές (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016) οι μάρτυρες (υγιής πληθυσμός) δεν είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά αλλά υπέφεραν απο άλλα είδη κακοποίησης, ενώ σε άλλες 3 ο υγιής πληθυσμός δεν υπέφερε απο κανένα είδους τραύμα.

Επιπλέον, 2 ακόμα έρευνες ασθενών μαρτύρων, στην μία (Brand et al., 1996) υπήρχαν κακοποιημένοι (ασθενείς) και μη κακοποιημένοι (μάρτυρες) με διάγνωση κατάθλιψης και στην άλλη (Glod & Teicher, 1996) υπήρχαν σεξουαλικά και σωματικώς κακοποιημένα άτομα ως ασθενείς (cases) και υγιής πληθυσμός ως μάρτυρες. Ακόμη, υπήρχαν 2 έρευνες (Bernard-Bonnin et al., 2008, Brand et al., 1996) οι οποίες το δείγμα τους ήταν ολοκληρωτικά κορίτσια, ενώ σε μια (Hidalgo et al., 2015) το δείγμα ήταν μόνο αγόρια. Ο μέσος ηλικιακός όρος των ατόμων των επιλέξιμων ερευνών ήταν απο 8,8 έτη (De Rose et al., 2016) έως 19,06 έτη (Frounfelker et al., 2013), ενώ τα νεότερα παιδιά ήταν απο 2 ετών και τα μεγαλύτερα έως 21 έτη.

Σχετικά με την σύνθεση των συμμετεχόντων στις επιλέξιμες έρευνες, 8 απο αυτές χρησιμοποίησαν ανάμεικτο πληθυσμό. Μια απο αυτές συμπεριέλαβε άτομα νοσοκομείων (Ackerman et al., 1998) και 2 ακόμα εξωνοσοκομειακών μονάδων ψυχικής υγείας (Dubner & Motta, 1999, Hunt, Martens & Belcher, 2011). Άλλες 3 είχαν συμπεριλάβει πληθυσμό απο νοσοκομείο και απο την κοινότητα (Bernard-Bonnin et al., 2008, Glod & Teicher, 1996, Dykman et al., 1997), άλλη μια αποτελούνταν απο άτομα σε εξωνοσοκομειακή μονάδα ψυχικής υγείας και

άτομα σε κοινότητα (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016), ενώ ακόμα μια σύλλεξε τον πληθυσμό απο την κοινότητα και το σχολικό πλαίσιο (Ward et al, 2018). Επιπλέον, 5 μελέτες χρησιμοποίησαν πληθυσμό μέσα απο νοσοκομεία (Brand et al., 1996, Conway et al., 2013, De Rose et al., 2016, Frounfelker et al., 2013, Lipschitz et al., 1999) και για 4 ακόμη έρευνες η σύνθεση του πληθυσμού έγινε μέσα από την κοινότητα (Ford et al., 2009, Hidalgo et al., 2015, Sanders et al., 2017, Weierich & Nock, 2008). Τέλος, για μία μελέτη ο σχεδιασμός πραγματοποιήθηκε μέσα απο το σχολείο (Giaconia et al., 1995), ενώ για τις 2 τελευταίες έρευνες ο πληθυσμός προερχόταν απο εξωνοσοκομειακές μονάδες ψυχικής υγείας (Mcleer et al., 1994, Salazar et al., 2013).

### **16.2.3 Ορισμός και κριτήρια για την παιδική σεξουαλική κακοποίηση (CSA)**

Η ανίχνευση της σεξουαλικής κακοποίησης επιτύχονταν μέσα απο δομημένες κλινικές συνεντεύξεις και αξιολογήσεις απο έμπειρους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για έξι έρευνες (Ackerman et al., 1998, Nothling, Simmons, Suliman, & Seedat, 2017, Sanders et al., 2017, De Rose et al., Giaconia et al., 1995, 2016 Dubner & Motta, 1999). Επίσης, είχαν καταγραφεί ιατρικά αρχεία με το ιστορικό της κακοποίησης απο κλινικούς για τις παρακάτω έρευνες (Frounfelker et al., 2013, Bernard-Bonnin et al., 2008).

Επιπλέον σε κάποιες μελέτες χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς προκειμένου να ανιχνευθεί η σεξουαλική κακοποίηση (Ward et al., 2018, Salazar et al., 2013). Στην ίδια κατηγορία υπήρξε διαγνωστικό εργαλείο με 10 αντικείμενα (Early Sexual Experiences-ESE), το οποίο συμπληρώθηκε απο εφήβους (Hidalgo et al., 2015). Παρελθοντικές πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης, ανιχνεύονταν ταυτόχρονα με το διαγνωστικό εργαλείο (Child Trauma Questionnaire;CTQ) (Bernstein, Ahluvalia, Pogge, &Handelsman, 1997), ενώ ακόμα ένα εργαλείο με 28 αντικείμενα χρησιμοποιήθηκε για μέτρηση σε πέντε μορφές κακοποίησης, οι οποίες συνέβησαν στην παιδική και εφηβική ηλικία: σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική κακοποίηση και σωματική και συναισθηματική παραμέληση (Weierich & Nock, 2008). Σε μια ακόμα μελέτη

χρησιμοποιήθηκε εργαλείο αυτοαναφοράς για τους εφήβους με 46 αντικείμενα ερωτήσεων (Traumatic Events Questionnaire-Adolescent version, TEQ-A), ώστε να εκμαιεύσουν πληροφορίες για πέντε μορφές τραυματικών εμπειριών (Lipschitz et al., 1999).

Η ημιδομημένη συνέντευξη μέσω του ερωτηματολογίου, (Juvenile Victimization Questionnaire) χρησιμοποιήθηκε για δύο έρευνες (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016, Brand et al., 1996). Επιπρόσθετα, σε μία μελέτη ανεξάρτητα από τα παιδιά και τους εφήβους, συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν και από τους φροντιστές των ανηλίκων (Conway et al., 2013, Glod & Teicher, 1996). Ακόμη, υπήρχε μια έρευνα στην οποία ο ορισμός και τα κριτήρια της σεξουαλικής κακοποίησης δεν αναφέρονταν (Dykman et al., 1997). Τέλος, περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τα διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες παραθέτονται στο πίνακα (Table 4).

#### **16.2.4 Ορισμός και κριτήρια για Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD)**

Η διάγνωση της διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες γίνονταν αποκλειστικά από κλινικούς ψυχολόγους και από ψυχιάτρους μέσα από την διαδικασία των κλινικών συνεντεύξεων (Sanders et al., 2017, De Rose et al., 2016, Conway et al., 2013, Frounfelker et al., 2013), ενώ για δύο έρευνες χρησιμοποιήθηκαν δομημένες συνεντεύξεις προκειμένου να ανιχνευθεί η PTSD (Hidalgo et al., 2015, Giaconia et al., 1995). Επιπλέον, χαρακτηριστικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τις μελέτες ήταν: The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (K-SADS) (Weierich & Nock, 2008, Mcleer et al., 1994, Nothling, Simmons, Suliman, & Seedat, 2017) και διαγνωστική συνέντευξη παιδιών και εφήβων (DICA) (Lipschitz et al., 1999, Brand et al., 1996, Ackerman et al., 1998, Dykman et al., 1997).

Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις για τις έρευνες των Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016 and Glod & Teicher, 1996, καθώς και ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για τέσσερις μελέτες (Trauma Symptom Checklist for Young Children, TSCYC) (Ward et al., 2018,

Bernard-Bonnin et al., 2008, Ford et al., 2009, Hunt, Martens & Belcher, 2011, ). Ακόμη, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV ορίσθηκαν επτά έρευνες για την διάγνωση της PTSD (De Rose et al., 2016, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016, Hidalgo et al., 2015, Frounfelker et al., 2013, Salazar et al., 2013 Dubner & Motta, 1999, Hunt, Martens & Belcher, 2011), ενώ με τα κριτήρια της παλαιότερης έκδοσης DSM-III αξιολογήθηκαν οι συμμετέχοντες από τρεις μελέτες (APA, 1987) (Lipschitz et al., 1999, Ackerman et al., 1998, Giaconia et al., 1995). Για μια μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δύο διαγνωστικά εργαλεία DSM-IV και της 5<sup>ης</sup> έκδοσης DSM-V (APA, 2013) (Sanders et al., 2017). Επιπλέον, πληροφορίες σχετικά με τα διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία αξιολόγησαν την PTSD στα παιδιά και τους εφήβους παραθέτονται στο πίνακα (Table 4).

#### **16.2.5 Θύτες, μέλη εντός και εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος, επαναλαπτική κακοποίηση**

Σύμφωνα με τα δεδομένα τα οποία συλλέχθηκαν στην συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων, ως θύτες, οι οποίοι κακοποιούν είναι γνωστά άτομα εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος.

Υπάρχει ένα ποσοστό 65% στο οποίο φαίνεται οι θύτες να είναι άτομα εντός της οικογένειας (De Rose et al., 2016) και άλλα μικρότερα ποσοστά, τα οποία είναι άγνωστοι και άτομα εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος. Επιπλέον, δεν παρουσιάστηκαν επαρκή στοιχεία κατά την διάρκεια της έρευνας σχετικά με το φύλο του θύτη. Τέλος, αναφορικά με την επανάληψη της σεξουαλικής κακοποίησης αναφέρουν υψηλά ποσοστά πάνω από 80% (Lipschitz et al., 1999) και πολλαπλά επεισόδια σε τρεις συνεχόμενους μήνες (Bernard-Bonnin et al., 2008).

### **16.2.6 Ηλικία έναρξης, συνύπαρξη με άλλα είδη κακοποίησης και τύπος σεξουαλικής κακοποίησης**

Έπειτα, από την εξαγωγή των δεδομένων σχετικά με την ηλικία κακοποίησης, αυτή συνέβαινε στην παιδική ή εφηβική ηλικία, πριν τα άτομα φτάσουν στην ενήλικη ζωή. Σε δύο έρευνες αναφέρεται ότι η ηλικία έναρξης ήταν σε παιδιά από τριών έως εννέα ετών (Lipschitz et al., 1999, Glod & Teicher, 1996). Αναφορικά με την συνύπαρξη άλλων μορφών κακοποίησης παράλληλα με την σεξουαλική, ήταν αρκετά συχνό, ιδιαίτερα με την σωματική, την συναισθηματική, την οικογενειακή βία και την παραμέληση. Σημαντικό εύρημα ήταν η σωματική κακοποίηση, η οποία κυμαινόταν από 23% έως 70% από τους φροντιστές των παιδιών (Munzer, Fegert & Goldbeck, 2016, Dykman et al., 1997). Συνέχεια έχει η συναισθηματική κακοποίηση, η οποία παρουσιάζει ποσοστά περίπου 12,5%, ενώ μια έρευνα αναφέρει ποσοστό περίπου 55% κυρίως από τους φροντιστές των θυμάτων (Ward et al., 2018, Munzer, Fegert & Goldbeck, 2016). Στην παρούσα μετα-ανάλυση βρέθηκαν στοιχεία στις 6 από τις 19 έρευνες σχετικά με τον τύπο σεξουαλικής κακοποίησης που χρησιμοποίησαν στα θυμάτα, αναφέροντας συγκεκριμένα ποσοστά για το καθένα από αυτά. Στην μελέτη του Ward (2018) η σεξουαλική κακοποίηση με επαφή αναφέρεται με ποσοστό (4.94%), η πίεση που ασκούν στο παιδί για να έχει σεξουαλική δραστηριότητα (2.18%), η έκθεση σε βία (3.25%), η συναισθηματική κακοποίηση μέσω σεξουαλικών εργαλείων (2.17%), άλλη σεξουαλική εμπειρία με ενήλικα άτομο, συμπεριλαμβανομένης της συναινετικής πράξης (6.29%), άλλη σεξουαλική πράξη με ενήλικα άτομο, επιβεβαιωμένη χωρίς συναινετική πράξη (3.05%), οποιαδήποτε σεξουαλική κακοποίηση ακόμα και με συναινετική πράξη (14.61%) και τέλος, οποιαδήποτε σεξουαλική πράξη χωρίς συναίνεση (12.04%) (Ward et al., 2018). Στη δεύτερη έρευνα του Sanders (2017) δεν βρέθηκαν συγκεκριμένα αποτελέσματα για τα είδη της σεξουαλικής κακοποίησης, ωστόσο δόθηκε ένας γενικότερος ορισμός για τη παράνομη σεξουαλική πράξη μεταξύ ανηλίκων (Sanders et al., 2017). Στην επόμενη μελέτη του De Rose (2016) τα είδη της σεξουαλικής κακοποίησης χαρακτηρίζονταν από

οποιαδήποτε μορφή φυσικής επαφής, όπως φίλημα, χαϊδεμα, στοματική, πρωκτική ή κολπική διέγερση και διείσδυση (De Rose et al., 2016). Έπειτα, στην επόμενη μελέτη η σεξουαλική κακοποίηση αποτελείται από γενικότερες σεξουαλικές επιθέσεις ενήλικων ατόμων και εφήβων, με οποιαδήποτε προσπάθεια ή ολοκληρωμένο βιασμό, σεξουαλική έκθεση, λεκτική σεξουαλική επίθεση ή προσβολή και τέλος ο νόμιμος βιασμός, καθώς ή κακή σεξουαλική συμπεριφορά (Munzer, 2016). Ακόμη μία έρευνα η οποία αναφέρει τα είδη της σεξουαλικής κακοποίησης είναι του Hidalgo (2015). Στην συγκεκριμένη μελέτη η σεξουαλική κακοποίηση ορίστηκε με επαφή και χαϊδεμα των γεννητικών οργάνων, καθώς και κολπική, στοματική, πρωκτική σεξουαλική συνουσία ή προσπάθεια αυτής (Hidalgo et al., 2015). Κλείνοντας, η τελευταία μελέτη η οποία αναφέρει χαρακτηριστικά του είδους της σεξουαλικής βίας είναι αυτή της Giaconia (1995). Συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά σε ποσοστό βιασμού 2.1% για τους σεξουαλικά κακοποιημένους συμμετέχοντες της έρευνας, ενώ δεν δίνονται περαιτέρω ποσοστά για άλλα είδη σεξουαλικής βίας (Giaconia et al., 1995). Στη παρούσα μετα-ανάλυση η πλειονότητα των επιλέξιμων ερευνών δεν αναφέρουν ορισμούς και περιγραφές με συγκεκριμένα ποσοστά για τα είδη της σεξουαλικής κακοποίησης (Conway et al., 2013, Frounfelker et al., 2013, Salazar et al., 2013, Bernard-Bonnin et al., 2013, Weierich & Nock, 2008, Lipschitz et al., 1999, Glod & Teicher, 1996, Brand et al., 1996, Mcleer et al., 1994, Ackerman et al., 1998, Ford et al., 2009, Nothling, Simmons, Suliman & Seedat, 2017, Dykman et al., 1997, Hunt, Martens & Belcher, 2011 ).

### **16.2.7 Ψυχιατρική συννοσηρότητα με PTSD, Διάρκεια & Ηλικία έναρξης της PTSD**

Σχετικά με την ψυχιατρική συννοσηρότητα της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει υψηλή διάγνωση κατάθλιψης, πάνω από 50%, σε παιδιά και εφήβους που έχουν εμφανίσει PTSD (Glod & Teicher, 1996), ενώ στο επόμενο επίπεδο ακολουθούν η αυτοκτονικότητα και η αγχώδης διαταραχή (Hidalgo et al., 2015). Επιπλέον, αντικοινωνικές συμπεριφορές, διαταραχές διαγωγής, καθώς καταστροφική συμπεριφορά και

υπερκινητικότητα παρατηρήθηκαν αρκετά, ως συννόσηση (McLeer et al., 1994; Ackerman et al., 1998). Τέλος, δεν βρέθηκαν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν την ηλικία έναρξης της διαταραχής μετατραυματικού στρες, παρά μόνο μία έρευνα, η οποία αναφέρει την έναρξη περίπου στα 16 έτη, ενώ το 1/3 του πληθυσμού αναφέρουν την έναρξη πριν τα 14 έτη και την διάρκεια της PTSD, από 1 έως 3 χρόνια αντίστοιχα (Giaconia et al., 1995).

### **16.2.8 Αλκοόλ, Δυσκολία ψυχικής υγείας & Ναρκωτικές ουσίες των σεξουαλικά κακοποιημένων ατόμων και των οικογένειών τους**

Σε σχέση με ψυχιατρικές διαταραχές ενός μέλους από τις οικογένειες των σεξουαλικά κακοποιημένων, γίνεται αναφορά στοιχείων για το 31% περίπου και για ένα 28% εμφάνισης άγχους από την μητέρα του παιδιού (De Rose et al., 2016, Bernard-Bonnin et al., 2008). Επιπλέον, δεν βρέθηκαν δεδομένα για αλκοολισμό εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, ενώ υπήρξε μία έρευνα η οποία έδινε odds ratio για χρήση ουσιών (OR 2.37) εντός της οικογένειας (Ward et al., 2018). Τέλος, δύο έρευνες παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά για χρήση ουσιών, κυρίως κάνναβης 38% (Sanders et al., 2017) και χρήση αλκοόλ 25% από τα κακοποιημένα άτομα (Lipschitz et al., 1999).

