ISSN 2241-6013

Τόμος 1 • Τεύχος 1 • ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΙΟΥΝΙΟΣ 2013

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΕΝΩΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

• Η ιστορία της Παιδοψυχιατρικής στην Ελλάδα
• Ο παιδοψυχίατρος-ψυχαναλυτής και η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας
• Ψυχική ανθεκτικότητα σε παιδιά και εφήβους
• Ο ψυχαναλυτής απέναντι στον ψυχωτικό έφηβο
• Η συμβολή της νευροβιολογίας στην ψυχαναλυτική κατανόηση
• Αξιολόγηση της μαρτυρίας παιδιών για σεξουαλική κακοποίηση
• Νέες μορφές οικογένειας: οικογένειες ομόφυλων γονέων – Παρένθετη μητρότητα
• Επιβάρυνση και ανάγκες οικογενειών που έχουν παιδί με διαταραχές αυτιστικού φάσματος
• Διαγνωστικά διλήμματα στη διασυνδετική παιδοψυχιατρική

Volume 1 • No 1 • JANUARY-JUNE 2013

Child and Adolescent Psychiatry

JOURNAL OF THE HELLENIC SOCIETY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

ΕΛΤΑ Hellenic Post

ΟΜΑΔΙΚΗ ΗΛΟΕΠΙΣΤΟΛΗ

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο ΚΕΜΠ ΚΡ
Αριθμός Άδειας 541

ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
Αδριανείου 3 & Κατεχάκη – 115 25 ΑΘΗΝΑ

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΕΝΩΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

Child & adolescent psychiatry

JOURNAL OF THE HELLENIC SOCIETY
OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
Ενωση Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων

HELLENIC SOCIETY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY

Ιδιοκτήτης
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

Εκδότης
Ν. Ζηλίκης

Owner
HELLENIC SOCIETY
OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Publisher
N. Zilikis

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος
Ν. Ζηλίκης

Αντιπρόεδρος
Γ. Γκριτζέλας

Γραμματέας
Α. Χαροκόπου

Ταμίας
Ε. Μεσσήνη

Μέλη
Ε. Αθανασοπούλου
Κ. Λαδοπούλου
Ε. Τσαλαμανιός

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
Δ. Γεωργιάδης
Γ. Καραντάνος
Κ. Μπαζαρίδης
Δ. Αναγνωστόπουλος
Μ. Μαρκοβίτης

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος
Ε. Λαζαράτου

Μέλη
Δ. Γεωργιάδης
Μ. Λιακοπούλου
Α. Μπέκα
Ε. Σουμάκη

ΕΞΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Δ. Μαγριπλής
Κ. Μπιτζαράκη

EXECUTIVE COMMITTEE

President
N. Zilikis

Vice President
G. Gritzelas

Secretary
A. Harokopou

Treasurer
E. Messini

Members
E. Athanassopoulou
K. Ladopoulou
E. Tsalamanios

ETHICS COMMITEE
D. Georgiadis
G. Karantanos
K. Bazaridis
D. Anagnostopoulos
M. Markovits

EDITORIAL BOARD

President
H. Lazaratou

Members
D. Georgiadis
M. Liakopoulou
A. Beka
E. Soumaki

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE
D. Magriplis
K. Bitzaraki

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ

Αδριανείου 3 & Κατεχάκη, 115 25 Αθήνα (Ν. Ψυχικό)
Τηλ.: 210-67 14 371 – 210-67 14 340, Fax: 210-67 15 015
e-mail: betamedarts@hol.gr, e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

ΒΗΤΑ medical arts
ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις

EDITING-ADVERTISING

3 Adrianiou & Katechaki str., GR-115 25 Athens, Greece
Tel.: (+30) 210-67 14 371 – 210-67 14 340, Fax: 210-67 15 015
e-mail: betamedarts@hol.gr, e-shop:www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

BETA medical arts
BETA Medical Publishers Ltd

Υπεύθυνος τυπογραφείου
Α. Βασιλάκου
Αδριανείου 3 & Κατεχάκη – 115 25 Αθήνα (Ν. Ψυχικό), Τηλ. 210-67 14 340

Printing supervision
A. Vassilakou
3 Adrianiou & Katechaki str. – GR-115 25 Athens, Tel. (+30) 210-67 14 340

Μαιάνδρου 23 & Αιγινήτου, 1ος όροφος, 115 28 Αθήνα
Τηλ. 210-72 11 845, Fax: 210-72 15 082
e-mail: info@hscap.gr, www.hscap.gr

23 Maiandrou str., GR-115 28 Athens, Greece
Tel.: (+30) 210-72 11 845, Fax: (+30) 210-72 15 082
e-mail: info@hscap.gr, www.hscap.gr

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου

Τόμος 1 • Τεύχος 1 • Ιανουάριος-Ιούνιος 2013

Child & adolescent psychiatry

Volume 1 • No 1 • January-June 2013

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
Ένωση Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων

HELLENIC SOCIETY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης
Ν. Ζηλίκης, Ε. Λαζαράτου 5

Ιστορία
Η ιστορία της Παιδοψυχιατρικής στην Ελλάδα: Συνοπτική αναφορά στα ορόσημα και στις σημαντικότερες εξελίξεις μέχρι τη δεκαετία του '80
Μ. Παπαδημητρίου, Ν. Ζηλίκης, Δ. Χριστοδούλου 6

Ειδικό άρθρο
Ο παιδοψυχίατρος-ψυχαναλυτής απέναντι στην έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας
B. Golse 19

Ανασκόπηση
Ψυχική ανθεκτικότητα σε παιδιά και εφήβους
Κ. Λαδοπούλου 27

Θεωρητικά θέματα
Ο ψυχαναλυτής απέναντι στον ψυχωτικό έφηβο
Γ. Στεφανάτος 37

Ανασκοπήσεις
Η συμβολή της νευροβιολογίας στην ψυχαναλυτική κατανόηση της ψυχονοητικής ανάπτυξης του παιδιού. Εισαγωγική προσέγγιση από παιδοψυχιατρική σκοπιά
Δ. Αναγνωστόπουλος 48

Η αξιολόγηση της μαρτυρίας των παιδιών στο πλαίσιο της διερεύνησης σεξουαλικής κακοποίησης
Σ. Στρατιδάκη, Χρ. Ανδρούτσος, Μ. Λειβαδίτης 55

Νέες μορφές γονεϊκότητας: οικογένειες ομόφυλων γονέων και παρένθετη μητρότητα
Χρ. Ανομίτρη, Ε. Λαζαράτου 68

Ερευνητική εργασία
Επιβάρυνση και ανάγκες οικογενειών που έχουν παιδί με Διαταραχή Φάσματος Αυτισμού
Β. Ντρέ, Αικ. Παπανικολάου, Μ. Κοκκώση, Ι. Κουρνιανός, Λ. Πέππου, Γ. Γιαννακόπουλος, Γ. Κολαΐτης 78

Κλινικά θέματα
Νευρολογική νόσος ή ψυχιατρική διαταραχή; Διαγνωστικά διλήμματα στη διασυνδετική παιδοψυχιατρική
Ε. Μαρίνη, Β. Θεοδώρου, Α.Μ. Τσίλια, Μ. Λιακοπούλου 86

Οδηγίες για τους συγγραφείς 95

CONTENTS

Editorial
N. Zilikis, H. Lazaratou 5

History
The history of child psychiatry in greece: brief report on the landmarks and main developments until the '80s
M. Papadimitriou, N. Zilikis, D. Christodoulou 6

Invited article
Le pédopsychiatre-psychanalyste face au concept de résilience.
B. Golse 19

Review
Rerilience in children and adolescents.
K. Ladopoulou 27

Theorifical articles
Le psychoanalyst opposite the psychotic adolescent
G. Stephanatos 37

Reviews
The contribution of neurobiology to the psychoanalytic understanding of child's mind development. Introductory approach of a child psychiatric point of view
D. Anagnostopoulos 48

The assessment of children's statements within the investigation of child sexual abuse allegations
S. Stratidaki, Ch. Androutsos, M. Leivaditis 55

New forms of family: gay parents and surrogate motherhood
Ch. Anomitri, H. Lazaratou 68

Research article
Exploring the burden and needs among families with Children with Autism Spectrum Disorder
V. Ntre, K. Papanikolaou, M. Coccosi, J. Kournianos, L. Peppou, G. Giannakopoulos, G. Kolaitis 78

Clinical topics
Neurological Disease or Psychiatric Disorder? Dilemma in the diagnosis for the Consultation-Liaison Child and Adolescent Psychiatry
E. Marini, B. Theodorou, A.M. Tsilia, M. Liakopoulou 86

Instructions to authors 95

Άρθρο Σύνταξης
Editorial

Τη χρονιά που διανύουμε η Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος συμπληρώνει τριάντα χρόνια ζωής και ενεργού παρουσίας στη χώρα μας, εκπροσωπώντας σε επιστημονικό, επαγγελματικό, και θεσμικό επίπεδο την παιδοψυχιατρική κοινότητα. Όλα αυτά τα χρόνια, όσοι συνάδελφοι θήτευσαν στα Διοικητικά Συμβούλια κατέβαλαν μεγάλες και επίπονες προσπάθειες για την ανάπτυξη της Εταιρείας μας και την κατοχύρωση του ρόλου και της θέσης της μεταξύ των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων, αλλά και στον χώρο της ψυχικής υγείας, μέσα σε συνθήκες όχι πάντα ευνοϊκές.