### **16.2.9 Συνύπαρξη άλλων μορφών κακοποίησης στα σεξουαλικά κακοποιημένα άτομα**

Η συνύπαρξη άλλων μορφών κακοποίησης στην κατηγορία αναφοράς (σεξουαλικά κακοποιημένα) αναφέρεται καθαρά σε επτά έρευνες. Αρχικά, στην μελέτη του Ward (2018) βρέθηκε για σωματική κακοποίηση 18.04%, για συναισθηματική κακοποίηση 12.56%, για παραμέληση 12.18%, για ενδοοικογενειακή βία 24.58%, καθώς και οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση εξαπάτηση/εκμετάλλευση 58.26% και 52.14% αντίστοιχα (Ward et al., 2018). Στην μελέτη του De Rose (2016) αναφέρεται για ψυχολογική βία 38%, για σωματική κακοποίηση ένα 14% και για παραμέληση 26% (De Rose et al., 2016). Σχετικά με τη έρευνα του Munzer (2016) βρέθηκε σωματική κακοποίηση από τους φροντιστές των παιδιών ή εφήβων 77.8%, ψυχολογική ή

συναισθηματική βία 50%, απειλές οικογένειας 12% παραμέληση απο τους φροντιστές, η οποία κυμαινόταν στο 32.4%, οικογενειακή ανικανότητα 27.8%, παραμέληση από την απουσία των γονεϊκών φροντιστών 16.7%, παρουσία ακατάλληλων ενηλίκων μέσα στο σπίτι 10.2%, ανασφαλές οικογενειακό περιβάλλον 22.2%, έλλειψη υγιεινής εντός του σπιτιού 21.3%, γονέας ο οποίος αναφερόταν με προφορικές απειλές προς τα θύματα 26.9%, μεταφερόμενη επιθετικότητα 25.9%, σπρώξιμο 22.9%, ράπισμα με παλάμη και χτύπημα 37% ή σοβαρή μορφή σωματικής επίθεσης 25% και οποιαδήποτε έκθεση σε βία απο την οικογένεια 28.7% (Munzer, Fegert & Goldbeck, 2016). Επίσης, η σωματική κακοποίηση βρέθηκε να αναφέρεται σε 4 ακόμα έρευνες με 48.83% σωματικής ή συναισθηματικής βίας (Weierich and Nock, 2008), 21% για την έρευνα του Ackerman (Ackerman et al., 1998), για την έρευνα του Ford 3.8% (Ford et al., 2009) και 28.4% για την μελέτη του Dykman (Dykman et al., 1997). Επίσης, στη έρευνα του Ford (2009) βρέθηκαν στοιχεία για τα άτομα τα οποία ήταν μάρτυρες βίας 37.4%, τραυματικής καταστροφής ή ατυχήματος 31.9%, κοινοτική βία 15.3% και για προσβολές 7.7% (Ford et al., 2009). Έπειτα, απο την ολοκλήρωση των αποτελεσμάτων, οι υπόλοιπες έρευνες δεν αναφέρουν ξεχωριστά στατιστικά στοιχεία για την συνύπαρξη άλλων μορφών κακοποίησης των σεξουαλικά κακοποιημένων ατόμων (Sanders et al., 2017, Hidalgo et al., 2015, Conway et al., 2013, Frounfelker et al., 2013, Salazar et al., 2013, Bernard-Bonnin et al., 2008, Lipschitz et al., 1999, Glod & Teicher, 1996, Brand et al., 1996, Mcleer et al., 1994, Nöthling, Simmons, Suliman & Seedat, 2017).

### **16.3 Συγκυτικοί παράγοντες στην πολυμεταβλητή ανάλυση**

Στη παρούσα μετα-ανάλυση περιγράφονται αναλυτικά σε έξι μελέτες οι συγκυτικοί παράγοντες που διεξήχθησαν (Ward et al., 2018, Hidalgo et al., 2015, Salazar et al., 2013, Ford et al., 2009, Nothling, Simmons, Suliman & Seedat, 2017 Hunt, Martens & Belcher, 2011). Σε πέντε μελέτες αναφέρουν το φύλο των συμμετεχόντων, ως συγκυτικό παράγοντα (αγόρι/κορίτσι) (Ward et al., 2018, Hidalgo et al., 2015, Salazar et al., 2013, Ford et al., 2009, Hunt, Martens & Belcher,



2011). Επίσης, αναφέρεται η φυλή σε τρεις έρευνες, μεταξύ άλλων άτομα απο Αφρική, Αμερική, Λατινική Αμερική, Λευκοί, Καυκάσιοι, Ανάμεικτη φυλή, Αμερική Ινδία/ιθαγενής απο Αλάσκα, Ασία/Ειρηνικοί νησιώτες, Λευκοί Ισπανοί και μη, Αφρικανοαμερικάνοι, Λατινοισπανοί, ιθαγενείς Αμερικάνοι, Αμερικάνοι Ασιάτες και άλλες εθνικότητες (Hidalgo et al., 2015, Salazar et al., 2013, Ford et al., 2009). Στην έρευνα του Ward χρησιμοποιήθηκαν συγκυτικοί, όπως η περιοχή στην ποία οι συμμετέχοντες κατοικούσαν (αγροτική ή αστική), εάν είχαν πραγματοποιήσει σχολική εγγραφή και ο τύπος σπιτιού που διέμεναν (Ward et al., 2018). Ακόμη, η ηλικία των συμμετεχόντων (16-18 και 19-20) συμπεριλαμβάνεται μέσα στην μελέτη του Hidalgo ως συγκυτικός παράγοντας (Hidalgo et al., 2015). Τέλος, οι τελευταίοι συγκυτικοί παράγοντες οι οποίοι αναφέρονται στην μελέτη του Nothling έχουν διαφορετική μορφή, ως τραύμα, όπως τροχαίο ατύχημα, φωτιά, μάρτυρας καταστροφής, μάρτυρας εγκλήματος, θύμα βίαιου εγκλήματος, μάρτυρας βίας εντός της οικίας διαμονής, σωματικής και σεξουαλικής βίας ή αντιμέτωποι τραυματικών ειδήσεων (Nothling, Simmons, Suliman & Seedat, 2017).

#### **16.4 Μετα-ανάλυση: Παιδική Σεξουαλική Κακοποίηση & Μετατραυματικό Στρες σύμφωνα με την κατηγορία αναφοράς**

Στην πλειονότητα των μελετών η κατηγορία αναφοράς ήταν δείγμα, το οποίο είχε υποστεί και άλλες μορφές κακοποίησης εκτός απο την σεξουαλική κακοποίηση. Η συνολική ανάλυση της σύνδεσης μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης (CSA) και διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) και στα δύο φύλα παρουσιάζεται αναλυτικά στο **figure 1**. Τα αποτελέσματα ήταν στατιστικά σημαντικά (pooled effect estimate= 3.39, 95% confidence interval [CI] = 2.44-4.72). Συγκριτικά με αυτούς που είχαν άλλες μορφές κακοποίησης, οι σεξουαλικά κακοποιημένοι ήταν σημαντικά πιο πιθανό να αναπτύξουν PTSD (OR= 2.98, 95% confidence interval [CI] = 2.08-4.29). Από την άλλη πλευρά, τα σεξουαλικά κακοποιημένα άτομα σε σχέση με αυτά που δεν είχαν άλλες

μορφές κακοποίησης, είχαν πέντε περισσότερες φορές, ώστε να πάθουν PTSD (OR= 5.80, 95% confidence interval [CI]= 2.97-11.34).

Η ίδια ανάλυση διεξήχθη και στα κορίτσια ξεχωριστά και τα αποτελέσματα αυτής παραθέτονται στο διάγραμμα **figure 2**. Σχετικά με το φύλο βρέθηκε ότι τα σεξουαλικά κακοποιημένα κορίτσια είναι πιο ευάλωτα να αναπτύξουν PTSD συγκριτικά με την κατηγορία αναφοράς (pooled effect = 2.23, 95% confidence interval [CI] = 1.00-4.96). Η υπο ομάδες ανάλυσης των φύλων παρεμποδίστηκε λόγω μικρού αριθμού μελέτων που έδιναν ξεχωριστά αγόρια-κορίτσια, παρ' όλα αυτά η υπο ανάλυση κοριτσιών και αγοριών αναφέρθηκε προς την ίδια κατεύθυνση (OR= 8.33, 95% CI: 0.97-71.52 για μελέτες οι οποίες συνέκριναν odds για PTSD versus κοριτσιών χωρίς άλλη μορφή κακοποίησης, OR= 1.44, 95% CI: 0.68-3.05 για μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν κορίτσια με άλλη μορφή κακοποίησης ως κατηγορία αναφοράς).

Στην ίδια ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για τα αγόρια τα αποτελέσματα παραθέτονται στο διάγραμμα figure 3. Τα σεξουαλικά κακοποιημένα αγόρια είχαν 2.39 μεγαλύτερα odds να αναπτύξουν PTSD (OR= 2.39, 95% CI: 1.50-3.80), ενώ οι μελέτες οι οποίες συνέκριναν odds για PTSD έναντι αγοριών χωρίς άλλη μορφή κακοποίησης (OR= 1.95, 95% CI: 0.99-3.86) και για μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν αγόρια με άλλη μορφή κακοποίησης ως κατηγορία αναφοράς (OR= 3.23, 95% CI: 1.87-5.60).

### **16.5 Εκτίμηση για την ποιότητα των ερευνών και το σφάλμα δημοσίευσης (Publication bias)**

Λόγω του κινδύνου για μεροληψία σχετικά με τις έρευνες, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση όλων των μελετών με την κλίμακα ποιότητας της Newcastle-Ottawa (table 6). Από τις 21 έρευνες οι οποίες τελικώς επιλέχθηκαν, οι 8 βαθμολογήθηκαν με 4 αστέρια, για τις υπόλοιπες 5 μελέτες η βαθμολογία ήταν 3 και για άλλες 2 το σκορ ήταν 2 αστέρια. Επίσης, υπήρχε μία ακόμα έρευνα, στην οποία η τελική βαθμολογία ήταν 1 και 2 μελέτες, οι οποίες έλαβαν 5 και 0 βαθμό αντίστοιχα. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων (statement) δεν καταγράφεται σε καμία έρευνα. Τέλος, η

επαναξιολόγηση (follow-up) για μεγάλο χρονικό διάστημα, πραγματοποιήθηκε σε δύο έρευνες κοορτής (cohort studies) στη παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση.

## 17. Συζήτηση

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση έδειξε ότι η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική και εφηβική ηλικία έχει πολύ δυνατή σύνδεση με κίνδυνο να αναπτύξει το άτομο προβλήματα ψυχικής υγείας, κυρίως συμπεριλαμβάνοντας την διαταραχή μετατραυματικού στρες στην ενήλικη ζωή του. Επιπλέον, αποδείχθηκε ότι η παιδική σεξουαλική κακοποίηση συγκριτικά με τα άλλα είδη κακοποίησης, όπως σωματική, συναισθηματική, παραμέληση και οικογενειακή βία φαίνεται να παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά για εμφάνιση μετατραυματικού στρες και μικρότερες αναλογίες για κατάθλιψη, διαταραχή διαγωγής, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, συμπεριφοριστικές διαταραχές και χρήση ουσιών. Τα κεντρικά ευρήματα της παρούσας μελέτης εστιάζουν στην ύπαρξη άλλης μορφής κακοποίησης για την κατηγορία αναφοράς, δηλαδή τους μη σεξουαλικά κακοποιημένους συγκριτά με αυτούς που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά.

Σύμφωνα με τον Nurcombe το 2000, αναφέρεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών (20%-90%) ανέπτυξε διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά από την έκθεσή του σε σεξουαλική κακοποίηση. Είναι αρκετά ξεκάθαρο ότι πίσω από την σύνδεση της σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και το μετατραυματικό στρες υπάρχουν πολλοί κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες, οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παραπάνω αλληλεπίδραση. (Nurcombe, 2000).

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση έγινε μία ολοκληρωμένη προσπάθεια να περιγραφούν/αναλυθούν όλες οι σχετικές πληροφορίες για την αλληλεπίδραση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και της διαταραχής του μετατραυματικού στρες. Αναφορικά, με την σεξουαλική κακοποίηση, φαίνεται να λειτουργεί επιβαρυντικά σε σχέση με τα άτομα τα

οποία δεν έχουν κακοποιηθεί στην παιδική τους ηλικία. Αυτό επιβεβαιώνεται σύμφωνα με τα αποτελέσματα (charts) της παρούσας μετα-ανάλυσης. Σε μελέτη που έγινε σε Βετεράνους πολέμων έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανέφεραν τραύμα κακοποίησης στην παιδική και εφηβική τους ηλικία. Το 40.5% είχε εμπειρίες από σωματική και συναισθηματική κακοποίηση και το 22.8% ανέφερε πρώιμες εμπειρίες σεξουαλικής κακοποίησης. Επίσης, στην ίδια έρευνα αποδείχθηκε ότι η σωματική και συναισθηματική κακοποίηση συνδέθηκε περισσότερο με συμπτώματα υπερδιέγερσης και αποφυγής της διαταραχής μετατραυματικού στρες συγκριτικά με την σεξουαλική κακοποίηση, η οποία συσχετίστηκε με επαναβίωση του τραύματος (Young, 2020).

Ένα σημαντικό μεθοδολογικό ζήτημα, το οποίο δεν έχει απασχολήσει πολύ τους επιστήμονες στην δημοσιευμένη βιβλιογραφία, είναι αυτό που αναλύθηκε στην παρούσα μελέτη. Η ύπαρξη επιπρόσθετων τραυμάτων στα άτομα που δεν είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά. Φαίνεται ότι στις περισσότερες μελέτες το δείγμα που συγκρίνεται με τους σεξουαλικά κακοποιημένους, δεν είναι πάντα υγιές αλλά φέρει άλλες μορφές κακοποίησης. Πιθανότατα η παραπάνω παραδοχή να μην δίνει την ευκαιρία για μια καθαρή συσχέτιση του φαινομένου της σεξουαλικής κακοποίησης και της διαταραχής του μετατραυματικού stress. Αναμφίβολα, θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο να πραγματοποιηθούν στο μέλλον μελέτες που συγκρίνουν σεξουαλικά κακοποιημένα με μη σεξουαλικά κακοποιημένα άτομα. Σε μελέτη που έκανε ο Rapsey (2019) βρέθηκαν παρόμοια με την παρούσα μελέτη ευρήματα, ότι συγκριτικά με άλλες μορφές κακοποίησης, οι εμπειρίες της σεξουαλικής βίας είναι πολύ πιο συνθετικός παράγοντας για την ανάπτυξη της PTSD. Σε σχέση με αυτούς που είχαν μικρά ποσοστά ή καθόλου εμπειρίες βίας, η σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζει τον διπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξει το θύμα εσωτερικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Rapsey, Scott & Patterson, 2019).

Η σύνθεση της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης, συνάντησε κάποιους περιορισμούς κατά την διάρκεια υλοποίησης της. Αρχικά, η χρήση της βάσης δεδομένων PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health) ήταν η μόνη πηγή

αναζήτησης, η οποία έβαλε έναν περιορισμό στη γκάμα των μελετών, σχετικά με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση και την εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Ένας ακόμα, περιορισμός ο οποίος εμφανίστηκε ήταν η σύνθεση της ποιοτικής βαθμολόγησης, καθώς η διαπίστωση της έκθεσης της σεξουαλικής κακοποίησης και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Η εκτίμηση της σεξουαλικής κακοποίησης βασίζονταν συχνά σε αυτοαναφορές των συμμετεχόντων, όπως την αυτοσυμπλήρωση ερωτηματολογίων. Ως εκ τούτου, η μεγαλύτερη αναλογικά βαθμολογία που έλαβαν οι έρευνες ήταν το 5 στην κλίμακα της Newcastle-Ottawa.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα στοιχεία από τις επιλεγμένες μελέτες της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης, αρκετές έρευνες δεν αναφέρουν διεξοδικά πληροφορίες για το είδος της σεξουαλικής κακοποίησης. Εντούτοις, αναφέρθηκαν κυρίως στην κολπική, πρωκτική και στοματική αλληλεπίδραση χρησιμοποιώντας φίλημα, χαϊδεμα και λεκτική σεξουαλική παρενόχληση. Αυτό θεωρήθηκε περιορισμός καθώς, μόνο πέντε μελέτες, όπως αναλύθηκε παραπάνω, έκαναν αναφορά για τα είδη της σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ μόνο μία έρευνα (Giaconia et al., 1995), ανέφερε στοιχεία για την ηλικία έναρξης και την διάρκεια της PTSD.

Ως αποτέλεσμα, φαίνεται ότι η παιδική σεξουαλική κακοποίηση, είναι κύριο ζήτημα σε πολλές έρευνες, παγκοσμίως. Παρ' όλα αυτά, υπήρχαν επί τον πλείστον, δεδομένα σχετικά με την σεξουαλική κακοποίηση σε παιδική και εφηβική ηλικία, κυρίως από την χώρα της Αμερικής. Αυτή η έλλειψη των μελέτων σημειώνεται καθοριστική, ώστε να πραγματοποιηθούν περαιτέρω έρευνες στις χώρες της Ευρώπης, της Ασίας και της Αφρικής. Επιπρόσθετα, κάτι το οποίο είναι πολύ σημαντικό να γίνει, είναι η ανάλυση επιπλέον πληροφοριών αναφορικά με την ηλικία έναρξης και την διάρκεια της διαταραχής του μετατραυματικού στρες. Η αναφορά των παραπάνω περιορισμών και προτάσεων γίνεται προκειμένου να «ρίξουμε φως» σε ένα τόσο σημαντικό θέμα, όπως είναι αυτό της αλληλεπίδρασης της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (CSA) με την εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD).

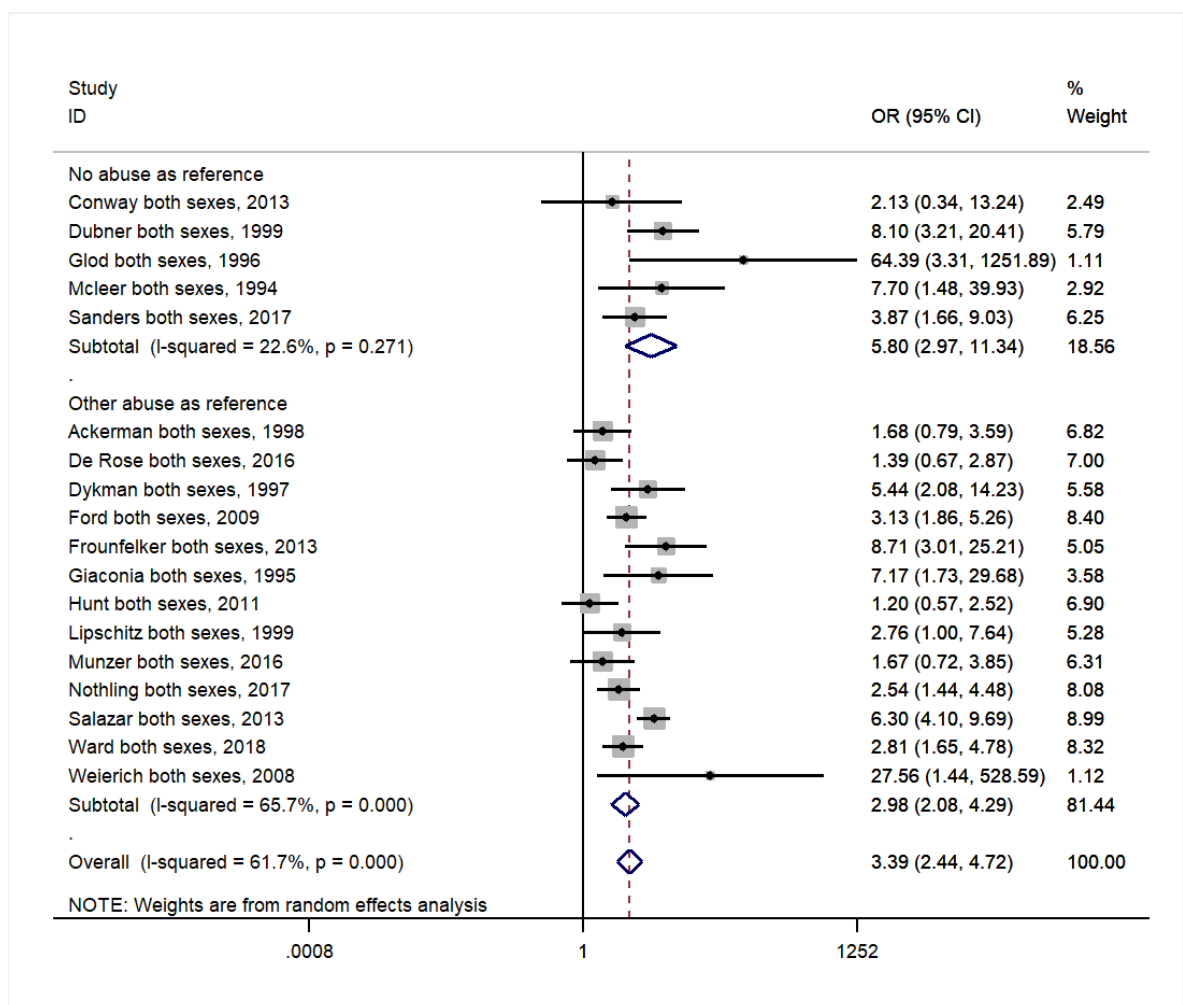


Figure 1. Forest plot describing the PTSD association between sexually abused and non-sexually abused comparisons in both sexes. Apart from the overall analysis the subanalyses on studies presenting results for no abuse as reference (upper panels) and other abuse as reference (lower panels).

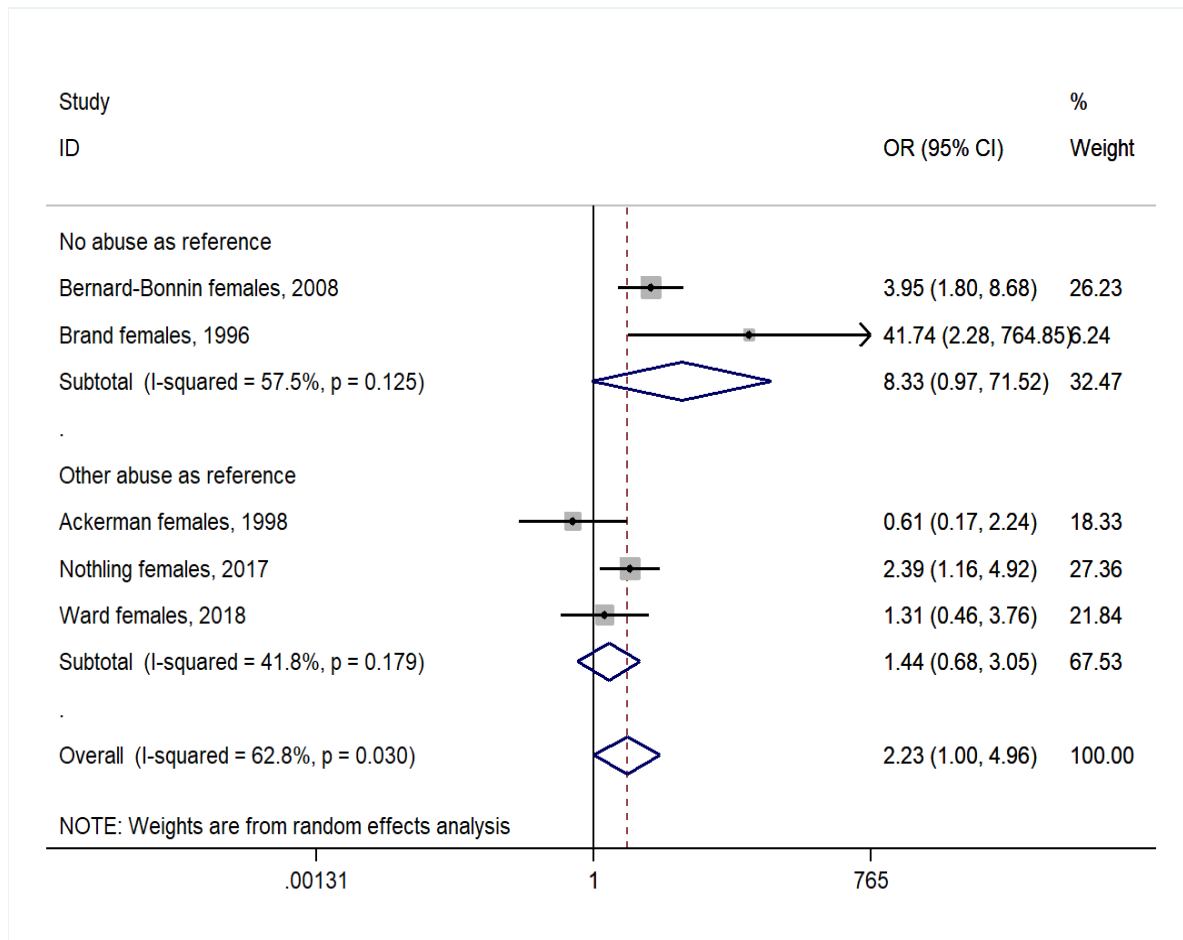


Figure 2. Forest plot describing the PTSD association between sexually abused and non-sexually abused comparisons in females. Apart from the overall analysis, the sub analyses on studies presenting results from no abuse as reference (upper panels) and other abuse as reference (lower panels).

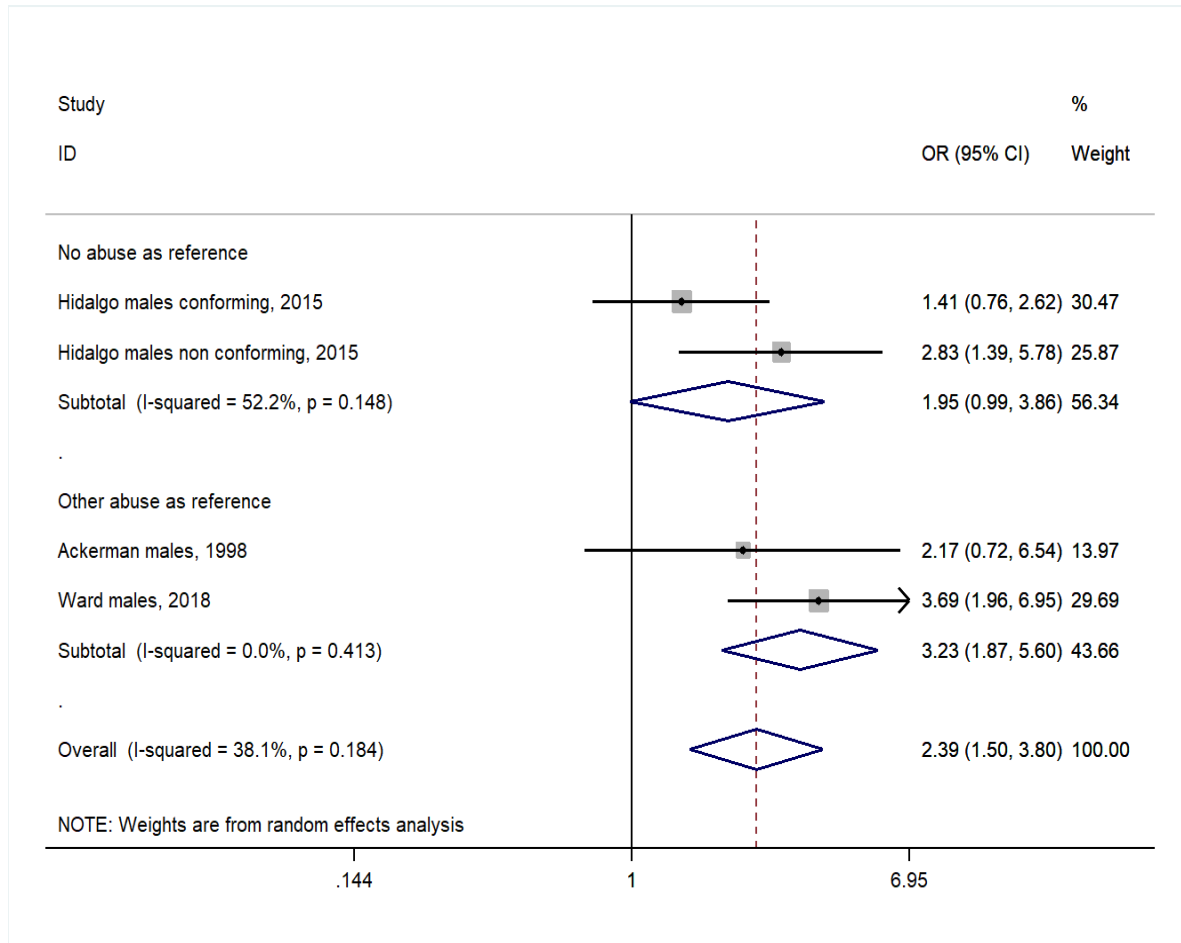


Figure 3. Forest plot describing the PTSD association between sexually abused and non-sexually abused comparisons in males. Apart from the overall analysis, the sub analyses on studies presenting results from no abuse as reference (upper panels) and other abuse as reference (lower panels).



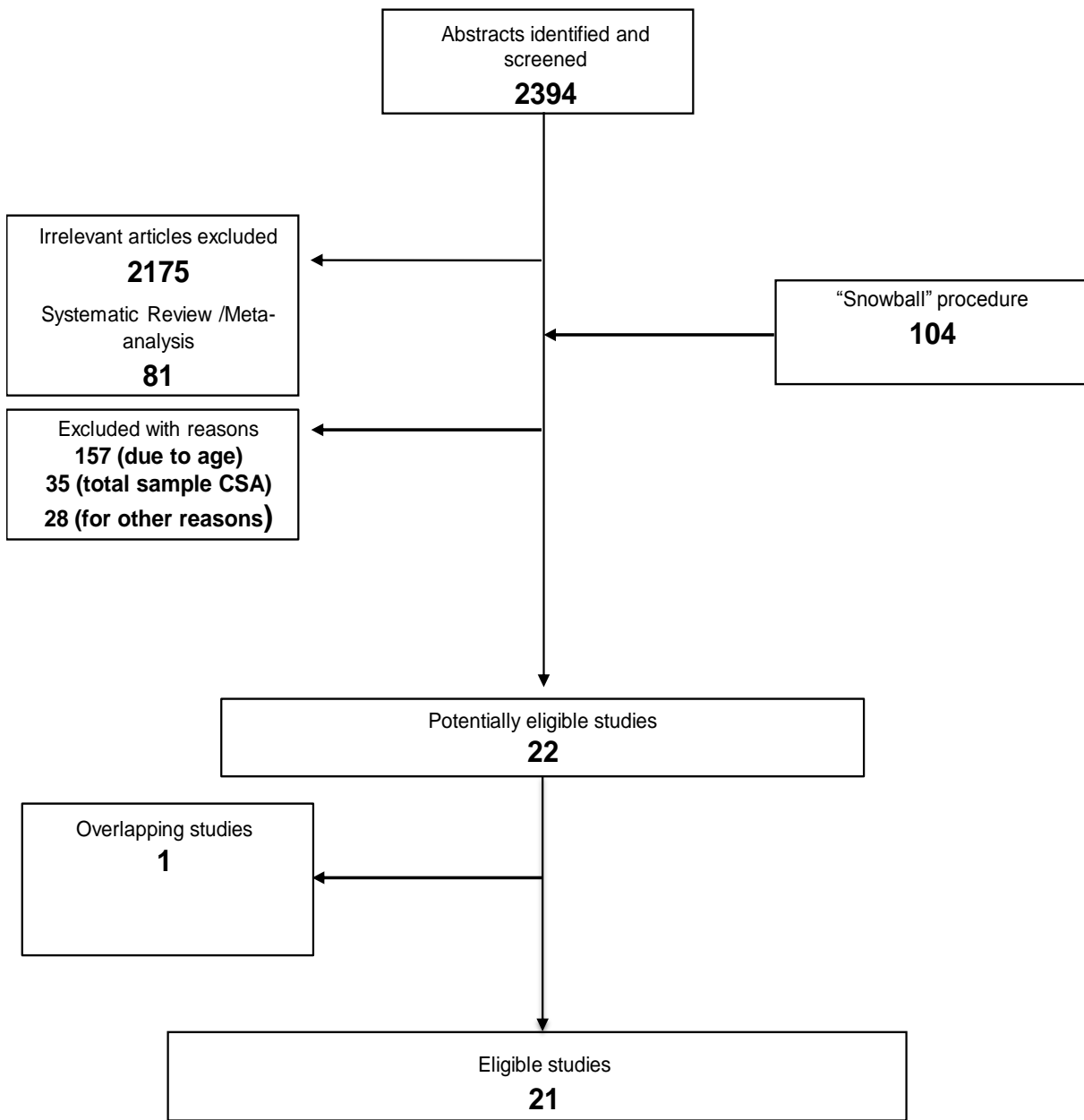


Figure 4. Flow Charts

<b>Author, year</b>	<b>Title</b>	<b>Journal, Volume, Issue, Page</b>
Abrams, 2008	Prevalence and correlates of sleep paralysis in adults reporting childhood sexual abuse.	Journal of Anxiety Disorders, 22(8), 1535–1541.
Ammerman, 2012	PTSD in depressed mothers in home visitation	Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4(2), 186–195.
Arata, 2000	From Child Victim to Adult Victim: A Model for Predicting Sexual Revictimization	Child Maltreatment, 5(1), 28-38.
Armour, 2016	Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51(3):383-93
Baker, 2009	Childhood trauma and adulthood physical health in Mexico.	Journal of Behavioral Medicine, 32(3), 255–269.
Ballard, 2015	Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood	Psychological Medicine, 45(15):3305-16
Becker, 2010	Traumatic Stress Symptoms of Women Exposed to Different Forms of Childhood Victimization and Intimate Partner Violence.	Journal of Interpersonal Violence, 25(9), 1699–1715.
Bedi, 2011	Risk for Suicidal Thoughts and Behavior after Childhood Sexual Abuse in Women and Men.	Suicide and Life-Threatening Behavior, 41(4), 406–415.
Berger, 2016	The mental health of male victims and their children affected by legal and administrative partner aggression	Aggressive Behaviour, 42(4):346-61
Bishop, 2014	An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder	Annals of general psychiatry, 29(13):16
Booth, 2012	Physical Health Status of Female Veterans	Psychosomatic Medicine, 74(9), 916–924.
Bornfeld-Ettmann 2018	Sexual Functioning After Childhood Abuse: The Influence of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma Exposure.	The Journal of Sexual Medicine, 15(4):529-538
Bremner, 2003	Neural correlates of declarative memory for emotionally valenced words in women with posttraumatic stress disorder related to early childhood sexual abuse	Biological Psychiatry, 53(10), 879-889.
Bremner, 2004	Deficits in Verbal Declarative Memory Function in Women With Childhood Sexual Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder	The Journal of Nervous and Mental Disease, 192(10), 643-649.
Briggs, 1997	What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse	Child Abuse & Neglect, 21(6), pp:575-582.
Brockie, 2015	The Relationship of Adverse Childhood Experiences to PTSD, Depression, Poly-Drug Use and Suicide Attempt in Reservation-Based Native American Adolescents and Young Adults	American Journal of Community Psychology, 55(3-4):411-21
Brown, 2015	Correlations Between Sexual Abuse Histories, Perceived Danger, and PTSD Among Intimate Partner Violence Victims	Journal of interpersonal violence, 30(15):2709-25
Bryant-Davis, 2010	Struggling to survive: Sexual assault, poverty, and mental health outcomes of African American women	American Journal of Orthopsychiatry, 80(1), 61–70.
Cackowski, 2016	The impact of posttraumatic stress disorder on the symptomatology of borderline personality disorder.	Borderline personality disorder and emotion