Στο επιστημονικό επίπεδο, η ανά διετία διοργάνωση του Πανελληνίου Παιδοψυχιατρικού Συνεδρίου (φέτος είμαστε στο 8ο) και ενδιάμεσα των Εθνικών Συναντήσεων «Παιδοψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο» έδινε την ευκαιρία σε όλους μας να συναντηθούμε, να παρουσιάσουμε το έργο μας και να ανταλλάξουμε απόψεις και προβληματισμούς, αλλά και να αναπτύσσουμε τις μεταξύ μας σχέσεις. Επιπλέον, η έκδοση του Ενημερωτικού Δελτίου (Newsletter) εξυπηρετούσε τις ανάγκες μιας τακτικής επικοινωνίας του Διοικητικού Συμβουλίου με τα μέλη της Εταιρείας. Ωστόσο, έλειπε κάτι σημαντικό για μια επιστημονική-επαγγελματική κοινότητα και αυτό δεν είναι άλλο από το επίσημο επιστημονικό όργανο, μια τακτική έκδοση με μορφή περιοδικού. Αυτό λοιπόν το περιοδικό ετοιμάσαμε τα δύο τελευταία Διοικητικά Συμβούλια μέσα από μια προσπάθεια δύο και πλέον ετών, αρχικά με την Επιτροπή Εκδόσεων και στη συνέχεια με την πρώτη Συντακτική Επιτροπή.

Σήμερα, λοιπόν, με μεγάλη χαρά και ικανοποίηση παρουσιάζουμε το πρώτο τεύχος του περιοδικού της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος – Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων, του οποίου ο τίτλος δεν θα μπορούσε να είναι άλλος από Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου. Φιλοδοξούμε και ευελπιστούμε το περιοδικό αυτό να αποτελέσει ένα ζωντανό βήμα για όλους τους Έλληνες Παιδοψυχιάτρους, αλλά και για όσους επαγγελματίες ψυχικής υγείας εργάζονται κλινικά, επιστημονικά ή ερευνητικά με παιδιά και εφήβους. Η Συντακτική Επιτροπή και το Διοικητικό Συμβούλιο της Εταιρείας θα καταβάλουν κάθε προσπάθεια ώστε να κρατηθεί σε υψηλό ποιοτικά επίπεδο και να βελτιώνεται συνεχώς. Εννοείται ότι θα είναι ανοιχτό σε όλα τα ρεύματα και τις θεωρητικές προσεγγίσεις, με μόνο κριτήριο την ποιότητα των εργασιών και των κειμένων που θα προτείνονται. Αρχικά, με δεδομένη τη δυσμενή οικονομική συγκυρία, το περιοδικό θα εκδίδεται σε ένα συν ένα τεύχη ετησίως: ένα με γενική θεματολογία και ένα θεματικό, είτε με εργασίες από τα συνέδριά μας είτε με θέμα που θα καθορίζει η Συντακτική Επιτροπή. Ευελπιστούμε στη συνέχεια η έκδοση να αυξήσει τα τεύχη της ετησίως. Αυτό θα εξαρτηθεί κατά κύριο λόγο από τη στήριξη των μελών τής Εταιρείας μας και στη συνέχεια από την αποδοχή του περιοδικού από επιστήμονες και επαγγελματίες συναφών ειδικοτήτων. Στήριξη τόσο οικονομική μέσω συνδρομών, όσο και με υποβολή εργασιών και κειμένων.

Είμαστε βέβαιοι ότι η έκδοση του περιοδικού της Εταιρείας μας θα αποτελέσει ακόμα έναν καθοριστικό παράγοντα για την καταξίωσή της στον ελληνικό επιστημονικό χώρο, και, ευελπιστούμε, αργότερα και στον διεθνή. Ας ευχηθούμε λοιπόν όλοι στο περιοδικό μας «καλοτάξιδο»!

Νίκος Ζηλίκης

Πρόεδρος Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος
Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων

Ελένη Λαζαράτου

Πρόεδρος
της Συντακτικής Επιτροπής

Ιστορία
History

Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Συνοπτική αναφορά στα ορόσημα και στις σημαντικότερες εξελίξεις μέχρι τη δεκαετία του '80

Μ. Παπαδημητρίου,[1] Ν. Ζηλίκης,[2] Δ. Χριστοδούλου[3]

[1]*Παιδοψυχίατρος, Υποψήφια Διδάκτωρ, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ,*
[2]*Ψυχίατρος-Παιδοψυχίατρος, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ,*
[3]*Αναπληρωτής Καθηγητής, Ιστορία της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη*

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2013, 1:6–18

Όπως συνέβη διεθνώς, έτσι και στη χώρα μας οι εξελίξεις στον χώρο της Παιδοψυχιατρικής έπονται ιστορικά εκείνων της Ψυχιατρικής (ενηλίκου). Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον στοιχείο στη μελέτη της Ιστορίας της Παιδοψυχιατρικής –και όχι μόνο– είναι η διάκριση μεταξύ προ-ιστορίας και Ιστορίας καθ' αυτής, κάτι το οποίο βοηθάει και στο να αναδειχθεί η πολλαπλότητα των «πηγών» από τις οποίες άντλησε αυτή η σχετικά νέα ιατρική ειδικότητα. Για τη χώρα μας, ως ορόσημο για το πέρασμα από την προϊστορία στη Ιστορία της Παιδοψυχιατρικής οι συγγραφείς θεωρούν τη λειτουργία του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος στο Δημόσιο Ψυχιατρείο της Αθήνας το 1949. Ακολούθησαν μεμονωμένες πρωτοβουλίες από τον ιδιωτικό και λιγότερο από τον δημόσιο τομέα με τη δημιουργία των πρώτων υπηρεσιών, χωρίς όμως ένα γενικότερο σχέδιο και συντονισμό. Οι εκάστοτε κρατούσες πολιτικές και κοινωνικο-πολιτισμικές ιδέες και συνθήκες λειτούργησαν πάντα καθοριστικά. Έτσι, ενώ κατά τη δεκαετία του ’50 και το πρώτο μισό της δεκαετίας του ’60 υπήρξε μια δημιουργική δραστηριότητα, μεσολάβησε η σκοτεινή περίοδος της επταετούς δικτατορίας, και μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας υπήρξε επανεκκίνηση, η οποία συνεχίστηκε με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Η Παιδοψυχιατρική αναγνωρίστηκε ως «συναφής» ιατρική ειδικότητα το 1962 και χρειάστηκε άλλη μία εικοσαετία μέχρι την αναγνώρισή της ως κύριας ιατρικής ειδικότητας το 1981. Οι αρχές της δεκαετίας του '80 αποτέλεσαν σημαντικό σταθμό και καμπή για

Αλληλογραφία: Μ. Παπαδημητρίου, Πλάτωνος 9, 153 44 Γέρακας, Τηλ. 210-66 13 117, e-mail: maripapd@yahoo.gr

την ελληνική Ψυχιατρική στο σύνολό της με το διαχωρισμό Νευρολογίας-Ψυχιατρικής, την αυτονόμηση της Παιδοψυχιατρικής και την ίδρυση της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος (1983), αλλά και το ξεκίνημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Παρά τις σημαντικές αλλαγές και την ίδρυση πολλών νέων δομών και υπηρεσιών στην πορεία της Μεταρρύθμισης, παραμένουν σημαντικές ελλείψεις και υστερήσεις στην κάλυψη της χώρας από υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, ειδικά τώρα στο πλαίσιο της τρέχουσας οικονομικής –και όχι μόνο– κρίσης.