		dysregulation,1(3):7
Camimura, 2016	Intimate partner violence-related experiences and mental health among college students in Japan, Singapore, South Korea and Taiwan	The international journal of social psychiatry, 62(3):262-70
Campbell, 2008	The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes.	Journal of Consulting and Clinical Psychology 76(2), 194-207.
Cantón-Cortés, 2010	Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator.	Child Abuse & Neglect, 34(7), 496–506.
Cantón-Cortés, 2011	The effects of perpetrator age and abuse disclosure on the relationship between feelings provoked by child sexual abuse and posttraumatic stress.	Anxiety, Stress & Coping, 24(4), 451–461.
Carlson, 2001	Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients	Journal of Traumatic Stress, 13(3), 549-567.
Choi, 2015	Maladaptive coping mediates the influence of childhood trauma on depression and PTSD among pregnant women in South Africa	Archives of women's mental health,18(5):731-8
Choi, 2017	Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years.	International psychogriatrics, 29(3):359-372
Cieslak, 2008	Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress.	Behaviour Research and Therapy, 46(7), 788–798.
Clanecky, 2016	Proposed pathways to problematic drinking via post-traumatic stress disorder symptoms, emotion dysregulation, and dissociative tendencies following child/adolescent sexual abuse	Journal of addictive diseases, 35(3):180-93
Costa, 2019	Resource Loss Moderates the Association Between Child Abuse and Current PTSD Symptoms Among Women in Primary-Care Settings	Journal of interpersonal violence, 34(17):3614-3636
Cogle, 2010	Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication.	Psychiatry Research, 177(1-2), 150–155
Cross, 2016	Maternal Child Sexual Abuse Is Associated With Lower Maternal Warmth Toward Daughters but Not Sons	Journal of Child Sexual Abuse, 25(8):813-826
Darves-Bornoz, 1997	Rape-related psychotraumatic syndromes	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 71(1), 59-65.
Deblinger, 1989	Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and no abused children	Child Abuse & Neglect, 13(3), 403-408.
Dikel, 2003	Posttraumatic stress disorder, dissociation, and sexual abuse history in epileptic and non epileptic seizure patients	Epilepsy & Behavior, 4(6), 644-650.
Dorahy, 2016	Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples	Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the study of dissociation (ISSD), 17(2):223-36
Dorvan, 2016	Childhood maltreatment and adult mental health	Nordic Journal of Psychiatry, 70(2):140-5

Eadie, 2008	Posttraumatic stress symptoms as a mediator between sexual assault and adverse health outcomes in undergraduate women.	Journal of Traumatic Stress, 21(6), 540–547
El-Bassel, 2011	Posttraumatic Stress Disorder and HIV Risk Among Poor, Inner-City Women Receiving Care in an Emergency Department.	American Journal of Public Health, 101(1), 120–127.
Elklit, 2014	Impact of traumatic events on posttraumatic stress disorder among Danish survivors of sexual abuse in childhood	Journal of child sexual abuse, 23(8):918-34
Engstrom, 2012	Childhood sexual abuse characteristics, intimate partner violence exposure, and psychological distress among women in methadone treatment.	Journal of Substance Abuse Treatment, 43(3), 366–376.
Epstein, 1998	PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women	Child Abuse & Neglect, 22(3), 223-234.
Fergusson, 2013	Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand.	Child Abuse & Neglect, 37(9), pp.664–674.
Fierman, 1993	Trauma and posttraumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders	American Journal of Psychiatry, 150(12), pp: 1872-1874.
Fleming, 2016	Predicting three types of dissociation in female survivors of intimate partner violence	Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the study of dissociation (ISSD), 17(3):267-85
Forman-Hoffman, 2012	Eating Disorders, Post-Traumatic Stress, and Sexual Trauma in Women Veterans.	Military Medicine, 177(10), 1161–1168.
Gearon, 2003	Traumatic Life Events and PTSD Among Women With Substance Use Disorders and Schizophrenia	Psychiatric Services, 54(4), 523-528.
Gibb, 2007	Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients	Depression and Anxiety 24(4),pp:256-263.
Glaesmer, 2017	Childhood maltreatment in children born of occupation after WWII in Germany and its association with mental disorders	International Psychogeriatrics, 29(7):1147-1156
Glover, 2010	Childhood Sexual Abuse Severity and Disclosure Predict Posttraumatic Stress Symptoms and Biomarkers in Ethnic Minority Women.	Journal of Trauma & Dissociation, 11(2), 152–173.
Gold, 2007	Gay male sexual assault survivors: The relations among internalized homophobia, experiential avoidance, and psychological symptom severity	Behaviour Research and Therapy, 46(7), 788–798.
Goldberg, 2005	Development of posttraumatic stress disorder in adult bipolar patients with histories of severe childhood abuse	Journal of Psychiatric Research, 39(6), 595-601.
Goodman, 2011	False memory for trauma-related Deese–Roediger–McDermott lists in adolescents and adults with histories of child sexual abuse.	Development and Psychopathology, 23(02), 423–438.
Gospodarevskaya, 2013	Post-Traumatic Stress Disorder and Quality of Life in Sexually Abused Australian Children.	Journal of Child Sexual Abuse, 22(3), pp.277–296.
Grelotti, 2018	Prevalence of stressful life events and their association with post-traumatic stress disorder among youth attending secondary school in Haiti.	Psychiatry Research, 269:369–375
Gurvits, 2002	Performance on visuospatial copying tasks in individuals with chronic posttraumatic stress disorder	Psychiatry Research, 112(3), 263-268.
Haileye, 2013	Psychopathological correlates of child sexual abuse: the case of female students in Jimma zone, South West Ethiopia.	Ethiop J Health Sci., 23(1): 32–38.

Han, 2013	Childhood Sexual Abuse, Alcohol Use, and PTSD Symptoms as Predictors of Adult Sexual Assault Among Lesbians and Gay Men.	Journal of Interpersonal Violence, 28(12), pp.2505–2520.
Hapke, 2006	Post-traumatic stress disorder: the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender.	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(5)pp. 299-306.
Hardy, 2016	Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression	Schizophrenia bulletin, 42(1):34-43
Hauer, 2008	Autobiographical memory specificity after manipulating retrieval cues in adults reporting childhood sexual abuse.	Journal of Abnormal Psychology, 117(2), 444–453
Häuser, 2015	Self-reported childhood maltreatment, lifelong traumatic events and mental disorders in fibromyalgia syndrome: a comparison of US and German outpatients	Clinical and Experimental Rheumatology, 33(1)Suppl 88:86-92
Holmes, 2005	Men's Pathways to Risky Sexual Behavior: Role of Co-Occurring Childhood Sexual Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression Histories	Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 82(1), pp.89-99.
Holmes, 2008	Men's self-definitions of abusive childhood sexual experiences, and potentially related risky behavioral and psychiatric outcomes	Child Abuse & Neglect, 32(1), pp.83-97.
Houston, 2012	Psychological pathways from childhood sexual and physical abuse to HIV/sexually transmitted infection outcomes among homeless women: The role of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms.	Journal of Health Psychology, [online] 18(10), pp.1330–1340.
Huang, 2006	Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in female prisoners in China	Comprehensive Psychiatry, 47(1),20-29.
Huang, 2008	Child sexual abuse, coping strategies and lifetime posttraumatic stress disorder among female inmates.	International Journal of Prisoner Health 4(1), 154-63
Huang, 2012	Impact of Multiple Types of Childhood Trauma Exposure on Risk of Psychiatric Comorbidity Among Alcoholic Inpatients.	Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 36(6), pp.598–606.
Humphreys, 2010	Tonic Immobility in Childhood Sexual Abuse Survivors and Its Relationship to Posttraumatic Stress Symptomatology.	Journal of Interpersonal Violence, 25(2), 358–373.
Jaquier, 2014	Fear of past abusive partner(s) impacts current posttraumatic stress among women experiencing partner violence	Violence against women, 20(2):208-27
Johnson, 2003	Personality Disorders, Coping Strategies, and Posttraumatic Stress Disorder in Women with Histories of Childhood Sexual Abuse	Journal of Child Sexual Abuse, 12(2), 19-39.
Kaltman, 2005	Psychological impact of types of sexual trauma among college women	Journal of Traumatic Stress, 18(5), pp:547-555.
Kleindienst, 2014	Body self-evaluation and physical scars in patients with borderline personality disorder: an observational study	Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 10(1):2
Koola, 2013	Prevalence of Childhood Physical and Sexual Abuse in Veterans With Psychiatric Diagnoses.	The Journal of Nervous and Mental Disease, 201(4), pp.348–352.
Krejci, 2004	Sexual Trauma, Spirituality, and Psychopathology	Journal of Child Sexual Abuse, 13(2),

		85-103
Krupnick, 2004	Mental Health Effects of Adolescent Trauma Exposure in a Female College Sample: Exploring Differential Outcomes Based on Experiences of Unique Trauma Types and Dimensions	Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 67(3), 264-279.
Lev-Wiesel, 2009	Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress.	Child Abuse & Neglect, 33(12), 877–887.
Lev-Wiesel, 2010	The Role of Peripartum Dissociation as a Predictor of Posttraumatic Stress Symptoms Following Childbirth in Israeli Jewish Women.	Journal of Trauma & Dissociation, 11(3), 266–283.
Lopez-Castroman, 2015	Posttraumatic Stress Disorder following childhood abuse increases the severity of suicide attempts	Journal of affective disorder, 1(170):7-14
Lu, 2013	Public Mental Health Clients with Severe Mental Illness and Probable Posttraumatic Stress Disorder: Trauma Exposure and Correlates of Symptom Severity.	Journal of Traumatic Stress, [online] 26(2), pp.266–273.
Lueger-Schuster, 2014	Institutional abuse of children in the Austrian Catholic Church: Types of abuse and impact on adult survivors' current mental health.	Child Abuse & Neglect, 38(1), pp.52–64.
Luz, 2016	Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population	Journal of Psychiatric Research, 2:51-7
Machado, 2011	Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence.	International Journal of Gynecology & Obstetrics, 113(1), 58–62.
Maercker, 2018	ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample	The Journal of Nervous and Mental Disease, 206(4):270-276
Martinson, 2012	Processing of Intimacy-Related Stimuli in Survivors of Sexual Trauma.	Journal of Interpersonal Violence, 28(9), pp.1886–1908.
Marx, 2003	The effects of trauma history, gender, and race on alcohol use and posttraumatic stress symptoms in a college student sample	Addictive Behaviors, 28(9), pp:1631-1647.
Massey, 2013	Reactions to research participation in victims of childhood sexual abuse	Journal of empirical research on human research ethics: JERHRE, 8(4):77-92
Mercado, 2015	Impact of Childhood Abuse on Physical and Mental Health Status and Health Care Utilization Among Female Veterans	Military Medicine, 180(10):1065-74
Messman-Moore, 2000	The Revictimization of Child Sexual Abuse Survivors: An Examination of the Adjustment of College Women with Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault, and Adult Physical Abuse	5(1), 18-27.
Mills, 2016	Self-reported and agency-notified child sexual abuse in a population-based birth cohort	Journal of psychiatric research, 74:87-93
Mueller-Pfeiffer, 2013	Characteristics of Child Maltreatment and Their Relation to Dissociation, Posttraumatic Stress Symptoms, and Depression in Adult Psychiatric Patients.	The Journal of Nervous and Mental Disease, 201(6), pp.471–477.
Mueser, 1998	Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(3)493-499.
Müller, 2015	Childhood adversities as specific contributors to the co-occurrence of posttraumatic stress and alcohol use disorders	Psychiatry Research, 228(3), 251-256
Murphy, 2014	Modelling the co-occurrence of psychosis-like experiences and childhood sexual abuse	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,

		49(7):1037-44
Negrao, 2005	Shame, Humiliation, and Childhood Sexual Abuse: Distinct Contributions and Emotional Coherence	Child Maltreatment, 10(4), 350-363.
Nixon, 2004	Panic following trauma: the etiology of acute posttraumatic arousal	Journal of Anxiety Disorders, 18(2),193-210
Norris, 2003	Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico	Journal of Abnormal Psychology, 112(4), 646-656.
O'Leary, 2009	Men who were sexually abused in childhood: Coping strategies and comparisons in psychological functioning.	Child Abuse & Neglect, 33(7), 471–479.
Oliveira, 2017	Childhood sexual abuse, intimate partner violence during pregnancy, and posttraumatic stress symptoms following childbirth: a path analysis	Archives of women's mental health, 20(2):297-309
Oquendo, 2005	Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression: Factors Mediating the Association With Suicidal Behavior	American Journal of Psychiatry, 162(3), 560-566.
Palic, 2016	The relationship between the percentage of circulating B cells, corticosteroid levels, and other immunologic parameters in thermally injured patients	The Journal of Trauma, 29(2):208-13
Pearson, 2015	Post-traumatic stress disorder and HIV risk behaviors among rural American Indian/Alaska Native women	American Indian and Alaska Native Mental Health Research,22(3):1-20
Peles, 2014	Psychiatric comorbidity differences between women with history of childhood sexual abuse who are methadone-maintained former opiate addicts and non-addicts	Psychiatry Research, 219(1):191-7
Pico-Alfonso, 2005	Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women	Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29(1), 181-193.
Porcerelli, 2010	Abuse, Outpatient Charges and Utilization, and Psychiatric Symptoms among Urban Women on Medicaid.	The Journal of the American Board of Family Medicine, 23(3), 363–370.
Price, 2017	The Moderating Effect of Childhood Maltreatment on the Relations Among PTSD Symptoms, Positive Urgency, and Negative Urgency.	Journal of Traumatic Stress, 30(4):432-437
Raghavan, 2006	Child sexual abuse and posttraumatic stress disorder: The role of age at first use of substances and lifetime traumatic events	Journal of Traumatic Stress, 19(2),269-278.
Rausch, 2016	Women with exposure to childhood interpersonal violence without psychiatric diagnoses show no signs of impairment in general functioning, quality of life and sexuality	Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 7(3):13
Raymaekers, 2010	Autobiographical memory specificity among people with recovered memories of childhood sexual abuse.	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41(4), 338–344.
Reisner, 2009	Stressful or traumatic life events, post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, and HIV sexual risk taking among men who have sex with men.	AIDS Care, 21(12), 1481–1489.
Reyes-Rodríguez, 2011	Posttraumatic Stress Disorder in Anorexia Nervosa.	Psychosomatic Medicine, 73(6), 491–497.
Risser, 2006	PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of re-experiencing, avoidance, and arousal symptoms	Journal of Traumatic Stress, 19(5), 687-698.
Rodriguez, 1996	Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adult survivors of childhood Sexual Abuse	Child Abuse & Neglect, 20(10), 943-952.