Λέξεις ευρετηρίου: Παιδοψυχιατρική, Ελλάδα, ιστορία.

Η ανάπτυξη της Παιδοψυχιατρικής[2] έπεται ιστορικά εκείνης της Γενικής Ψυχιατρικής ή Ψυχιατρικής του Ενηλίκου. Παρά το ότι η ταυτότητά της είναι αυτή μιας ιατρικής ειδικότητας, οι ιστορικές καταβολές τής Παιδοψυχιατρικής εκτείνονται πέραν της Ιατρικής ή ακόμα ειδικότερα της Ψυχιατρικής και θα πρέπει να αναζητηθούν μέσα από εξελίξεις που προέκυψαν από μια σύνθετη αλληλεπίδραση διαφόρων επιστημονικών κλάδων-πεδίων, κυρίως της Ψυχιατρικής, της Ψυχανάλυσης, της Ψυχολογίας, της Παιδιατρικής, της Παιδαγωγικής, της Νομικής, αλλά και της Κοινωνιολογίας, Ανθρωπολογίας κ.λπ. Στην πορεία της διαμόρφωσης της φυσιογνωμίας και της ταυτότητας της Παιδοψυχιατρικής, κάποιες από αυτές τις συνιστώσες ενσωματώθηκαν στη διεπιστημονική προσέγγιση και στη σύνθεση της διεπαγγελματικής παιδοψυχιατρικής ομάδας (στη στελέχωση των υπηρεσιών) και άλλες αποτελούν συμπληρωματικές προσεγγίσεις μέσω «εξωτερικών» θεσμικών συνεργασιών (de Ajuriaguerra 1980).

ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟ-ΙΣΤΟΡΙΑ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΪΣΤΟΡΙΑΣ

Στις σημαντικότερες εργασίες που μελετούν την ιστορία της Παιδοψυχιατρικής έχει καθιερωθεί η διάκριση μεταξύ δύο περιόδων: της «προϊστορίας» και της καθ' αυτής Ιστορίας της Παιδοψυχιατρικής. Ορόσημο που σηματοδοτεί το «πέρασμα» από τη μία ιστορική περίοδο στην επόμενη μπορεί να αποτελεί η χρησιμοποίηση του όρου «Παιδική Ψυχιατρική», ο καθορισμός ενός κλινικο-επιστημονικού πεδίου, η εμφάνιση των πρώτων παιδοψυχιάτρων (ως ειδικών επιστημόνων), η έκδοση των πρώτων ειδικών συγγραμμάτων, η δημιουργία των πρώτων θεσμών-υπηρεσιών, ανάλογα με την επιλογή του ιστοριογράφου και τον ρόλο που μπορεί να διαδραμάτισε κάποιο από τα παραπάνω γεγονότα στην εξέλιξη της ειδικότητας (Crutcher 1943, Kanner 1960, Cameron 1956, Walk 1964, Benoit & Klein 2000). Από τους περισσότερους συγγραφείς, παρά τις επιμέρους διαφοροποιήσεις, αναγνωρίζεται ως καθοριστικό ορόσημο η εμφάνιση των πρώτων βιβλίων για την Παιδοψυχιατρική και συγκεκριμένα η έκδοση, το 1899, του βιβλίου του M. Manheimer *Les troubles mentaux de l' enfant: Précis de Psychiatrie Infantile*, όπου για πρώτη φορά χρησιμοποιείται ο όρος «Παιδική Ψυχιατρική», ο οποίος, σημειωτέον, θα επανεμφανιστεί πολλά χρόνια μετά (Kanner 1959, Walk 1964, Noshpitz 1987, Benoit & Klein 2000).

Έχει ιδιαίτερη σημασία η μελέτη της περιόδου της «προϊστορίας» της Παιδοψυχιατρικής, κατά την οποία δεν υπήρχαν οργανωμένες δράσεις εκ μέρους της Ψυχιατρικής ή της Ψυχολογίας, παρά μόνο διεργασίες που προέρχονταν από αυτές και από τους χώρους της Παιδαγωγικής και της Νομικής, ιδιαίτερα του κλάδου της Εγκληματολογίας, που αποτέλε-

1. Η εργασία αυτή αποτελεί πρόδρομη δημοσίευση μέρους μιας ευρύτερης ερευνητικής εργασίας η οποία εκπονήθηκε από την πρώτη εκ των συγγραφέων ως Διδακτορική Διατριβή στην Ιατρική Σχολή του ΑΠΘ και η υποστήριξή της πρόκειται να γίνει σύντομα.
2. Η ονομασία που έχει πλέον επικρατήσει διεθνώς είναι «Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου» (Child and Adolescent Psychiatry – CAP), όρος σαφώς προτιμότερος, καθότι σωστότερος, δεδομένου ότι δηλώνει ως αντικείμενο όλο το αναπτυξιακό ηλικιακό φάσμα (παιδική και εφηβική ηλικία). Ωστόσο, στο κείμενο θα γίνεται αναφορά στην «Παιδοψυχιατρική» για λόγους ιστορικότητας.

σαν μείζονες πηγές για τις μελλοντικές εξελίξεις. Οι διεργασίες αυτές αναφέρονται σε αποσπασματικές παρεμβάσεις «θεραπευτικού χαρακτήρα» σε παιδιά και εφήβους που εμφάνιζαν αποκλίνουσα συμπεριφορά και οι οποίες, βέβαια, καθορίζονταν πάντα από το ιστορικό πλαίσιο. Πρόκειται, δηλαδή, για μια περίπλοκη και πολυδύναμη πορεία με παραμέτρους όχι μόνο αμιγώς επιστημονικές, αλλά και κοινωνικές, πολιτισμικές, πολιτικές και οικονομικές, οι οποίες επέδρασαν καθοριστικά στη διαμόρφωση της Παιδοψυχιατρικής. Η τελευταία, σε αντίθεση με άλλες ιατρικές ειδικότητες, βρίσκεται ακόμη σε μια διαδικασία απαρτίωσης της ταυτότητάς της (Walk 1964, Noshpitz 1987, Benoit & Klein 2000).

Η ΠΡΟΪΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Κατά την περίοδο που αντιστοιχεί σε αυτό που θα ορίζαμε ως προϊστορία της Παιδοψυχιατρικής στην Ελλάδα δεν υπήρχαν θεσμοθετημένες δράσεις από ειδικούς της ψυχικής υγείας με στόχο τη φροντίδα των παιδιών και των εφήβων, καθώς δεν υπήρχε ακόμα το απαραίτητο επιστημονικό και κλινικό πλαίσιο για μια τέτοια προσέγγιση. Καταγράφονται μόνο αποσπασματικές κινήσεις, οι οποίες αφορούσαν είτε στην κάλυψη αναγκών όπως η αντιμετώπιση προβληματικών συμπεριφορών των ανηλίκων είτε στην ικανοποίηση επιστημονικών αιτημάτων, όπως η οργάνωση ψυχολογικών εργαστηρίων για τη μελέτη των «δύσκολων» παιδιών και των παιδιών με νοητική υστέρηση.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο ψυχίατροι ενηλίκων αντιμετώπιζαν ανηλίκους με ψυχικές διαταραχές, κυρίως εφήβους και λιγότερο παιδιά, σε ψυχιατρικά ιδρύματα-άσυλα ενηλίκων ή σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, όπως το Αιγινήτειο και το Δρομοκαΐτειο, ή στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Παράλληλα συνεργάζονταν με ψυχολόγους στη διερεύνηση των νοητικών λειτουργιών των μαθητών στα ψυχολογικά εργαστήρια των Πανεπιστημίων και του μετέπειτα Υπουργείου Παιδείας. Ακόμη, με τη συμβολή των παιδαγωγών οι ψυχίατροι διαχειρίστηκαν παιδιά με αναπηρίες και ανώμαλα παιδιά, σύμφωνα με τον όρο που κυριαρχούσε στις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα, σε ειδικά ιδρύματα και σχολεία. Τέλος, σε στενή επαφή με νομικούς και κοινωνικούς λειτουργούς οργάνωσαν θεσμούς και υπηρεσίες, όπως τα Δικαστήρια Ανηλίκων και την Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων, για παιδιά και εφήβους με παραβατική συμπεριφορά (Παπαζαχαρίου 1932, Στασινός 2001, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Ατζινά 2004, Κουράκης 2006, Κριτσωτάκη & Λέκκα 2012).