Roesler, 1994	Reactions to Disclosure of Childhood Sexual Abuse The Effect on Adult Symptoms	The Journal of Nervous and Mental Disease, 182(11), 618-624.
Roesler, 1994	Effects of Childhood Trauma on Psychological Functioning in Adults Sexually Abused as Children	The Journal of Nervous and Mental Disease, 182(3), 145-150.
Roller, 2011	Moving Beyond the Pain: Women's Responses to the Perinatal Period After Childhood Sexual Abuse.	Journal of Midwifery & Women's Health, 56(5), 488-493.
Rowan, 1994	Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children	Child Abuse & Neglect, 18(1), 51-61.
Roxburgh, 2006	Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia	BMC Psychiatry, 6(1).
Ruggiero, 2004	Is Disclosure of Childhood Rape Associated with Mental Health Outcome? Results from the National Women's Study	Child Maltreatment, 9(1), 62-77.
Sanchez, 2017	Childhood physical and sexual abuse experiences associated with post-traumatic stress disorder among pregnant women.	Annals of Epidemiology, 27(11):716-723
Sandberg, 1999	Dissociation, posttraumatic symptomatology, and sexual revictimization: A prospective examination of mediator and moderator effects	Journal of Traumatic Stress, 12(1), 127-138.
Sandberg, 2010	Adult Attachment as a Predictor of Posttraumatic Stress and Dissociation.	Journal of Trauma & Dissociation, 11(3), 293-307.
Sareen, 2013	Adverse childhood experiences in relation to mood and anxiety disorders in a population-based sample of active military personnel.	Psychological Medicine, 43(01), 73-84.
Schaaf, 1998	Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder	Child Abuse & Neglect, 22(11)pp: 1119-1133
Scheiderer, 2015	The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample	Borderline personality disorder and emotion dysregulation,24(2):11
Send, 2014	Complex Mental Health Sequelae of Psychological Trauma Among Women in Prenatal Care	Psychological Trauma: theory, research, trauma and policy, 6(1):41-49
Sikkema, 2011	Mental Health and HIV Sexual Risk Behavior Among Patrons of Alcohol Serving Venues in Cape Town, South Africa.	JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 57(3), 230-237.
Smith, 2016	Is worst-event trauma type related to PTSD symptom presentation and associated features?	Journal of anxiety disorder, 38:55-61
Spinhoven, 2014	Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors	Child Abuse & Neglect, 38(8):1320-30
Steine, 2017	Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse	Child Abuse And Neglect, 65:99-111
Stockdale, 2009	Sexual harassment and posttraumatic stress disorder: Damages beyond prior abuse.	Law and Human Behavior, 33(5), 405-418.
Subica, 2013	Psychiatric and Physical Sequelae of Childhood Physical and Sexual Abuse and Forced Sexual Trauma Among Individuals With Serious Mental Illness.	Journal of Traumatic Stress, 26(5), pp.588-596
Sui, 2014	Posttraumatic stress disorder among female victims of sexual assault in China: prevalence and psychosocial factors	Asia-Pacific Psychiatric, 6(4):405-



		13
Surís, 2004	Sexual Assault in Women Veterans: An Examination of PTSD Risk, Health Care Utilization, and Cost of Care	Psychosomatic Medicine, 66(5), 749-756.
Thompson, 2003	Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood	Journal of Traumatic Stress, 16(1)35-38.
Tiihonen Möller, 2014	Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape	PLoS One, 9(10):e111136
Ullman, 2006	Correlates of comorbid PTSD and drinking problems among sexual assault survivors	Addictive Behaviors, 31(1), 128-132.
Ullman, 2007	Relationship to Perpetrator, Disclosure, Social Reactions, and PTSD Symptoms in Child Sexual Abuse Survivors	Journal of Child Sexual Abuse, 16(1),19-36.
Ullman, 2009	Child Sexual Abuse, Post-Traumatic Stress Disorder, and Substance Use: Predictors of Revictimization in Adult Sexual Assault Survivors.	Journal of Child Sexual Abuse, 18(4), 367–385.
Ullman, 2013	Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims	Addictive Behaviors, 38(6), pp.2219–2223.
Ullman, 2014	Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault	Journal of Child Sexual Abuse, 23(1):74-93
Ullman, 2016	Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors	Addictive Behaviours,53:7-10
Van Buren, 2015	Peritraumatic Tonic Immobility and Trauma-Related Symptoms in Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse: The Role of Posttrauma Cognitions	Journal of child sexual abuse, 24(8):959-74
Van der Walt, 2014	Resilience and post-traumatic stress disorder in the acute aftermath of rape: a comparative analysis of adolescents versus adults	Journal of Child and Adolescents Mental Health, 26(3):239-49
Van Dorn, 2005	The effects of early sexual abuse on adult risky sexual behaviors among persons with severe mental illness	Child Abuse & Neglect, 29(11), pp.1265-1279
Walsh, 2012	National Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder Among Sexually Revictimized Adolescent, College, and Adult Household-Residing Women.	Archives of General Psychiatry, 69(9), 935.
Walsh, 2013	Posttraumatic Stress Disorder Symptoms.	Journal of Interpersonal Violence, 28(3), 558–576.
Weiss, 2013	Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abusers.	Child Abuse & Neglect, 37(11), pp.944–954.
Weninger, 1998	Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors	Journal of Traumatic Stress, 11(2), 281-300.
Whetten, 2012	Relationship between trauma and high-risk behavior among HIV-positive men who do not have sex with men (MDSM).	AIDS Care, 24(11), 1453–1460.
Widom, 1999	Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up	American Journal of Psychiatry, 156(8)pp:1223–1229.
Wolf, 2012	A Latent Class Analysis of Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder.	Archives of General Psychiatry, 69(7).
Wong, 2016	The Impact of Specific and Complex Trauma on the Mental Health of Homeless Youth	Journal of interpersonal violence, 31(5):831-54
Yampolsky, 2010	Child sexual abuse: is it a risk factor for pregnancy?	Journal of Advanced Nursing, p.no-no.
Yiaslas, 2014	The relationship between sexual trauma, peritraumatic dissociation, posttraumatic stress disorder, and HIV-related health in HIV-positive men	Journal of trauma & dissociation: the official journal of the

		International Society for the study of dissociation (ISSD), 15(4):420-35
Young, 2014	Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood	Child Abuse & Neglect, 38(8):1369-81
Zinzow, 2011	Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women.	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47(6), 893–902.

Table 1. Excluded for age

<b>Author</b>	<b>Title</b>	<b>Journal, Volume, Issue, Page</b>
Acierno R, 2000	Assault, PTSD, family substance use, and depression as risk factors for cigarette use in youth: Findings from the national survey of adolescents.	Journal of Traumatic Stress, 13(3), 381–396.
Adam, B. S., 1992	PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children.	Child Psychiatry & Human Development, 23(1), pp.3–8.
Aksu, 2018	Altered levels of brain-derived neurotrophic factor, proBDNF and tissue plasminogen activator in children with posttraumatic stress disorder.	Psychiatry Research, 268:478-483
Alexander, 2005	Traumatic Impact Predicts Long-Term Memory for Documented Child Sexual Abuse	Psychological Science, 16(1), 33-40.
Alix, 2017	Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation Among Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of Shame	Journal of Child Sexual Abuse, 26(2), 158–174.
<b>Author</b>	<b>Title</b>	<b>Journal, Volume, Issue, Page</b>
Bae, 2018	PTSD correlates with somatization in sexually abused children: Type of abuse moderates the effect of PTSD on somatization.	PLOS ONE, 13(6), e0199138.
Bahali, 2010	Child Sexual Abuse: Seven Years in Practice	Journal of Forensic Sciences, 55(3), pp: 633-636.
Bailey, 2007	Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers.	Attachment & Human Development, 9(2), 139–161.
Boney-McCoy, S, 1996	Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study.	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(6), 1406–1416.
Boney-McCoy, S., 1995	Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth	Child Abuse & Neglect, 19(12), 1401–1421.
Brabant, 2013	Identification of Sexually Abused Female Adolescents at Risk for Suicidal Ideations: A Classification and Regression Tree Analysis	Journal of Child Sexual Abuse, 22(2), 153-172.
Brabant, 2014	Predicting Suicidal Ideations in Sexually Abused Female Adolescents: A 12-Month Prospective Study	Journal of Child Sexual Abuse, 23(4), pp: 387-397.
Chemtob, 2016	Child Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder: Identification in Community Mental Health Clinics.	Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 1(2–3), 103–115
Choi, 2013	The effects of multiple interpersonal traumas on psychological maladjustment of sexually abused children in Korea.	Journal of Traumatic Stress, 26(1), 149–157
Cole, 2016	The Trauma of Commercial Sexual Exploitation of Youth: A Comparison of CSE Victims to Sexual Abuse	Journal of Interpersonal Violence, 31(1), 122–146

	Victims in a Clinical Sample	
Collin-Vzina, 2005	Comparing Dissociation and PTSD in Sexually Abused School-Aged Girls	The Journal of Nervous and Mental Disease, 193(1), 47-52.
Cyr, 2005	Clinical Correlates and Repetition of Self-Harming Behaviors Among Female Adolescent Victims of Sexual Abuse	Journal of Child Sexual Abuse, 14(2),49-68.
Elklit, 2002	Victimization and PTSD in a Danish National Youth Probability Sample.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(2), 174–181.
Elwood LS, 2011	Predictors of rape: findings from the National Survey of Adolescents.	Journal of Traumatic Stress, 24(2), 166–173.
Fulks, 2007	Sexual assault disclosure in relation to adolescent mental health: results from the National Survey of Adolescents.	Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 36(2), 260–266.
Gauthier-Duchesne, 2017	Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children.	Child Abuse & Neglect, 64, 79–88.
Glod, C. A., 1997	Increased Nocturnal Activity and Impaired Sleep Maintenance in Abused Children.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(9), 1236–1243.
Griffin, 2012	Prospective effects of method of coercion in sexual victimization across the first college year.	Journal of Interpersonal Violence, 27(12), 2503–2524.
Haviland, M. G, 1995	Beyond Posttraumatic Stress Disorder: Object Relations and Reality Testing Disturbances in Physically and Sexually Abused Adolescents.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34(8), 1054–1059.
Hébert, 2016	The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse	Journal of Affective Disorders, 193, pp: 227-232.
Hodgdon, 2018	Maltreatment type, exposure characteristics, and mental health outcomes among clinic referred trauma-exposed youth.	Child Abuse & Neglect, 82:12-22
Kaminer, 2013	Gender patterns in the contribution of different types of violence to posttraumatic stress symptoms among South African urban youth	Child Abuse & Neglect, 37(5), 320–330
Kaplow, 2005	Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children	American Journal of Psychiatry, 162(7), pp: 1305-1310.
Keeshin, 2015	Elevated Salivary Alpha Amylase in Adolescent Sexual Abuse Survivors with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms.	Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 25(4), 344–350.
Khadr, 2018	Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study.	The Lancet Child & Adolescent Health, 2(9), 654–665.
Kmett Danielson, 2009	Risky Behaviors and Depression in Conjunction With—or in the Absence of—Lifetime History of PTSD Among Sexually Abused Adolescents	Child Maltreatment, 15(1), 101-107.
Lawyer, 2006	Mental Health Correlates of the Victim-Perpetrator Relationship Among Interpersonally Victimized Adolescents	Journal of Interpersonal Violence, 21(10), pp: 1333-1353.
Lee, 2018	Validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory in Korean survivors of sexual violence.	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 12(1).
Mathews, 2013	Exploring Mental Health Adjustment of Children Post Sexual Assault in South Africa	Journal of Child Sexual Abuse, 22(6), 639-657.
McLean, 2014	Trauma Characteristics and Posttraumatic Stress Disorder among Adolescent Survivors of Childhood Sexual Abuse	Journal of Family Violence, 29(5), 559-566.

McLEER, 1988	Post-Traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27(5), 650-654.
McLEER, 1992	Sexually Abused Children at High Risk for Post-traumatic Stress Disorder	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31(5), 875-879.
Merry, S. N, 1994	Psychiatric Status of Sexually Abused Children 12 Months after Disclosure of Abuse.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33(7), 939-944.
Miragoli, 2017	Narrative fragmentation in child sexual abuse: The role of age and post-traumatic stress disorder	Child Abuse & Neglect, 73, 106-114.
Moreland, 2018	Investigating Longitudinal Associations Between Sexual Assault, Substance Use, and Delinquency Among Female Adolescents: Results From a Nationally Representative Sample.	Journal of Adolescent Health, 63(3):320-326
Mueser, 2008	Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems.	Psychiatric Services, 59(6), 627-634.
Mutavi, 2017	Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Sexually Abused Children and Educational Status in Kenya: A Longitudinal Study.	Journal of Child & Adolescent Behaviour, 05(05).
Noll, 2003	Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study.	Journal of Interpersonal Violence, 18(12), 1452-1471.
Noll, 2005	Sleep Disturbances and Childhood Sexual Abuse.	Journal of Pediatric Psychology, 31(5), 469-480.
Orozco, 2008	Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey.	Salud Pública de México, 50.
Ozbaran, 2008	Social and Emotional Outcomes of Child Sexual Abuse	Journal of Interpersonal Violence, 24(9), pp: 1478-1493.
Reyes, 2008	Exploring the Relations Among the Nature of the Abuse, Perceived Parental Support, and Child's Self-Concept and Trauma Symptoms Among Sexually Abused Children	Journal of Child Sexual Abuse, 17(1), 51-70.
Rohini, 2008	Relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents.	Journal of Interpersonal Violence, 24(11), 1919-1927.
Romero, 2009	Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder	American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 57(10), S259
Say, 2015	Abuse Characteristics and Psychiatric Consequences Associated with Online Sexual Abuse	Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 18(6), 333-336.
Sim, 2005	The Child Behavior Checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children.	Journal of Traumatic Stress, 18(6), 697-705.
Simon, 2016	Early stigmatization, PTSD, and perceived negative reactions of others predict subsequent strategies for processing child sexual abuse.	Psychology of Violence, 6(1), pp:112-113.
Simsek, 2015	BDNF and cortisol levels in children with or without post-traumatic stress disorder after sustaining sexual abuse	Psychoneuroendocrinology, 56, pp: 45-51.
Şimsek, 2016	The Levels of Cortisol and Oxidative Stress and DNA Damage in Child and Adolescent Victims of Sexual Abuse with or without Post-Traumatic Stress Disorder.	Psychiatry Investigation, 13(6), 616.
Sowmya, 2016	Clinical characteristics of children presenting with history of sexual abuse to a tertiary care centre in India.	Asian Journal of Psychiatry, 19, 44-49.

Soylu, 2013	Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities	Research in Developmental Disabilities, 34(12), pp: 4334-4342.
Soylu, 2014	Early-married and sexually abused girls differ in their psychiatric outcomes	Child Abuse & Neglect, 38(9), 1552–1559
Soylu, 2016	Gender Differences in Sexually Abused Children and Adolescents: A Multicenter Study in Turkey.	Journal of Child Sexual Abuse, 25(4), 415–427.
Stappenbeck, 2013	Drinking motives for self and others predict alcohol use and consequences among college women: the moderating effects of PTSD.	Addictive Behaviors, 38(3), 1831–1839
Sullivan, 2006	Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients.	Journal of Traumatic Stress, 19(2), 229–239.
Usta, 2010	Child sexual abuse in Lebanon during war and peace.	Child: Care, Health and Development, 36(3), 361–368.
Van Duin, 2018	Sexual abuse in very young children: a psychological assessment in the Amsterdam Sexual Abuse Case study.	European Journal of Psychotraumatology, 9(1), 1503524.
Wolfe, 1994	Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse	Child Abuse & Neglect, 18(1), pp: 37-50.

Table 2. Excluded for other reasons and whole of participants was sexually abused.

Πρώτος Συγγραφέας (έτος)	Περιοχή, Χώρα	Περίοδος έρευνας	Σχεδιασμός έρευνας	Δείγμα	Ποσοστό αγοριών	Μέσος όρος ηλικίας	Εύρος ηλικίας	Άλλη μορφή κακοπ. (κατηγ. αναφοράς)	Τόπος διεξαγωγής	Ορισμός σεξουαλικής κακοποίησης	Ορισμός & κριτήρια PTSD
Ackerman, 1998	Αρκάνσας, Ην. Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α	Συγχρονική	204	35,70%	Δ.Α	7 - 13	Σωματική κακοποίηση 21%	Μικτό (Νοσοκομειακό-εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο	Substantiation of abuse from the State Department of Human Services investigation, clinical assessment at Arkansas Children's Hospital (ACH), physical examination at ACH, or perpetrator/admission or conviction, investigation instrument to gain information regarding the nature, severity, and duration of abuse as well as characteristics of the perpetrator	The revised Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), structured interview, given by children and caregivers, DSM-III-R

<b>Bernard-Bonnin, 2008</b>	Μόντρεαλ	Δ.Α	Ασθενών-μαρτύρων	Σύνολο (134) ασθενείς (67)-σεξουαλικά κακοποιημένοι, μάρτυρες (67)	0%	9.16	7 - 12	Δεν υπήρχε	Μικτό (ασθενείς : νοσοκομειακό πλαίσιο μάρτυρες : γενικός πληθυσμός)	Medical records using the history of victimization form, completed by the children of both groups. For the control group the parents asked about the presence of experiences by answer	The Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised completed by children
<b>Brand, 1996</b>	Μίσιγκαν	Δ.Α	Ασθενών-μαρτύρων	48 (ασθενείς:24 κατάθλιψη & κακοποίηση, μάρτυρες:24 κατάθλιψη χωρίς κακοπ.	0%	15.4	13 - 17	Δεν υπήρχε	Νοσοκομειακό πλαίσιο	Sexual Risk Behavior Assessment Schedule (Sexual History) semi-structured Interview for adolescents.	Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), 22 questions reflecting diagnostic criteria for the disorder, completed by the adolescents.

<b>Glod, 1996</b>	Αμερική	Δ.Α	Ασθενών-μαρτύρων	Σύνολο(34), ασθενείς(19) σωματικά και σεξουαλικά κακοπ/εθελοντες μάρτυρες (15)	7.5%	8.9	6 - 12	Δεν υπάρχει	Μικτό (ασθενείς : νοσοκομειακό πλαίσιο μάρτυρες	Interview of parents and the children by the Social services	Semi structured interviews (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic Version), Child Behavior Checklist (CBCL)
<b>Conway, 2013</b>	Αμερική	Δ.Α	Ασθενών-μαρτύρων	Σύνολο (39) ασθενείς(20) μάρτυρες (19)	56.4%	13.5	7 - 17	Δεν υπήρχε	Νοσοκομειακό πλαίσιο	Thematic Apperception Test (TAT), oral, answered by children/ interviews with the children's/caregivers by a licensed	Children in the study were diagnosed by a licensed clinical psychologist
<b>De Rose, 2016</b>	Ιταλία	2011- Δ.Α	Συγχρονική	185	48.6%	8,8	2 - 18	38% ψυχολογική βία, 14% σωματική βία, 26% παραμέληση	Νοσοκομείο	Clinical Abuse documented by interview (professional at the local social services, medical professional, mental health professional, or	Child Behavior Checklist, completed by parents/Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC), completed by children/DSM-IV-TR



<b>Dubner, 1999</b>	Νέα Υόρκη Η.Π.Α	Δ.Α	Ασθενών-μαρτύρων	100	77%	13.52	8-19	Δεν υπήρχε	Εξωνοσοκομειακό πλαίσιο	Levels of sexual abuse were defined based on Russell's (1983) criteria for seriousness of abuse, through case records and transcribed interviews with caseworkers and child participants.	The CPTSD-RI is a 20-item Likert-type scale which was designed to assess posttraumatic stress reactions of school-age children and adolescents following exposure to a broad range of traumatic events
---------------------	--------------------	-----	------------------	-----	-----	-------	------	------------	-------------------------	---	--

<b>Dykman, 1997</b>	Αρκάνσα, Η.Π.Α	Δ.Α	Συγχρονική	109	39.4%	N.R	8 - 12	Σωματική κακοποίηση 28.4%.	Μικτό(Νοσοκομείο και κοινότητα	N.R	Diagnostic Structured Interview for Children and Adolescents (DICA), structured interview
---------------------	----------------	-----	------------	-----	-------	-----	--------	----------------------------	--------------------------------	-----	---

<b>Ford, 2009</b>	Αμερική	1995	Συγχρονική	4.023	51.5%	N.R	12 - 17	Σωματική κακοποίηση 3.8%, παρών σε τραυματικό συμβάν 37.4%, Ατύχημα 31.9%, Κοινοτική βία 15.3%, παρενόχληση 7.7%	Γενικός πληθυσμός	Exposure to potentially traumatic events was assessed with 24 behaviorally	PTSD symptoms were assessed as “recent” (in the past 6 months) and “lifetime” (ever in the past)
-------------------	---------	------	------------	-------	-------	-----	---------	--	-------------------	--	--

<b>Frounfelker, 2013</b>	Σικάγο, Ιλινόι	2012-2013	Συγχρονική	84	44%	19.06	16 - 21	Κοινοτική βία, Συναισθηματική βία, παραμέληση, Σωματική βία	Νοσοκομείο	Clinical record/interview, by children	DSM-IV-TR/ Axis V Global Assessment of Functioning (GAF), interview given by children, byPsychiatrist
--------------------------	----------------	-----------	------------	----	-----	-------	---------	---	------------	--	---

<b>Giaconia, 1995</b>	Αμερική	1977-Δ.Α	Κοορτής	384	50,50%	17,9	Δ.Α	Σωματική βία, φυσικές καταστροφές, παρών σε κλοπή, Τραύμα ή ατύχημα,ξαφνικός θάνατος	Σχολικό πλαίσιο	NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-R (DIS-III-R), structured clinical interview to assess traumas, given by children	NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-R (DIS-III-R), PTSD module, interview given by children, DSM-III-R
<b>Hidalgo, 2015</b>	Σικάγο	2009-2015	Κοορτής	450	100%	18.9	16 - 20	Δεν υπήρχε	Γενικός πληθυσμός	10-item version of the Early Sexual Experiences (ESE) Checklist, completed by adolescents	Computerized version of the Diagnostic Interview Schedule (CDIS-IV) structured interview by adolescents/ DSM-IV
<b>Hunt, 2011</b>	Αμερική	Δ.Α	Συγχρονική	257	44%	11.7	Δ.Α	Οικιακή βία, βία στην κοινότητα, σωματική βία	Εξωτερική ή δομή ψυχικής υγείας	Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), written self-report, by children	Posttraumatic Stress (PTS) scale of the TSCC/ UCLA PTSD Index, written self-report by children and parents
<b>Lipschitz, 1999</b>	Νέα Υόρκη	N.R	Συγχρονική	74	47.3%	14.08	11.1 - 18.3	Παρών σε κοινοτική βία, θύμα κοινοτικής βίας, οικογενειακή ή βία, σωματική βία	Νοσοκομείο	Traumatic Events Questionnaire - Adolescent version (TEQ-A) DSM-IV.	DSM-IV, a structured interview based on DSM-III-R criteria, self-reported scales, the medical record and the clinical treatment team.

<b>Mcleer, 1994</b>	Αμερική	N.R	Ασθενών-μαρτύρων	49 (ασθενείς: 26, μάρτυρες: 23)	0.44	9.6	6 - 16	Δεν υπήρχε	εξωνοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας	Clinical history according to Russell's criteria for abuse severity, for the children.	K-SADS-E (included PTSD section), interview both for the children and the guardians separately. The interviewers were blind to the purpose of the study.
<b>Münzer, 2016</b>	Γερμανία	2012- 2014	Ασθενών-μαρτύρων	Σύνολο: 178, ασθενείς (σεξ.κακοπ): 70, μάρτυρες: 108	55%	11,51	6,3 - 17.9	Σωμ.κακοποίηση (77.8%), Ψυχολ.κακοποίηση (50.0%), οικογενειακή βία(12%),παραμέληση (32.4%), οικογενειακή ανικανότητα(27.8%), παραμέληση απογονους(16.7 παραμεληση απο ενήλικα (10.2%),	Μικτό (Γενικός πληθυσμός- εξωνοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας	Semistructured interview version of the Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), by children	German version of the semistructured diagnostic screening interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), including selfreports and caregiver reports self-reported
<b>Nothling, 2017</b>	Νότια Αφρική	Δ.Α	Συγχρονική	2016	38%	15	12 - 18	Ατύχημα, φωτιά,φυσική καταστροφή,παρόν σε έγκλημα,παρόν σε οικογενειακή βία,σωματική βία	Νοσοκομείο	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-PL)- Present and Lifetime version (K-SADS-PL)- Traumatic Events subscale- structured interview	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-PL)

<b>Salazar, 2013</b>	Η.Π.Α (Δινόις, Αϊόβα, Γουινσκό νσιν)	Δ.Α	Συγχρονική, αξιολόγηση από κοορτή	732	48.5%	17.4	17 - 18	Παρενόγλη ση, θύμα κλοπής, φυσική καταστροφ ή, σωματική παρενόγλη ση, άλλο τραύμα	Εξωνοσο κομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιώ ν ψυχικής	Self- reporte d respo nses to the initial trauma screene r (Comp osite Intern ational Diagno stic Intervi ew (CID), by the childre n.	Composit e Internatio nal Diagnosti c Interview (CID), by children/ DSM-IV.
<b>Sanders, 2017</b>	Αμερική	2009-2016	Συγχρονική	197	77.4%	15.45	13 - 18	Δεν υπήρχε	Γενικός πληθυσμ ός	Structu red clinical interview, youth self- report	Youth Self- Report (YSR)/cli nical interview/ DSM-IV- TR/ DSM-V
<b>Ward, 2018</b>	Νότια Αφρική	2013-2015	Συγχρονική	5.631	55.7%	N.R	15 - 17	Σωμ.κακοπ (18.04%), Συναισθ.κα κοπ(12.56 %), παραμέλησ η (12.18%), οικογ. βια(24.58% ), άλλη κακοπ(58.2 6%), εξαπατηση (52.14%)	Μικτό (Γενικός πληθυσμ ός, σχολικό πλαίσιο)	Juvenil e Victimi zation Questi onnaire 11 , intervi ew given by childre n	Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) , written, complete d by children

<b>Weierich, 2008</b>	Αμερική	Δ.Α	Συγχρονική	86	22%	17.03	12 - 19	48.83%: σωματική και συνασθηματική βία	Γενικός πληθυσμός	Child Trauma a Questionnaire (CTQ). Written questionnaire completed by the participants.	The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (KSADS-PL). Interview to the participants.
-----------------------	---------	-----	------------	----	-----	-------	---------	--	-------------------	--	---

Πρώτος συγγραφέας (Έτος)	Επανάληψιμότητα σεξουαλικής κακοποίησης	Ηλικία κακοποίησης	Συνύπαρξη άλλης μορφής κακοποίησης (για τους κακοποιημένους)	Είδη σεξουαλικής κακοποίησης	Ψυχιατρική συννοσηρότητα με ΔΜΤΣ	Συγγενικοί παράγοντες πολυπαράγοντων ανάλυση
<b>Ackerman, 1998</b>	Δ.Α	<17	Σωματική κακοποίηση (16,6%)	Δ.Α	<b>Μόνο τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά:</b> ΔΕΠΥ: αγόρια: 40%, κορίτσια: 22%/ Εναντιωματική προκλητική: αγόρια: 46%, κορίτσια: 22%/ Διαταραχή διαγωγής: αγόρια: 44%, κορίτσια: 11%/ Μειζων κατάθλιψη: αγόρια: 12%, κορίτσια: 11%/ Διπολική διαταραχή: αγόρια: 4%, κορίτσια: 9%/ Δυσθυμία: αγόρια: 16%, κορίτσια: 13%. <b>Σεξουαλικά και σωματικά κακοποιημένα παιδιά:</b> ΔΕΠΥ: αγόρια: 67%, κορίτσια: 26%/ Εναντιωματική προκλητική: αγόρια: 64%, κορίτσια: 47%/ Διαταραχή διαγωγής: αγόρια: 67%, κορίτσια: 21%/ Μειζων κατάθλιψη: αγόρια: 8%, κορίτσια: 32%/ Διπολική διαταραχή: αγόρια: 0%, κορίτσια: 21%/ Δυσθυμία: αγόρια: 17%, κορίτσια: 42%	Δ.Α
<b>Bernard-Bonnin, 2008</b>	Ένα επεισόδιο 25.0%/ πολλαπλά επεισόδια κάτω από <3 μήνες 28.1%/ πολλαπλά επεισόδια πάνω >3 μήνες 46.9%	<12	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α
<b>Brand, 1996</b>	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Μειζων κατάθλιψη 5%, Δυσθυμία 21%, Μειζων κατάθλιψη & Δυσθυμία 12%, Διπολική	Δ.Α

							διαταραχή I 12%	
<b>Glod, 1996</b>	Δ.Α	2.9	15.8% Σεξουαλικά και Σωματικά κακοποιημένα	Δ.Α			Μείζων κατάθλιψη 53.85%, Ιστορικό ΔΕΠΥ 38.46%, Διαταραχή διαγωγής 46.15%	Δ.Α
<b>Conway, 2013</b>	Δ.Α	<17		Δ.Α			Συναισθηματική διαταραχή: 80%/ Διαταραχή διαγωγής: 35%/ ΔΕΠΥ: 30%/ άλλα (άγχος, μαθησιακά, Δ.Α.Δ) 10%	Δ.Α
<b>De Rose, 2016</b>	Δ.Α	<18		Δ.Α	Σωματική επαφή, όπως φιλή, χάιδεμα, ή στοματική, πρωκτική, κολπική διέγερση ή διείσδυση		Εσωτερικές διαταραχές (20%), Εξωτερικές διαταραχές (13.6%)	Δ.Α
<b>Dubner, 1999</b>	Δ.Α	<19		Δ.Α	Ακατάλληλο φιλή, σεξουαλικό άγγιγμα, προσπάθεια διείσδυσης		Δ.Α	Δ.Α
<b>Dykman, 1997</b>	Δ.Α	Δ.Α	Σωματική κακοποίηση (23%)	Δ.Α			ΔΕΠΥ 17%, Διαταραχή διαγωγής 17%, Εναντιωματική προκλητική 23%, Αγχώδης διαταραχή 18%, Υπερβολικό άγχος 13%, Μείζων κατάθλιψη 30%, Δυσθυμία 18%, Αποφυγή 5%	Δ.Α
<b>Ford, 2009</b>	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α			Διαταραχή μετατραυματικού στρες(ΔΜΤΣ) + Μείζων κατάθλιψη(Μ.Κ) (27.4%)/ Διαταραχή μετατραυματικού στρες + Χρήση αλκοόλ ή ουσιών(ΧΑΟ) (8.1%)/ΔΜΤΣ+ΜΚ+ΧΑΟ (6.5%)	Φύλο, εθνικότητα
<b>Frounfelker, 2013</b>	Δ.Α	<21	Βία προερχόμενη από την κοινωνία/ συναισθηματική κακοποίηση/ παραμέληση/ σωματική κακοποίηση/ άλλο τραύμα, μη προσδιορίζόμενο (τα δεδομένα παρέχονται για τα υποκείμενα με και χωρίς Διαταραχή Μετατραυματικού Stress	Δ.Α			Συννοσηρότητα με ΔΕΠΥ/ Συννοσηρότητα με διαταραχές συμπεριφοράς/ Χρήση ουσιών/ Διαταραχές διάθεσης/ Ψυχωτικές διαταραχές/ Ιστορικό απο αυτοκτονικό ιδεασμό, για αυτούς που είχαν και δεν είχαν διαταραχή μετατραυματικού στρες	Δ.Α
<b>Giaconia, 1995</b>	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Βιασμός, 2.1%		Δ.Α	Δ.Α
<b>Hidalgo, 2015</b>	1-4 φορές: 26.7%/ >=5 φορές: 18.9%	<20	Δ.Α	Δ.Α	Άγγιγμα γεννητικών οργάνων, χάιδεμα, κολπική, στοματική, πρωκτική συνουσία (ή απόπειρα συνουσίας)		Μείζων καταθλιπτικά επεισόδια: (41,8%)/ αυτοκτονικός ιδεασμός: (51%)/ αυτοκτονικές προσπάθειες: (57,2%)	Ηλικία, εθνικό
<b>Hunt, 2011</b>	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α			Δ.Α	Φύλο

<b>Lipschitz, 1999</b>	Ένα επεισόδιο: 46.6%, επαναλαμβανόμενος: 80%	8.8	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	ΔΕΠΥ 33.3%, Εναντιωματική προκλητική Διαταραχή (Δ.Δ) 62.5%, Κατάθλιψη 37.5%, Ψυχωτική διαταραχή 66.7%, 30.4%, Αγχώδης διαταραχή 83.3%, Διαταραχές διατροφής 25.0%, Διαταραχή σωματοποίησης 34.8%.	Δ.Α
<b>McLeer, 1994</b>	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	ΔΜΤΣ+ΔΕΠΥ(23,1%), ΔΜΤΣ+Δ.Δ(4%), ΔΜΤΣ+ΔΕΠΥ+Δ.Δ-11,5%	Δ.Α
<b>Munjer, 2016</b>	Ένα επεισόδιο (π.χ. έκθεση σε επιδειξιμανή) μέχρι και 7 χρόνια κακοποίησης	<17,9	Σωματική κακοποίηση από υπεύθυνο για την φροντίδα του παιδιού/εφήβου (74.3%)/ ψυχολογική/συναισθηματική κακοποίηση (55.7%)/ παραμέληση (από υπεύθυνο για τη φροντίδα) (24,3%)	Σεξουαλική κακοποίηση από γνωστό ενήλικα, από άγνωστο ενήλικα, συνομήλικο, απόπειρα, ή ολοκληρωμένος βιασμός σεξουαλική έκθεση, λεκτική σεξουαλική παρενόχληση, σεξουαλική κακομεταχείριση	Δ.Α	Διαταραχή διαγωγής (20.0%), ΔΕΠΥ (18.6%), Μείζων κατάθλιψη (17.1%)	Δ.Α
<b>Nothling, 2017</b>	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Φύλο, ηλικία
<b>Salazaar, 2013</b>	Δ.Α	<18	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Φύλο, εθνικότητα
<b>Sanders, 2017</b>	Δ.Α	<18	σωματική και σεξουαλική κακοποίηση: 2,9%	Οποιαδήποτε παράνομη μορφή σεξουαλικής πράξης προς νέους	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α
<b>Ward, 2018</b>	Δ.Α	<17	Δ.Α	Σεξουαλική κακοποίηση εξ επαφής (4.94%), εξαναγκασμός παιδιού για σεξουαλική συνεύρεση (2·18%), κακοποίηση μέσω έκθεσης (3·25%), συναισθηματική κακοποίηση με την χρήση σεξουαλικού υλικού (2·17%), άλλη σεξουαλική εμπειρία με ενήλικα, συμπεριλαμβανομένων συναινετικών ενεργειών (6·29% ), άλλη σεξουαλική εμπειρία με ενήλικα, μη συναινετική (3·05%), οποιαδήποτε σεξουαλική κακοποίηση, συμπεριλαμβανομένων συναινετικών ενεργειών (14·61%), και μη συναινετικών (12·04%)	Δ.Α	Κατάθλιψη (OR: 3,43), Άγχος: (OR:2,48)	Φύλο, περιοχή, σχολική εγγραφή, σπίτι
<b>Weierich, 2008</b>	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Δ.Α	Μείζων κατάθλιψη για τους σεξ. κακοποιημένους (45%), Οριακή διαταραχή προσωπικότητας για τους σεξ. κακοποιημένους M=6.6, αυτοτραυματισμοί για τους σεξ.	Δ.Α