Βέβαια, καθοριστικός ήταν –και είναι πάντα– ο ρόλος του εκάστοτε πολιτικού και κοινωνικο-πολιτισμικού πλαισίου και κλίματος στις όποιες εξελίξεις, πολύ περισσότερο δε δεδομένων των σχέσεων του χώρου της ψυχικής υγείας παιδιών-εφήβων με τα της Παιδείας και της Δικαιοσύνης. Καθώς στην παρούσα εργασία δεν είναι δυνατόν να επεκταθούμε στα ζητήματα αυτά, θα περιοριστούμε σε ορισμένες ενδεικτικές αναφορές.

Ήδη αναφέρθηκε η ουσιαστική ώθηση για μια συστηματικότερη ενασχόληση με τα ψυχολογικά θέματα των παιδιών και των εφήβων που υπήρξε μέσα από τη νεανική παραβατικότητα και την προσπάθεια νομικών να την εξηγήσουν προκειμένου να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα. Από τη 2η δεκαετία του 20ού αιώνα λειτούργησαν τα πρώτα αναμορφωτικά καταστήματα κοινωνικά απροσάρμοστων κοριτσιών και αγοριών και υπήρξε συζήτηση σχετικά με την ανάγκη για τη δημιουργία των Δικαστηρίων Ανηλίκων και της Υπηρεσίας Επιμελητών Ανηλίκων, η σύσταση της οποίας σχετίζεται με τις τραγικές συνέπειες της Μικρασιατικής καταστροφής. Οι υπηρεσίες αυτές ενώ θεσμοθετήθηκαν μερικά χρόνια μετά τελικά λειτούργησαν αργότερα σχεδόν στα μέσα του αιώνα (Παπαδημητρίου και συν 2011). Πολύ χαρακτηριστικό στη σύνδεσή του με τις πολιτικο-ιστορικές εξελίξεις είναι το παράδειγμα του ιδρύματος στην Καλαμαριά Θεσσαλονίκης που μετέπειτα ονομάστηκε «Αριστοτέλης». Το «Άσυλο Αλητοπαίδων» ιδρύθηκε το 1926 με την επωνυμία «Αναμορφωτικό Ίδρυμα Μακεδονίας». Μέχρι το 1937 στεγαζόταν σε παράγκες που είχαν κατασκευάσει οι σύμμαχοι κατά τη διάρκεια των Βαλκανικών Πολέμων και του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου και τη χρονιά εκείνη ο Ι. Μεταξάς θεμελίωσε το γνωστό κτίριο, ενώ τον Νοέμβριο του 1941 θα μετονομαστεί σε «Εθνικό Ίδρυμα Προστασίας Απόρων Παίδων Μακεδονίας». Στα 57 χρόνια λειτουργίας του φιλοξένησε περίπου 20.000 παιδιά. Έκλεισε τον Μάρτιο του 1983.

Σημαντική στην ανάδυση της Παιδοψυχιατρικής ήταν και η συμβολή της ειδικής εκπαίδευσης, οι βάσεις της οποίας βρίσκονται στις πρώτες σχολές και άσυλα για τυφλούς και κωφάλαλους που ιδρύθηκαν στη χώρα μας στις αρχές του 20ού αιώνα. Στη συνέχεια

αυτών δημιουργήθηκε επίσης το 1937 (δικτατορία Μεταξά) η «Σχολή Ανωμάλων και Καθυστερημένων Παίδων Αθηνών» με τον Α.Ν. 453, η οποία μετονομάστηκε στην πορεία σε «Πρότυπο Ειδικό Σχολείο Καισαριανής». Εκεί για πρώτη φορά αναγνωρίστηκαν παιδιά με αμιγώς ψυχολογικά προβλήματα πέρα από σωματικές αναπηρίες και νοητική καθυστέρηση. Παράλληλα ξεκίνησαν να λειτουργούν και τα πρώτα Ψυχολογικά Εργαστήρια –την 4η δεκαετία– αρχικά στις Φιλοσοφικές Σχολές των Πανεπιστημίων και στη συνέχεια και στο Υπουργείο Παιδείας με σκοπό τη μελέτη των ψυχοδιανοητικών διεργασιών των παιδιών και των εφήβων. Το μωσαϊκό των δράσεων συμπληρώνουν ψυχίατροι ενηλίκων με ειδικό ενδιαφέρον στα παιδιά, όπως ο Γ. Ζαβιτζιάνος και παιδαγωγοί με πρόθεση να εμπλουτίσουν την εκπαιδευτική διαδικασία με γνώσεις από την ψυχολογία και την ψυχανάλυση, όπως ο Δ. Μωραΐτης. Μέσα από την προσπάθειά τους να δημιουργήσουν θεσμούς και υπηρεσίες συνέβαλαν στην ανάδειξη της ανάγκης ενός ανεξάρτητου επιστημονικού πεδίου σχετικά με τα ψυχικά ζητήματα των ανηλίκων (Πλουμπίδης 1995, Στασινός 2001, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Ατζινά 2004, Κουράκης 2006).

Μέσα από παραδείγματα όπως τα παραπάνω ελπίζουμε να γίνεται πιο ευκρινής η φύση της περιόδου την οποία θεωρούμε ως «προ-ιστορία» και στην οποία, όπως συνέβη και διεθνώς, η Παιδοψυχιατρική διαμορφώθηκε μέσα από τη σύνθεση γνώσεων και εμπειριών οι οποίες συγκεντρώθηκαν από τις επιστήμες που είχαν ήδη ασχοληθεί με τα ψυχικά προβλήματα των παιδιών και των εφήβων με έναν μάλλον έμμεσο τρόπο. Μέσα από αυτή την ενασχόληση, επιστήμονες από τους κλάδους που αναφέρθηκαν παραπάνω συναντήθηκαν και συνεργάσθηκαν για να δημιουργήσουν τελικά τις επίσημες δομές και τους οργανισμούς που θα παρείχαν φροντίδα σε παιδιά και εφήβους.

Στην εργασία αυτή, ως ορόσημο που σηματοδοτεί το πέρασμα από την προϊστορία στην Ιστορία της Παιδοψυχιατρικής για τη χώρα μας θεωρήσαμε την ίδρυση της πρώτης εξειδικευμένης υπηρεσίας, καθώς αυτό υπήρξε το πρώτο γεγονός που και θεσμικά σηματοδοτεί την εμφάνιση της Παιδοψυχιατρικής ως κλινικού αντικειμένου, δεδομένου ότι ως ιατρική ειδικότητα δεν υπήρχε τότε. Η αφήγηση λοιπόν θα γίνει χρονολογικά και θα φθάσει μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, όταν η δημοσιοποίηση, μεταξύ άλλων, των άθλιων συνθηκών διαβίωσης και «περίθαλψης» των «παιδιών» του ΠΙΚΠΑ Λέρου λειτούργησε καταλυτικά για το ξεκίνημα των προσπαθειών για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, που αφορούσε στο σύνολο της Ελληνικής Ψυχιατρικής (παιδιών-εφήβων-ενηλίκων).

Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΙΣΤΟΡΙΑΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Η πρώτη υπηρεσία για την ψυχιατρική φροντίδα παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα λειτούργησε στον δημόσιο τομέα και ήταν το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα στο Δημόσιο Ψυχιατρείο της Αθήνας. Το Τμήμα αυτό ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1949 και εγκαταστάθηκε στο Περίπτερο 7, με πρώτο διευθυντή τον ψυχίατρο-ψυχαναλυτή Γεώργιο Ζαβιτζιάνο. Η ανάληψη της συγκεκριμένης θέσης από τον Γ. Ζαβιτζιάνο, ο οποίος ήταν ψυχίατρος ενηλίκων χωρίς ειδική εκπαίδευση στα θέματα ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων, μπορεί να εξηγηθεί, δεδομένης της επαγγελματικής σταδιοδρομίας του, μέχρι εκείνη τη χρονική στιγμή σε δομές για παιδιά με ψυχολογικά προβλήματα και δυσκολίες, όπως το Πρότυπο Ειδικό Σχολείο Αθηνών και το Ψυχοπαθολογικό Ιατρείο του Κέντρου Μαθητικής Αντίληψης. Σημαντική ήταν και η συμμετοχή του στη δημιουργία του πρώτου ψυχαναλυτικού πυρήνα στην Ελλάδα υπό τη Μαρία Βοναπάρτη. Μέσα από τη δραστηριότητά του αυτή και τα κείμενα που εξέδωσε διαφαίνεται το ενδιαφέρον του για τον παιδικό ψυχισμό και τα προβλήματά του (Τζαβάρας 1984 & 1996, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Αμπατζόγλου & Πλουμπίδης 2010).

Το τμήμα παρείχε μόνο δυνατότητα νοσηλείας και δεν διέθετε κοινοτική δομή. Οι πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία του αναφέρουν πολύ άσχημες συνθήκες νοσηλείας των παιδιών, τα περισσότερα από τα οποία εμφάνιζαν βαριά κλινική εικόνα που οφειλόταν κυρίως σε νοητική υστέρηση, οργανικά σύνδρομα και ψυχώσεις. Βέβαια, οι δυνατότητες διαγνωστικής και θεραπευτικής παρέμβασης από την πλευρά της Παιδοψυχιατρικής κατά την περίοδο εκείνη ήταν ιδιαίτερα περιορισμένες. Ακόμα, στην κλινική δεν εκπαιδεύονταν ειδικευόμενοι, καθώς η ειδικότητα της Παιδοψυχιατρικής δεν είχε ακόμη θεσμοθετηθεί ούτε ως «συναφής» της Νευρολογίας-Ψυχιατρικής και η εκπαίδευση των ψυχιάτρων γινόταν κατά κύ-

ριο λόγο στο Αιγινήτειο, στο Δρομοκαΐτειο και στον Ευαγγελισμό. Όσοι από τους ψυχιάτρους ήθελαν να ειδικευθούν στην Παιδοψυχιατρική, αναγκαστικά μετέβαιναν για εκπαίδευση στο εξωτερικό, κυρίως στην Αγγλία, στη Γαλλία και στις ΗΠΑ.

Το 1946 είχε ιδρυθεί από τον Ε. Παπανούτσο ο μορφωτικός σύλλογος «Αθήναιον», ο οποίος διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στις εξελίξεις σχετικά με την εκπαίδευση στην Ελλάδα, αλλά ταυτόχρονα προήγαγε την ψυχολογία και την ψυχική υγιεινή, ξεκινώντας από το 1948 μαθήματα για γονείς και παιδαγωγούς με σκοπό την ευαισθητοποίησή τους σε θέματα ψυχολογίας, ψυχικής υγιεινής και αγωγής των παιδιών και των εφήβων. Τον Μάιο του 1953 ο σύλλογος ίδρυσε Ιατροπαιδαγωγικό Σταθμό με σκοπό να προσφέρει βοήθεια σε παιδιά με ψυχικά προβλήματα και στους γονείς τους. Στον σταθμό εργάζονταν εθελοντικά ο ψυχίατρος-παιδοψυχίατρος Ανδρέας Καλούτσης, ο οποίος και είχε την επιστημονική ευθύνη, και οι ψυχολόγοι Φρόσω Καραπάνου και Θάλεια Βεργοπούλου. Πρόκειται για τον πρώτο ΙΠΣ στη χώρα ο οποίος λειτούργησε με διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από ψυχίατρο, ψυχολόγο, παιδαγωγό, ειδικό παιδαγωγό, εκπαιδευτικό σύμβουλο και κοινωνικό λειτουργό. Η ομάδα αυτή είχε ψυχοδυναμικό προσανατολισμό και τα περισσότερα μέλη της είχαν κάνει σπουδές στη Γαλλία. Ο ρόλος του Σταθμού ήταν κυρίως διαγνωστικός και συμβουλευτικός και πολύ λιγότερο θεραπευτικός, με την έννοια της ψυχοθεραπείας. Ο Σταθμός δεχόταν παραπομπές κυρίως από ιδιώτες, αλλά και από θεσμικούς φορείς, όπως τα Δικαστήρια Ανηλίκων, τα Κέντρα Παιδικής Προστασίας του Υπουργείου Προνοίας και εκπαιδευτικές υπηρεσίες[3] (Γεδεών 1967, Μιχαλοπούλου, 1967, Καλούτση 1993, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Ατζινά 2004).

Το 1954 ιδρύθηκαν δύο νέοι Ιατροπαιδαγωγικοί Σταθμοί. Ο ένας, του Ινστιτούτου Ιατρικής Ψυχολογίας και Ψυχικής Υγιεινής του «Ελληνικού Φωτός», από τον ψυχίατρο Α. Ασπιώτη, με διεπιστημονική ομάδα, όπου εργάστηκαν για πρώτη φορά ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί. Ο Σταθμός αυτός λειτουργούσε με πρότυπα γαλλικά και παρείχε ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική. Ο δεύτερος, της Πολυκλινικής Αθηνών, ήταν στην πραγματικότητα η μετεξέλιξη του Ιατροπαιδαγωγικού Σταθμού του Συλλόγου «Αθήναιον», ο οποίος για λόγους κυρίως οικονομικούς δεν μπορούσε να στηρίξει τη λειτουργία της υπηρεσίας. Το Ιατροπαιδαγωγικό Τμήμα της Πολυκλινικής είχε ρόλο διαγνωστικό και θεραπευτικό για παιδιά και εφήβους με νευρολογικές διαταραχές, διαταραχές λόγου, ψυχικές διαταραχές, νοητική καθυστέρηση και μαθησιακά προβλήματα. Η θεραπεία ήταν βασική παροχή και επισημαίνεται ιδιαίτερα η δυνατότητα για λογοθεραπεία, καθώς ήταν η πρώτη υπηρεσία στην Ελλάδα όπου γινόταν «θεραπεία λόγου» (Μιχαλοπούλου 1967, Καλούτση 1993, Λυκέτσος 1998, Ατζινά 2004).

Την ίδια χρονιά, το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα στο Γενικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών μετασχηματίστηκε στην πρώτη Παιδοψυχιατρική Κλινική με διευθυντή τον Ανδρέα Καλούτση. Επιμελητές ήταν ο παιδίατρος Ι. Ανδριακόπουλος και στην πορεία ο ψυχίατρος Α. Βαρελτζίδης, ενώ πρώτοι βοηθοί ήταν η Μ. Μανωλοπούλου, ο Α. Διαμαντόπουλος, ο Μ. Μαρκοβίτης και ο Σ. Κωτσόπουλος. Στην Κλινική, στην οποία είχε δημιουργηθεί πλήρης διεπιστημονική ομάδα, νοσηλεύονταν παιδιά και έφηβοι με πολύ σοβαρή ψυχοπαθολογία, ενώ σταδιακά οργανώθηκαν και οι υπόλοιπες υπηρεσίες της. Το 1955, στο πλαίσιο της κλινικής, ο ειδικός παιδαγωγός Κ. Καλαντζής ξεκίνησε την πειραματική λειτουργία ειδικού σχολείου για τους εκπαιδεύσιμους ασθενείς και η ψυχολόγος-ψυχαναλύτρια Θ. Βεργοπούλου ψυχολογικό εργαστήριο. Το 1964 θα ιδρυθεί και ο Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός στην οδό Ψαρρών στο κέντρο της Αθήνας, με ρόλο διαγνωστικό και θεραπευτικό. Αργότερα, στις αρχές της δεκαετίας του 1970 λειτούργησε σε καινούργιο κτίριο εντός του Ψυχιατρείου (το περίπτερο «Βασιλεύς Παύλος») παιδοψυχιατρική κλινική για παιδιά και έφηβους με ψυχώσεις, ήπιες καθυστερήσεις και διαταραχές συμπεριφοράς. Η διεπιστημονική ομάδα της κλινικής στελέχωσε τον Σταθμό, ο οποίος, όντας διασυνδεδεμένος με την κλινική, παράλληλα παρείχε θεραπεία σε παιδιά και εφήβους με βάση τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Με τη λειτουργία του Σταθμού η Κλινική αποτελούσε πλέον μια ολοκληρωμένη δομή για τη φροντίδα παιδιών και εφήβων με ψυχικά προβλήματα. Τέλος, από το 1962 στην Κλινική γινόταν και εκπαίδευση των ειδικευόμενων παιδοψυχιάτρων με κλινική, διαγνωστική και θεραπευτική εργασία, τακτική συζήτηση επί των περιστατικών, βιβλιογραφική ενημέρωση και συμμετοχή όλων των μελών

3. Βλ. Σχετικά στο: «ΑΘΗΝΑΙΟΝ πρώτη δεκαετία 1946–1956», Αθήνα 1957 και στις βιβλιογραφικές παραπομπές.