Δ.Α: Δεν αναφέρεται

Table 3. Characteristics of eligible studies

First Author(Year)	Title of Paper	Definition of abuse	Definition of PTSD
Ackerman, 1998	Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both).	Substantiation of abuse from the Department of Human Services investigation, clinical assessment at Arkansas Children's (Ackerman, P., 1998)	The revised Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), structured interview, given by children and caregivers, DSM-III-R (Reich, W., & Welner, Z., 1988)
Bernard-Bonnin, 20	Disclosure of sexual abuse and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls.	Medical records using the history victimization form, completed by children of both groups. For the control group the parents about the presence of Experiences by answering a list c	The Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised, completed by children (Wolfe, VV., 1996)
Brand, 1996	Depressed Adolescents with a History of Sexual Abuse: Diagnostic Comorbidity and Suicidality	Sexual Risk Behavior Assessment Schedule (Sexual History) semi-structure Sexual Risk (Wyatt, G., 1988)  Behavior Assessment Schedule (History) semi-structured Interview Adolescents (Meyer-Bahlburg, H Ehrhardt, M., Exner, TM. et al., 1	Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), 22 questions reflecting diagnostic criteria for the disorder, completed by the adolescents (Herjanic, B., Campbell, W., 1977)
Conway, 2013	Thought and language disorder among sexually abused children in a psychiatric hospital	Thematic Apperception Test (TA answered by children/ interviews children's caregivers by a license Psychologist (Murray, H., 1943)	Children in the study were diagnosed by a licensed clinical psychologist

De Rose, 2016	Current Psychopathological Symptoms in Children and Adolescents Who Suffered Different Forms of Maltreatment	Abuse documented by interview (professional at the local social services, medical professional, mental health professional, or courts or by parents)	Child Behavior Checklist, completed by parents/ Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) completed by children/ DSM-IV-TR (Briere, J., 1996)
Dubner, 1999	Sexually and Physically Abused Foster Care Children and Posttraumatic Stress Disorder	Case records - caseworker report interview based on Russell's (1983) criteria of seriousness of abuse (Russell, 1983)	<b>CPI</b> -This structured clinical interview patterned after the <i>DSM-III-R</i> and the 4th edition of the <i>DSM (DSM-IV</i> , American Psychiatric Association, 1994) assesses whether a child meets each of the PTSD criteria <b>CPTSD-RI</b> is a 20-item Likert-type scale which was designed to assess posttraumatic stress (Frederick et al., 1999)
Dykman, 1997	Internalizing and Externalizing Characteristics of Sexually and/or Physically Abused Children	N.R	Diagnostic Structured Interview for Children and Adolescents (DICA), structured Interview (Reich, W., & Welner, Z., 1988)
Ford, 2009	Poly-Victimization and Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents	Exposure to potentially traumatic events was assessed with 24 behavioral items for sexual or physical assault, abuse victimization, witnessing violence, and direct exposure to disaster, serious accident, or threat of or actual serious injury (Kilpatrick DG, Saunders BE, 1997)	PTSD symptoms were assessed as “recent” (in the past 6 months) and “lifetime” (ever in the past) with items from the Diagnostic Interview Schedule, a valid epidemiological survey (Kilpatrick DG, Saunders BE, 1997) (Kilpatrick DG, Saunders BE, 1995)
Giaconia, 1995	Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents	NIMH Diagnostic Interview Schedule Version III-R (DIS-III R), structured interview to assess traumas, given to children (Reinherz et al., 1993a) (Robins et al., 1989)	NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-R (DIS-III R), DIS-III-R PTSD module, interview given by children, DSM-III-R (Reinherz et al., 1993a) (Robins et al., 1989)
Glod, 1996	Relationship between Early Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Activity Levels in Prepubertal Children	Interview of parents and the children by the Social services	Semi-structured interviews (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia School Age Children-Epidemiologic Version) (Antich, 1987)  Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, T.M., Edelbrock, CS., 1983)
Hidalgo, 2015	The impact of childhood sexual abuse and psychopathology on young men who have sex with men	10-item version of the Early Sexual Experiences (ESE) Checklist, completed by Adolescents (Miller, Johnson, & Johnson, 1997)	Computerized version of the Diagnostic Interview Schedule (CDIS-IV, structured interview by adolescents/ DSM-IV (Robins et al., 2000).

Hunt, 2011	Risky Business: Trauma Exposure and Rate of Posttraumatic Stress Disorder in African American Children and Adolescents	Trauma Symptoms Checklist for (TSCC), written self-report, by children (TSCC; Briere, 1996)	Posttraumatic Stress (PTS) scale of the TSCC/ UCLA PTSD Index; written self-report by children and parents (UCLA PTSD Index; Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004)
Lipschitz, 1999	Posttraumatic Stress Disorder in Hospitalized Adolescents: Psychiatric Comorbidity and Clinical Correlates	Traumatic Events Questionnaire-Adolescent version (TEQ-A) DSM-IV. (Lipschitz et al., 1999).	DICA-R, a structured interview based on DSM-III-R criteria, self-reported scales, the medical records, and the clinical treatment team (Reich et al., 1991).
McLeer, 1994	Psychiatric Disorders in Sexually Abused Children	Clinical history according to Ruscio criteria for abuse severity, for the children. (Russell, 1983)	K-SADS-E (included PTSD section), interview both for the children and the guardians separately. The interviewers were blind to the purpose of the study. (Orvaschel et al., 1982)
Munzer, 2016	Psychological Symptoms of Sexually Victimized Children and Adolescents Compared With Other Maltreatment Subtypes	Semistructured interview version of the Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), by children (JVQ; Hamby, Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2004)	German version of the semi structured screening interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), including reports and caregiver reports (Delmo, Weifenbach, Gabriel, Marchia, & Pous, 1998)/ self-reported post-traumatic stress symptoms (UCLAPTSD-RI total symptom score)/ Caregiver-reported posttraumatic symptoms (UCLAPTSD-RI total symptom score) (UCLA PTSD RI; Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004)
Nöthling, 2017	Trauma type as a condition and risk factor for posttraumatic stress disorder in a referred clinic sample of adolescents	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime version (K-SADS-PL) is a structured interview (Kaufman et al., 1997)	K-SADS-PL, a traumatic event sub-scale (Kaufman et al., 1997)
Salazar, 2013	Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care	Self-reported responses to the initial screener (Composite International Diagnostic Interview (CIDI), by the children. (World Health Organization, 1997)	Composite International Diagnostic Interview (CIDI), by children (World Health Organization / DSM-IV.
Sanders, 2017	PTSD Symptoms Mediate the Relationship Between Sexual Abuse and Substance Use Risk in Juvenile Justice-Involved Youth	Structured clinical interview, by report	Youth Self-Report (YSR) (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001) / clinical interview/ DSM-IV-TR/ DSM-V
Ward, 2018	Sexual violence against children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and	Juvenile Victimization Questionnaire interview given by children (Finkelhor et al., 2005)	Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC), written, completed by children (Briere et al., 2001)

	correlates		
Weierich,2008	Posttraumatic Stress Sym Mediate the Relation Bet Childhood Sexual Abuse Nonsuicidal Self-Injury	Child Trauma Questionnaire (CT Written Questionnaire completed by the Participants (Bernstein et al., 199	The Kiddie Schedule for Affective Dis and Schizophrenia-Present and Lifetir Version (KSADS-PL). Interview to the participants (Kaufman et al., 1997)

Table 4. Tools and materials for the assessment of child sexual abuse and PTSD.

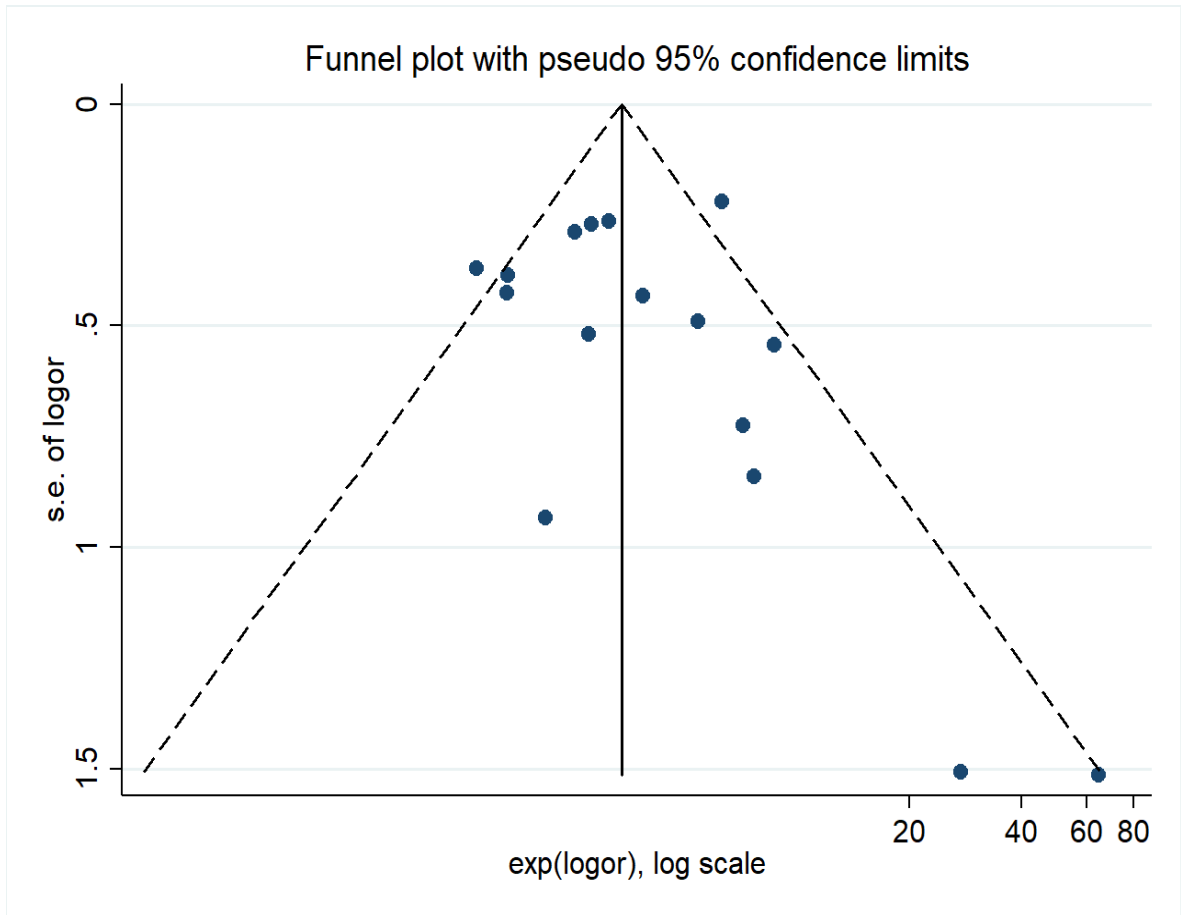


Table 5. Funnel plot

First Author (year)	Selection/Representativeness	selection of non exposed	Ascertainment	Demonstration outcome	Comparability	Outcome, Assessment	Was follow-up long enough for outcomes to occur	Adequacy of follow-up of cohort	Total Score
Ackerman, 1998	0	1	1	0	1	1	Δ.A	Δ.A	4
Bernard-Bonnin, 2008	0	0	1	0	0	0	Δ.A	Δ.A	1
Brand, 1996	0	1	0	0	2	1	Δ.A	Δ.A	4
Conway, 2013	0	1	0	0	2	1	Δ.A	Δ.A	4
De Rose, 2016	0	1	1	0	1	1	Δ.A	Δ.A	4
Dubner, 1999	0	1	1	0	0	1	Δ.A	Δ.A	3
Dykman, 1997	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Ford, 2009	1	1	0	0	2	0	0	0	4
Frounfelker, 2013	0	1	1	0	0	1	Δ.A	Δ.A	3
Giaconia, 1995	1	1	1	0	0	1	1	0	5
Glod, 1996	0	0	0	0	0	0	Δ.A	Δ.A	0
Hidalgo, 2015	0	1	0	0	1	1	1	0	4
Hunt, 2011	0	1	0	0	2	0	Δ.A	Δ.A	3
Lipschitz, 1999	0	1	0	0	1	1	Δ.A	Δ.A	3
Mcleer, 1994	0	0	0	0	2	1	Δ.A	Δ.A	3
Münzer, 2016	1	1	0	0	0	0	Δ.A	Δ.A	2
Nothling, 2017	0	1	1	0	2	1	0	0	5
Salazar, 2013	0	1	0	0	2	1	Δ.A	Δ.A	4
Sanders, 2017	0	1	1	0	1	1	Δ.A	Δ.A	4
Ward, 2018	1	1	0	0	1	0	Δ.A	Δ.A	3
Weierich, 2008	1	1	0	0	0	1	Δ.A	Δ.A	3

Table 6. Evaluation of included studies by the Newcastle-Ottawa scale

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Ackerman, P.T., Newton, J.E., McPherson, W.B., Jones, J.G. and Dykman, R.A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), pp.759–774.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III).

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

Arnaldo, C.A. (2001). *Child abuse on the internet: breaking the silence*. New York ; Oxford: Berghahn Books.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 147-178.

Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.

Bee, H. (1997). *The developing child*. New York: Longman & Addison-Wesley Educational Publisher Inc. (8<sup>th</sup> ed.).

Beitchman, J.H., Zucker, K., & Hood, J.E. (1992). A review of the long-term consequences of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.

Berliner, L., & Elliott, D. (1996). Sexual abuse of children. In J. Briere, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook of Child Maltreatment* (pp. 51-71). Thousand Oaks, CA: Sage.

Bernard-Bonnin, A., Hébert, M., Daignault, I. and Allard-Dansereau, C. (2008). Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatrics & Child Health*, 13(6), pp.479-486.

Bernat JA, Ronfeldt HM, Calhoun KS, Arias I (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *J Traumatic Stress*, (11), 645-664.

Bonomi, A.E. et al., (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child abuse & neglect*, 32(7), pp.693–701.

Bowlby, J., (1969), *Attachment and loss: Vol. 1. Separation: Attachment*. London: Penguin.

Brand, E.F., King, C.A., Olson, E., Ghaziuddin, N. and Naylor, M. (1996). Depressed Adolescents with a History of Sexual Abuse: Diagnostic Comorbidity and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*

Caravaca Sánchez, F., Ignatyev, Y. and Mundt, A.P. (2018). Associations between childhood abuse, mental health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. *Criminal Behaviour and Mental Health*, [online] 29(1), pp.18–30. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cbm.2099> [Accessed 12 Sep. 2019].

Chaffin, M., Kelleher, K. and Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), pp.191–203.

Chaiyachati, B. and Christian, C. (2019). *Child Physical Abuse: An Overview*. [online] Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/779/child-physical-abuse-an-overview.pdf> [Accessed 18 Feb. 2020].

Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of American Acad Child and Adolescence Psychiatry*, 34, 541-565.



Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P. and Steer, R.A. (2004). A Multisite, Randomized Controlled Trial for Children With Sexual Abuse–Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, [online]43(4),pp.393–402.Availableat:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856709612454> [Accessed 27 Aug. 2019].

Conway, F., Talreja, P., McCarthy, J. and Conway, F. (2013). Thought and Language Disorder among Sexually Abused Children in a Psychiatric Hospital. *Psychological Reports*, 112(2), pp.340-352.

De Rose, P., Salvaguardia, F., Bergonzini, P., Cirillo, F., Demaria, F., Casini, M.P., Menghini, D. and Vicari, S. (2016). Current Psychopathological Symptoms in Children and Adolescents Who Suffered Different Forms of Maltreatment. *The Scientific World Journal*, pp.1–8.

Deblinger, E., Steer, R.A. and Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), pp.1371–1378.

Dimmitt, J.H. (1995). Self-Concept and Woman Abuse: A Rural and Cultural Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 16(6), pp.567–581.

Downing, M.J., Benoit, E., Brown, D., Coe, L., Hirshfield, S., Pansulla, L. and Carballo-Diéguez, A. (2019). Early Sexual Experiences, Mental Health, and Risk Behavior among Black Non-Hispanic and Hispanic / Latino Men Who Have Sex with Men (MSM). *Journal of Child Sexual Abuse*, pp.1–21.