της διεπιστημονικής ομάδας. Αυτό, καθώς τη χρονιά εκείνη η Παιδοψυχιατρική αναγνωρίστηκε ως «συναφής ειδικότητα» με το υπ' αριθμ. 307/25-4-1962 Βασιλικό Διάταγμα, μετά από προσπάθειες του Α. Καλούτση για τη θεσμική κατοχύρωση της ειδικότητας (Ανδριακόπουλος 1987, Ζαχαρακοπούλου 1989, Καλούτση 1993, Λυκέτσος 1998, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Ατζινά 2004).

Το 1956 ιδρύθηκε από το Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα ως Τομέας Ψυχικής Υγιεινής αυτό που το 1964 θεσμοθετήθηκε ως ΝΠΙΔ και μετονομάστηκε σε Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών. Από τη στιγμή της ίδρυσής του λειτούργησε Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία στην Αθήνα, στην οδό Νοταρά 58, κάτι που μόνο τυχαίο δεν ήταν αφού «εμπνεύστρια και ψυχή» του Κέντρου ήταν η ψυχολόγος-ψυχαναλύτρια Άννα Ποταμιάνου με δεδομένο το ενδιαφέρον της για την παιδική και εφηβική ηλικία, αλλά επίσης μεταξύ των πρώτων μελών της επιστημονικής ομάδας ήταν ο Ανδρέας Καλούτσης. Η Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία λειτούργησε με πλήρη διεπιστημονική ομάδα και με τις αρχές της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Οι δραστηριότητες του Κέντρου αναπτύσσονται στο τετράπτυχο: διάγνωση, θεραπεία, έρευνα και κοινωνική δράση και γρήγορα ανέπτυξε τις δραστηριότητές του με ένα σημαντικό δίκτυο υπηρεσιών όχι μόνο στην Αθήνα αλλά και στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη και στην Πάτρα. Σταθερό ζητούμενο παρέμεινε ο πειραματικός και υποδειγματικός χαρακτήρας των υπηρεσιών που δημιουργούσε. Οι στόχοι του αφορούσαν στη διάδοση των αρχών της ψυχικής υγιεινής, στην εφαρμογή τους στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της ψυχικής πάθησης, στη δημιουργία υπηρεσιών-προτύπων για το Κράτος ή άλλους ιδιώτες «που πρόκειται να ιδρύσουν δομές στον χώρο της ψυχικής υγείας και οι οποίες θα παρέχουν εκπαίδευση στο προσωπικό μονάδων ψυχικής υγείας, τον συντονισμό δράσεων για τη διαχείριση προβλημάτων ψυχικής υγείας, στην προσφορά υπηρεσιών σε ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς όταν αυτό ζητηθεί και την προώθηση της έρευνας στον τομέα της ψυχικής υγιεινής».[4] Επρόκειτο για έναν πρωτοποριακό θεσμό που αποτέλεσε σχολείο μάθησης και εμπειρίας για πολλούς Παιδοψυχίατρους και επαγγελματίες ψυχικής υγείας. (Στασινός 2001, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Ατζινά 2004).

Την ίδια χρονιά και συγκεκριμένα τον Νοέμβριο του 1956, ιδρύθηκε ο πρώτος Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός στο πλαίσιο Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής και Νευρολογικής Κλινικής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Από το 1958, τη διεύθυνση του Σταθμού ανέλαβε ο τότε υφηγητής ψυχίατρος-παιδοψυχίατρος Χ. Ιεροδιακόνου, ο οποίος είχε μόλις επιστρέψει από τη μετεκπαίδευσή του στην Αγγλία, και με αυτόν τον τρόπο δημιουργήθηκε μια μικρή διεπιστημονική ομάδα με ψυχολόγο και κοινωνική λειτουργό. Η υπηρεσία παρείχε διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο σε παιδιά και εφήβους, ενώ αργότερα οργάνωσε και ιατρείο φοιτητών. Πρόκειται για μια πρωτοποριακή εμπειρία, δεδομένου ότι ήταν η πρώτη παιδοψυχιατρική υπηρεσία που λειτούργησε σε Γενικό Νοσοκομείο και σε ακαδημαϊκό πλαίσιο. Αποτέλεσε κατά κάποιον τρόπο μέρος της «προ-ιστορίας» της πρώτης στη χώρα μας Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής σε Γενικό Νοσοκομείο, η οποία δημιουργήθηκε πολύ αργότερα, το 1978, στην Αλεξανδρούπολη, πάλι από τον καθηγητή Χ. Ιεροδιακόνου. Η κλινική εκείνη παρείχε και υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους, τόσο ενδονοσοκομειακά με νοσηλείες κυρίως εφήβων και με τον Ιατροπαιδαγωγικό Σταθμό που είχε αναπτύξει, όσο και μέσα από την Κινητή Μονάδα Ν. Έβρου (Μιχαλοπούλου 1967, Δεστούνης 1975, Ιεροδιακόνου και συν 1982 και 1983, Ιεροδιακόνου & Ιακωβίδης 1997, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Zilikis et al 2004).

Στα τέλη της δεκαετίας του '50 εξαγγέλθηκε η ίδρυση του πρώτου Δημόσιου Παιδιατρικού Νευροψυχιατρικού Νοσοκομείου στην Ελλάδα στη θέση «Ντάου» Πεντέλης. Τον Φεβρουάριο του 1960 ξεκίνησε η λειτουργία του Ιατροπαιδαγωγικού Σταθμού του Νοσοκομείου στην οδό Σολομού στο κέντρο της Αθήνας. Σε αυτή την πρώτη φάση, ο Σταθμός χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να γίνει η επιλογή των ασθενών βάσει κριτηρίων που θα απέτρεπαν την ασυλική λειτουργία του νέου Νοσοκομείου. Στην πορεία λειτούργησε ως η κοινοτική δομή της υπηρεσίας με διεπιστημονική ομάδα, παρέχοντας

4. «Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Πεπραγμένα 1956–1976», Αθήνα 1976. «Επετειακή Έκδοση για τα 50 χρόνια του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών», Αθήνα 2006.

διάγνωση και θεραπεία σε παιδιά και εφήβους που δεν έχρηζαν νοσηλείας. Στις 9 Φεβρουαρίου 1961 άνοιξε τις πόρτες του το Δημόσιο Παιδιατρικό Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο και δέχτηκε τους πρώτους ασθενείς. Ταυτόχρονα, ανατέθηκε στο Νοσοκομείο η ειδίκευση παιδοψυχιάτρων. Αρχικά τη διεύθυνση του Νοσοκομείου ανέλαβε ο Α. Καλούτσης για σύντομο χρονικό διάστημα, στη συνέχεια ο Π. Σακελλαρόπουλος, επίσης για περιορισμένο χρόνο και τελικά ο Γ. Δεστούνης. Οι λόγοι της σύντομης παραμονής των δύο πρώτων σχετίζονται με τις πολιτικές παρεμβάσεις στην άσκηση του επιστημονικού τους έργου. Οι ίδιες πολιτικές παρεμβάσεις οδήγησαν και στη διαμόρφωση τελικά ενός καθαρά ασυλικού χαρακτήρα του νοσοκομείου, παρά τις αντίθετες εξαγγελίες κατά την ίδρυσή του, αντικατοπτρίζοντας τη συνολικότερη στάση της Πολιτείας απέναντι στα θέματα ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων. Η σταθερή αδιαφορία για τα θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης των ψυχικών προβλημάτων στην κοινότητα, δηλαδή στον χώρο που κινείται το παιδί και η οικογένειά του, και η επιλογή της απομόνωσης και του αποκλεισμού για τα ψυχικά διαταραγμένα παιδιά διαφαίνονται και στην ίδρυση το 1961 του ΠΙΚΠΑ της Λέρου (Μιχαλοπούλου 1967, Δεστούνης 1975, Ανδριακόπουλος 1987, Καλούτση 1993, Στεφανάτος 1995, Τσιάντης 1995).