Dubner, A.E. and Motta, R.W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), pp.367–373.

Dykman, R., McPherson, B., Ackerman, P., Newton, J., Mooney, D., Wherry, J. and Chaffin, M. (1997). Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 32(1), pp.62-83.

Feerick, M.M., Haugaard, J.J. & Hien, D.A. (2002). Child Maltreatment and Adulthood Violence: The Contribution of Attachment and Drug Abuse. *Child Maltreatment*, 7, (3), 226-240.

Finkelhor, D. (1983). Common features of family abuse. In D. Finkelhor, R. Gelles, G.Hotaling & M. Straus (Eds.), *The dark side of families: Current family violence research*. London: Stage.

Folsom, V.L., Krahn, D.D., Canum, K.K., Gold, L. & Silk, K. R. (1989). Sex abuse: role in eating disorders. In: New Research Program and Abstracts, 142<sup>nd</sup> Meeting of the American Psychiatric Association. Washington, DC.

Ford, J., Elhai, J., Connor, D. and Frueh, B. (2010). Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), pp.545-552.

Freud, S. (1894). On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description anxiety neurosis (The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol.3). London: Hogarth Press

Freud, S., (1895) Studies in Hysteria. S. E. 2

Freud, S., (1920) Beyond the Pleasure Principle. S. E. 18

Frounfelker, R., Klodnick, V., Mueser, K. and Todd, S. (2013). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder Among Transition-Age Youth with Serious Mental Health Conditions. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), pp.409-412.

Gauthier, L., Stollak, G., Messe, L., & Aronoff, J. (1996). Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child Abuse and Neglect*, 20, 549-55

Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, A. and Cohen, E. (1995). Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), pp.1369-1380.

Glod, C.A. and Teicher, M.H. (1996). Relationship between Early Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Activity Levels in Prepubertal Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), pp.1384–1393.

Goldsmith, R.E. and Freyd, J.J. (2005). Awareness for Emotional Abuse. *Journal of Emotional Abuse*, 5(1), pp.95–123.

Green, A.H. (1995). Children traumatized by physical abuse. In S. Eth & R.S. Pynoos(Eds.), *Post Traumatic Stress Disorder in Children*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 133-154.

Herzog, D.B., Staley J.E., Carmody S., Robbins W.M., van der Kolk B.A.(1993).Childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a pilot study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32 : 962- 966.

Hidalgo, M.A., Kuhns, L.M., Kwon, S., Mustanski, B. and Garofalo, R. (2015). The impact of childhood gender expression on childhood sexual abuse and psychopathology among young men who have sex with men. *Child Abuse & Neglect*, 46, pp.103–112.

Hunt, K.L., Martens, P.M. and Belcher, H.M.E. (2011). Risky business: Trauma exposure and rate of posttraumatic stress disorder in African American children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 24(3), pp.365–369.

ICD-10 online versions, (2008). *World Health Organization*.

Kaminer, D., Seedat, S., & Stein, D. J. (2005). Post- Traumatic Stress Disorder in children. *World Psychiatry*, 4 (2), 121-125.

Karadag, M., Gokcen, C. and Sarp, A.S. (2019). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, pp.1–6.

Kardiner, A. (1941). The traumatic neurosis of war. *Psychosomatic Medicine*. (Mon-ograph ii-iii). New York: Paul B. Hoeber.

KOLAITIS G, HARITAKI S, RIGIZOU F, ZAHARAKI L, RIGA E, AVGOUSTATOU A, BIMBOU A, KANARI N, LIAKOPOULOU M, TSIANTIS J (2000). Children's Posttraumatic Stress Reactions following the Athens Earthquake. *Paper presented at the 47<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, October 24-29/ New York.

Kraepelin, E. (1886). *Psychiatre* (vol.5). Auflage. Leipzig: Barth.

Lacey, J.H. (1990). Incest, incestuous fantasy, and indecency: a clinical catchment-area study of normal-weight bulimic women. *Br. J. Psychiatry*, 157: 399-403.

Lipschitz, D., Winegar, R., Hartnick, E., Foote, B. and Southwick, S. (1999). Posttraumatic Stress Disorder in Hospitalized Adolescents: Psychiatric Comorbidity and Clinical Correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(4), pp.385-392.

Lyons, J. and Romano, E. (2019). Childhood Sexual Abuse Profiles and Psychological Functioning in Adult Males. *Journal of Child Sexual Abuse*, pp.1–20.

Malinosky-Rummell, R. & Hansen, D.J. (1993). Long-term consequences of child physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.

Mason, J.W, Kosten, T.R., Southwick, S.M., & Giller, E.L (1990). The use of the psych endocrine strategies in post-traumatic stress disorder. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1822-1846.

McCrae, J.S., Chapman, M.V. and Christ, S.L. (2006). Profile of children investigated for sexual abuse: Association with psychopathology symptoms and services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), pp.468–481.

Mcleer Susan V.,M.D., J. Faye Dixon, PHD. (1998): Psychopathology in Non-Clinically Referred Sexually Abused Children. *J. Am. Acad. Child Adolescence Psychiatry*, 37:12.

McLeeR, S., Callaghan, M., Henry, D. and Wallen, J. (1994). Psychiatric Disorders in Sexually Abused Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), pp.313-319.

Min, M.O. et al., (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child abuse & neglect*, 37(6), pp.361–73.

Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E. & Herbison, G.P. (1994). The effect of child sexual abuse on social interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 165, 35-47.

Münzer, A., Fegert, J. and Goldbeck, L. (2016). Psychological Symptoms of Sexually Victimized Children and Adolescents Compared With Other Maltreatment Subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(3), pp.326-346.

Narvaez, J.C. de M., Remy, L., Bermudez, M.B., Scherer, J.N., Ornell, F., Surratt, H., Kurtz, S.P. and Pechansky, F. (2019). Re-traumatization Cycle: Sexual Abuse, Post-Traumatic Stress Disorder and Sexual Risk Behaviors among Club Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 54(9), pp.1499–1508.

Norman, R. et al., (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11)(e1001349), p.e1001349.

Nöthling, J., Simmons, C., Suliman, S. and Seedat, S. (2017). Trauma type as a conditional risk factor for posttraumatic stress disorder in a referred clinic sample of adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 76, pp.138–146.

Nurcombe, B. (2000). Child Sexual Abuse I: Psychopathology. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), pp.85–91.

Oppenheim, H. (1892). *Die traumatischen neurosen*. Berlin: August Hirsch Wald.

Page, H. (1885). *Injuries of the spine and spiral cord without apparent mechanical lesion*. London: Churchill.

Paivio, S.C., Pascual-Leone, A. and American Psychological Association (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: an integrative approach*. Washington, Dc: American Psychological Association.

Rapsey, C.M., Scott, K.M. and Patterson, T. (2019). Childhood sexual abuse, poly-victimization and internalizing disorders across adulthood and older age: Findings from a 25-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 244, pp.171–179.

Razcek, S.W. (1992). Childhood abuse and personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 6, 109-116.

Reina, S.A., Freund, B. and Ironson, G. (2019). The Use of Prolonged Exposure Therapy Augmented With CBT to Treat Postpartum Trauma. *Clinical Case Studies*, 18(4), pp.239–253.

Reyes, C.J. (2008). Exploring the Relations among the Nature of the Abuse, Perceived Parental Support, and Child's Self-Concept and Trauma Symptoms among Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(1), pp.51–70

Salazar, A., Keller, T., Gowen, L. and Courtney, M. (2012). Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), pp.545-551.

Salmon, K., & Bryant, R.A. (2002). Post-traumatic stress disorder in children the influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22, 163-188.

Sanders, J., Hershberger, A., Kolp, H., Um, M., Aalsma, M. and Cyders, M. (2017). PTSD Symptoms Mediate the Relationship Between Sexual Abuse and Substance Use Risk in Juvenile Justice–Involved Youth. *Child Maltreatment*, 23(3), pp.226-233.

Sosnowski, D.W., Kliewer, W., York, T.P., Amstadter, A.B., Jackson-Cook, C.K. and Winter, M.A. (2019). Familial support following childhood sexual abuse is associated with longer telomere length in adult females. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(5), pp.911–923.

Steine, I.M., Winje, D., Skogen, J.C., Krystal, J.H., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Nordhus, I.H., Gronli, J. and Pallesen, S. (2017). Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 67, pp.280–293.

Van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress.

Ward, C.L., Artz, L., Leoschut, L., Kassanjee, R. and Burton, P. (2018). Sexual violence against children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and correlates. *The Lancet Global Health*, 6(4), pp.e460–e468.

Wegman, H.L. & Stetler, C., (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic medicine*, 71(8), pp.805–12.

Weierich, M. and Nock, M. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and no suicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), pp.39-44.

World Health Organization (1999). Sexual violence.

World Health Organization (2012). Sexual violence.

World Health Organization (2002) World report on violence and health: summary, Geneva.

World Health Organization (2013), Violence and Injury Prevention (Child Maltreatment).

World Health Organization (2019), Violence against children.

Young, L.B., Timko, C., Pulido, R.D., Tyler, K.A., Beaumont, C. and Grant, K.M. (2020). Traumatic Childhood Experiences and Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans in Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγάθωνος, Ε. (2008). Από το Σύνδρομο του Κακοποιημένου Παιδιού Στα Δικαιώματα Του Παιδιού: Μια Διαχρονική Πορεία. Στο Μ. Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Γ. Κατσίκη & Μπ. Μπαρντικιαν-Γαζεριάν (Επιμ.), Ενδοοικογενειακή βία: Διεπιστημονική Προσέγγιση στην Πρόληψη και την Αντιμετώπιση (σσ 47-57). Αθήνα: Α.Ω Εκδόσεις.

Αντωνίου, Α.-Σ., & Ξυπολιτά, Ε. (2014). Διαταραχή μετατραυματικού στρες σε παιδιά και εφήβους. Στο: Σ. Κούτρας (Επιμ. Έκδ.), Η Ψυχική Υγεία των Παιδιών στην Κοινωνία της Κρίσης. Ο Ρόλος των Γονέων και των Εκπαιδευτικών (σσ. 21-41). Αθήνα: Εκδόσεις Ταξιδευτής.

Αντωνίου, Α.-Σ., & Πολυχρόνη, Φ. (2006). Καταστάσεις στρες σε παιδιά και εφήβους. Στο Λ. Μπεζέ & Μ.Λουμάκου (Επιμ.) Τα δικαιώματα του παιδιού (σελ. 99-114). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ασημακοπούλου, Ε (2012). Η επικράτηση διαταραχών μετατραυματικού στρες και μείζονος κατάθλιψης σε νοσηλευθέντες σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Βλαχάκης., Β, Φασουλή., Μ (2017). Διαταραχή Μετατραυματικού στρες και κακοποίηση στην παιδική ηλικία: Επιπτώσεις στον λόγο. Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Λογοθεραπείας Ηπείρου. Ιωάννινα.

Γιωτάκος Ο. (2004): Σεξουαλική Επιθετικότητα & Παραφιλίες. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Γιωτάκος, Ο. Και Πρεκατέ, Β. (Επιμ).(2006) Σεξουαλική κακοποίηση, Μυστικό όχι πια: Ελληνικά Γράμματα.

Ζαχαροπούλου, Μ. Και Νικολαντωνάκη, Ε (2004) Σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού και παιδοφιλία στο διαδίκτυο. Ηράκλειο. ΤΕΙ Κρήτης.

Ι.Υ.Π. (2002) “Τα δικαιώματα του παιδιού στην υγεία, (Η εφαρμογή της σύμβασης του Ο.Η.Ε. για τα δικαιώματα του παιδιού στο σύστημα υγεία”, Αθήνα: Εκδ. Ε. Αγάθωνος – Αδάμ.

Ίδρυμα για το παιδί και την οικογένεια. (2000) “Σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών και παιδοφιλία στο Internet”. Αθήνα: εκδ. Ι. Σιδέρης.

Λιάγκα., Μ & Κώτση, Β., (2015). Κακοποίηση παιδιών και νοσηλευτική παρέμβαση. Ενδοοικογενειακή Βία. Πτυχιακή εργασία, Τμήμα νοσηλευτικής, Πάτρα.

Μπελιβανάκη Μ, Κολαίτης Γ, Κανάρη Ν, Τσιάντης Ι (2006). Συμπτωματολογία Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σε παιδιά και εφήβους που νοσηλεύονται σε ψυχιατρική μονάδα. Εγκέφαλος 43: 53-58

Παναγοπούλου, Π (2007). Παιδική Κακοποίηση. INTERREG III Ελλάδα-Βουλγαρία.

Παπαγεωργίου Β. (2005). Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων. University Studio Press

Παπαδοπούλου, Ε. Σένκο, Α (2017). Η Κακοποίηση των ανηλίκων και ο ρόλος το νοσηλευτή. Πάτρα.

Τσιγκρής., Α, (1996) “Βιασμός το αθέατο έγκλημα”, Αθήνα: Εκδ. Αντ. Ν. Σακκουλά.

Τσουκαλά, Δ., Τσουμάκας, Κ (2013). Μετατραυματική Διαταραχή Στρες στην Παιδική και Εφηβική Ηλικία. Η Ανάγκη της Πρόσληψης: Ανασκόπηση. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Χατζηφωτίου Σ., (2005). Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και των παιδιών. Τζιόλα, Θεσσαλονίκη.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση(ΠΣΚ) είναι στενά συνδεδεμένη με σωματικές και ψυχικές διαταραχές στην παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή, όπως η ανάπτυξη Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΤΣ).

**Σκοπός:** Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση εστιάζει στην αλληλεπίδραση σεξουαλικά κακοποιημένων ατόμων συγκριτικά με άτομα που είχαν άλλες μορφές κακοποίησης σε σχέση με την ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες.

**Υλικό-Μέθοδος:** Οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν παιδιά, έφηβοι, νεαροί ενήλικες έως 21 ετών, αγόρια-κορίτσια, τα οποία ήταν σεξουαλικά και μη, κακοποιημένοι. Το δείγμα θα έπρεπε να είχε διαγνωστεί ή όχι με (ΔΜΤΣ). Η επιλογή του πληθυσμού θα έπρεπε να είχε γίνει από σχολεία, κοινότητα, νοσοκομεία και εξωτερικές δομές ψυχικής υγείας. Χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων (PubMed) και οι μελέτες ήταν ασθενών-μαρτυρών, συγχρονικές και μελέτες κοορτής. Θα έπρεπε να είχαν καθαρή συσχέτιση ΠΣΚ & ΔΜΤΣ και να ήταν γραμμένες στα Αγγλικά.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι συγκριτικά με τους μη σεξουαλικά κακοποιημένους, οι σεξουαλικά κακοποιημένοι, ήταν σημαντικά πιο πιθανό να αναπτύξουν μετατραυματικό στρες (ΔΜΤΣ) και αυτό βρέθηκε στατιστικά σημαντικό. Επίσης, σε σχέση με τους μη σεξ.κακοποιημένους που είχαν άλλες μορφές κακοποίησης οι σεξουαλικά κακοποιημένοι ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν μετατραυματικό στρες (ΔΜΤΣ).

**Συμπεράσματα:** Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο απασχολεί τους επιστήμονες, ως ένα φαινόμενο με σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών και των εφήβων.

**Λέξεις κλειδιά:** παιδική σεξουαλική κακοποίηση, έφηβοι, νεαροί ενήλικες, μετατραυματικό stress

## ABSTRACT

**Introduction:** Child Sexual Abuse (CSA) is strongly associated with significant physical and mental health disorders developing during the childhood, adolescence and adulthood. The researches have also confirmed the important correlations between the child sexual trauma and the development of mental health disorders such as Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

**Objectives:** The present systematic review and meta-analysis is focused on the caused effects of the existence of CSA in developing of PTSD Symptoms, enlighten the role of the specific confounder such as the existence of other types of abuse.

**Participants and setting:** Participants were sexually and non-sexually abused, adolescents and young adults up to 21 years of age, boys and girls children, with or without PTSD diagnosis. Settings of the eligible studies were college, community, hospital and non-mental health facilities.

**Methods:** Eligible studies were prospective and retrospective (case-control, cohort, cross-sectional), with the association between CSA and PTSD. Only the studies written in English were considered as eligible. Random-effects (DerSimonian-Laird) models were used for the pooling of studies. Results were reported as pooled odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CIs)

**Results:** Twenty-one studies were identified. Comparing to other types of abuse in reference category with sexual abuse, experiences of sexual maltreatment is a strong associating factor for the development of PTSD.

**Conclusion:** The CSA synthesizes an important social problem that concerns the scientists, as the phenomenon has extremely negative effects on physical and mental health of children and adolescents.

**Key words:** child sexual abuse, adolescence, adults, post-traumatic stress disorder, meta-analysis



Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	96
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	96
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	30-33
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	33
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	34
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	35
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	35
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	35
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	36
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	37
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	37
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	38
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	36-37
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., $I^2$ ) for each meta-analysis.	36-37

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	36-37
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	36-37
<b>RESULTS</b>			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	37
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	38-42, 70-75
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	48
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	48
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	48
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	48
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	-
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	49
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	50-51
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	51
<b>FUNDING</b>			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	-

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097  
For more information, visit: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)