Πέρα από τη δημιουργία υπηρεσιών στον χώρο της Παιδοψυχιατρικής, την ίδια δεκαετία ('50) ιδρύθηκε και η πρώτη επιστημονική εταιρεία για τους ειδικούς που ασχολούνταν με τα ψυχικά προβλήματα των παιδιών και των εφήβων. Συγκεκριμένα, τον Απρίλιο του 1957 δημιουργήθηκε η «Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού» από τον παιδοψυχίατρο Α. Καλούτση και άλλους σημαντικούς ειδικούς του χώρου της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου. Ήταν μια προσπάθεια να συσπειρωθούν στο πλαίσιο ενός επιστημονικού σωματείου τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας προκειμένου να μπορούν να ανταλλάσσουν απόψεις, να συζητούν, να διαμορφώνουν και να προωθούν μέσα από κοινές δράσεις τις εξελίξεις σχετικά με τα θέματα της ψυχικής υγιεινής του παιδιού και του εφήβου. Σκοπός της Εταιρείας ήταν η μελέτη, έρευνα και προαγωγή της ψυχικής υγείας του παιδιού, της παιδικής νευροψυχιατρικής, ψυχολογίας και ειδικής παιδαγωγικής, καθώς και οι πρακτικές εφαρμογές των παραπάνω προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Στα χρόνια που ακολούθησαν, οι δράσεις της Εταιρείας αναπτύχθηκαν πάνω σε παράλληλους άξονες με στόχο τη σφαιρική κάλυψη των θεμάτων ψυχικής υγιεινής των παιδιών και των εφήβων, με πραγματικά ολοκληρωμένη προσέγγιση. Στόχευσαν στην τροποποίηση της κοινής γνώμης ως προς την ψυχική πάθηση και τους τρόπους αντιμετώπισής της, προκειμένου να υποδεχτεί τη δημιουργία ενός πυκνού δικτύου υπηρεσιών οργανωμένων στην κοινότητα με τις αρχές της κοινωνικής ψυχιατρικής. Ασχολήθηκαν με τη δημιουργία του απαιτούμενου νομικού πλαισίου για την κατοχύρωση επαγγελμάτων, όπως του ψυχολόγου και του λογοπαιδικού, αλλά και για την έλευση της καινούργιας ειδικότητας της Παιδοψυχιατρικής. Επένδυσαν στην επιστημονικότητα παρέχοντας άρτια εκπαίδευση στους νεοεισερχόμενους του χώρου, ενώ ταυτόχρονα προσπάθησαν να αποδώσουν στα ελληνικά την ορολογία και την ταξινόμηση. Το 1963 η Εταιρεία έκανε αίτηση και έγινε δεκτή ως μέλος της International Association of Child Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) και από τότε συμμετείχε ενεργά στις δραστηριότητές της. Η Εταιρεία συνεχίζει το έργο της μέχρι σήμερα (Μιχαλοπούλου 1967, Ζαχαρακοπούλου 1989, Καλούτση 1993, Στασινός 2001, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002).

Στις παρυφές της Παιδοψυχιατρικής θα εμφανιστούν κατά τη δεκαετία του '60 δύο ιδρύματα τα οποία ουσιαστικά είναι στο χώρο της Ειδικής Αγωγής, αλλά, είτε με αυτό καθαυτό το αντικείμενό τους είτε και με δομές που αναπτύσσουν «αγγίζουν» την ειδικότητά μας. Στην Αθήνα, με Ιδρυτική πράξη το 1954 και εγκαίνια το 1963, έχουμε το Κοινωφελές Ίδρυμα Προστασίας Απροσάρμοστων Παίδων «Η Θεοτόκος» το οποίο περιελάμβανε Ιατροπαιδαγωγικό Σταθμό, Ειδικό Σχολείο με Τμήμα Αγωγής Λόγου, Οικοτροφείο και Τομέα Εργασιοθεραπείας. Η εργασία με τις οικογένειες και στην κοινότητα συμπλήρωναν τη φροντίδα των παιδιών, ενώ σημαντικό έργο αναπτύχθηκε και στον εκπαιδευτικό τομέα[5] (Μιχαλοπούλου 1967, Στασινός 2001). Στη Θεσσαλονίκη, με πρωτοβουλία της ψυχολόγου Ε. Νανάκου, ιδρύθηκε ως ΝΠΙΔ το Ψυχολογικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος με το ΒΔ 493/1964, το οποίο το 2006 μετατράπηκε σε ΝΟΔΔ και μετονομάστηκε σε Ινστιτούτο Αναπτυξιακής

5. Βλ. «1963–2003. 40 χρόνια δημιουργικής προσφοράς». Ίδρυμα Θεοτόκος, 2003 και www.theotokos.gr/ιστορικό.

Αποκατάστασης. Και αυτό το ίδρυμα, εκτός από την παροχή στέγης και ειδικής εκπαίδευσης σε παιδιά και εφήβους με νοητική υστέρηση και διαταραχές συμπεριφοράς, έχει ένα μέρος λειτουργίας παιδοψυχιατρικής, καθώς και εκπαίδευσης επαγγελματιών ειδικής αγωγής, ενώ γίνονταν και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αναλόγως των ενδείξεων (Δεστούνης 1975, Στασινός 2001, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002).

Το 1965 δημιουργήθηκε από τον παιδίατρο Σπύρο Δοξιάδη το «Ίδρυμα Υγείας του Παιδιού». Μεταξύ των στόχων του Ιδρύματος αναφέρονταν η μελέτη των προβλημάτων της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, η επίλυση και η πρόληψή τους, συμπεριλαμβανομένων και θεμάτων ψυχικής υγείας. Στον Ιατροπαιδαγωγικό Σταθμό παρείχε διάγνωση και θεραπεία, με ιδιαίτερη βαρύτητα στις οργανικής αιτιολογίας ψυχικές διαταραχές και στη νοητική υστέρηση. Ακόμα το Ίδρυμα είχε και έχει σημαντική ερευνητική δραστηριότητα στον τομέα της Ψυχικής Υγείας Παιδιού-Εφήβου και είναι γνωστή η έρευνα που ξεκίνησε το 1977 –και συνεχίζεται μέχρι σήμερα– σχετικά με την κακοποίηση/παραμέληση (Μιχαλοπούλου 1967, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002).

Με την τελευταία αυτή αναφορά κλείνει ένας πρώτος μεγάλος κύκλος της Ιστορίας της Ελληνικής Παιδοψυχιατρικής ο οποίος χρονικά καλύπτει όλη τη δεκαετία του ’50 και το πρώτο ήμισυ της δεκαετίας του ’60. Στον κύκλο αυτόν κύρια ορόσημα είναι: (α) Το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Ψυχιατρείου Αθηνών (Δαφνί) με την ανάληψη της διεύθυνσης από τον Α. Καλούτση και τις πρώτες προσπάθειες εκπαίδευσης παιδοψυχιάτρων στην Ελλάδα (β) Η εμφάνιση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής με τη δράση στην κοινότητα και την προσπάθεια εξοικείωσης του ευρύτερου κοινού, αλλά και του επιστημονικού κόσμου –ιατρικού και μη– με τα ψυχικά προβλήματα των παιδιών και των εφήβων και την αντιμετώπισή τους και (γ) το Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο «Νταού Πεντέλης» με τον ασυλικό τελικά χαρακτήρα και τη διαχείριση παιδιών και εφήβων με βαριές ψυχοπαθολογίες, με προέλευση από όλη τη χώρα… Στο νομοθετικό επίπεδο, η αναγνώριση της Παιδοψυχιατρικής ως συναφούς ειδικότητας υπήρξε το πρώτο βήμα για την κατοχύρωσή της και θεσμικά. Τέλος η δημιουργία της Εταιρείας Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού από τον Ανδρέα Καλούτση ήρθε να δώσει τέλος στο κενό στον τομέα των επιστημονικών εταιρειών.

Θα ακολουθήσει μία δεκαετία που χαρακτηρίζεται από το σταμάτημα της δημιουργικότητας και της ανάπτυξης στον τομέα μας κι αυτό δεν οφείλεται παρά στις πολιτικές εξελίξεις της εποχής που κορυφώθηκαν με την επταετή δικτατορία. Αν και δεν καταργήθηκαν υπηρεσίες –εξάλλου, ήταν ακόμα πολύ λίγες– δεν υπήρξε καμιά ανάπτυξη, κάτι που μπορεί να εξηγηθεί από τις πολιτικές «προτεραιότητες» της δικτατορίας, αλλά και από το ότι πολλοί επιφανείς επιστήμονες του χώρου είτε ήταν υπό διωγμό ή παραγκωνισμένοι είτε είχαν φύγει στο εξωτερικό. Καταγράφουμε, ωστόσο, την ίδρυση το 1968 της «Ελληνικής Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας» από τον τότε διευθυντή του Δημόσιου Παιδιατρικού Νευροψυχιατρικού Νοσοκομείου Γ. Δεστούνη, ένα σωματείο «με επιστημονικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα» σύμφωνα με το καταστατικό του.[6] Ήταν η πρώτη επιστημονική εταιρεία στην Ελλάδα με αποκλειστικό αντικείμενο την ειδικότητα της Παιδοψυχιατρικής και ακολούθησε χρονολογικά τη νομοθετική ρύθμιση που όριζε την Παιδοψυχιατρική ως συναφή ειδικότητα της Νευρολογίας-Ψυχιατρικής. Τακτικά μέλη της Εταιρείας μπορούσαν να γίνουν μόνο γιατροί με ειδικό ενδιαφέρον για την Παιδοψυχιατρική, χωρίς να ορίζεται με σαφήνεια η ειδικότητά τους, ενώ ειδικοί που ασχολούνταν με θέματα της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων μπορούσαν να συμμετέχουν μόνο ως έκτακτα μέλη με δικαίωμα ψήφου, όχι όμως και εκλογής. Ωστόσο δεν βρέθηκαν αναφορές σχετικά με τη δράση της Εταιρείας και δεν μπορούμε να γνωρίζουμε ποιες από τις εξαγγελίες του καταστατικού πραγματοποιήθηκαν. Προφανώς, οι λόγοι για τους οποίους η ύπαρξη αυτής της Εταιρείας ξεχάστηκε ή αποσιωπήθηκε σχετίζονταν με την προσωπικότητα του ιδρυτή της Γ. Δεστούνη, ο οποίος δεν έχαιρε του σεβασμού των συναδέλφων του, τόσο ως κλινικός, όσο και εξαιτίας της συμπεριφοράς του. Για τους ίδιους ίσως λόγους και το βιβλίο του με θέμα την Παιδοψυχιατρική στην Ελλάδα που εκδόθηκε το 1975 και ήταν το πρώτο του είδους στη χώρα μας, δεν είχε ιδιαίτερη απήχηση στην επιστημονική κοινότητα της χώρας (Δεστούνης 1969 και 1975, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002). Είναι σίγουρα μια σκοτεινή περίοδος που χρήζει ξεχωριστή μελέτη και α-

6. Καταστατικόν της Ελληνικής Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας, 1968.

νάλυση, ωστόσο κρίνουμε ότι αυτό ξεφεύγει από το πλαίσιο της παρούσας εργασίας.

Με τη μεταπολίτευση υπήρξε μια «επανεκκίνηση» με την έννοια κυρίως της αποκατάστασης και επανοργάνωσης, αλλά και των πρώτων κινήσεων που θα οδηγούσαν στις ριζικές αλλαγές των αρχών της δεκαετίας του '80 και στην Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση.

Το 1977 ιδρύθηκε η «Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας» από τους Α. Αλεξανδρή, Α. Γιαννακούλα, Μ. Γιωσαφάτ, Π. Σακελλαρόπουλο και Ι. Τσιάντη, με σκοπό την παροχή εκπαίδευσης στην ψυχανάλυση και στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Είναι αξιοσημείωτο ότι και τα πέντε ιδρυτικά μέλη είναι ψυχίατροι-παιδοψυχίατροι. Στην πορεία, θα υπάρξει μια κίνηση διαφοροποίησης με την ίδρυση της Εταιρείας Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Παιδιού και Εφήβου το 1991 (Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Ατζινά 2004).

Την ίδια χρονιά (1977) ιδρύθηκε από τον Ι. Τσιάντη το Τμήμα «Ψυχολογικής Παιδιατρικής» στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», το οποίο άρχισε να λειτουργεί την άνοιξη του 1978 και ήταν η απαρχή της πρώτης Παιδοψυχιατρικής Κλινικής σε Παιδιατρικό Νοσοκομείο. Στην πρώτη φάση του, το Τμήμα λειτουργούσε με πλήρη διεπιστημονική ομάδα, στελεχωμένη από παιδοψυχίατρο, βοηθό ψυχίατρο, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και λογοπαιδικό. Παρείχε διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες σε εξωτερικούς ασθενείς από την κοινότητα και μέσω της Διασυνδετικής-Συμβουλευτικής σε ασθενείς κλινικών και τμημάτων του Νοσοκομείου. Με την έναρξη εφαρμογής του κανονισμού 815/84 της τότε ΕΟΚ, αλλά και στη συνέχεια, το Τμήμα θα σημειώσει πολύ σημαντική ανάπτυξη με δημιουργία δομών στην κοινότητα, λειτουργία του Τμήματος Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (ΤΕΝ) από το 1987, ενώ το 1999 θα μετεξελιχθεί στην πρώτη –και μοναδική μέχρι σήμερα– Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική στη χώρα μας (Τσιάντης και συν 1982, Αναγνωστόπουλος 1990, Τσιάντης 2000, Μπελιβανάκη και συν 2005).

Θα θυμίσουμε ότι το 1978 λειτούργησε στην Αλεξανδρούπολη η πρώτη Ψυχιατρική Κλινική σε Γενικό Νοσοκομείο, για την ακρίβεια, ο πρώτος Ψυχιατρικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου στη χώρα μας υπό τη διεύθυνση του ψυχιάτρου-παιδοψυχιάτρου καθηγητή Χ. Ιεροδιακόνου, ο οποίος περιελάμβανε και υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους, στο πλαίσιο μιας μεγάλης υπηρεσίας κοινοτικής Ψυχιατρικής στον Νομό Έβρου. Όλες αυτές οι νεοτεριστικές υλοποιήσεις στον χώρο της ψυχικής υγείας προανήγγειλαν τις ριζικές εξελίξεις που θα ξεκινούσαν στις αρχές της δεκαετίας του 1980 στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στη χώρα.

Σημαντικός σταθμός για τη Θεσσαλονίκη και τη Β. Ελλάδα ήταν η δημιουργία, τον Ιανουάριο 1979, από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας με διευθυντή τον Μ. Μαρκοβίτη. Η Υπηρεσία αυτή αναπτύχθηκε γρήγορα σε πολυδύναμη διεπιστημονική μονάδα, ήταν η πρώτη στη Β. Ελλάδα που λειτούργησε σε κοινοτική-τομεακή βάση και η πρώτη που άρχισε να χορηγεί ειδίκευση στην Παιδοψυχιατρική. Ακολούθησε το βασικό τετράπτυχο λειτουργίας των υπηρεσιών του Κέντρου και είχε πρωτοποριακό χαρακτήρα (Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Ατζινά 2004).

Χρονιά ουσιαστικής σημασίας ήταν το 1981 όταν πραγματοποιήθηκε η αλλαγή του θεσμικού πλαισίου σχετικά με τις ιατρικές ειδικότητες με το Ν. 1193/81 και αναγνωρίστηκε η Παιδοψυχιατρική ως κύρια ιατρική ειδικότητα. Ταυτόχρονα έγινε ο διαχωρισμός τής Νευρολογίας και της Ψυχιατρικής και η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Πρόκειται για σημαντικότατη εξέλιξη η οποία έδωσε θεσμική υπόσταση στην ειδικότητα, τη δυνατότητα διεκδίκησης της θέσης της μέσα στο νεοϊδρυθέν ΕΣΥ και συνεπώς τη δυνατότητα ανάπτυξης εξειδικευμένων παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, τόσο ανεξάρτητων όσο και στο πλαίσιο λειτουργίας των νεοϊδρυθέντων Γενικών Νοσοκομείων.

Την ίδια χρονιά (1981) ιδρύθηκε η «Εταιρία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας» από τον Π. Σακελλαρόπουλο, με σημαντική κρατική επιδότηση. Μεταξύ άλλων, οργανώθηκαν και προγράμματα για τη δημιουργία κινητών μονάδων αρχικά στη Φωκίδα και μετέπειτα στην Αλεξανδρούπολη (μετά το 1985) με πρωταρχικό μέλημα την πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση της ψυχικής πάθησης σε παιδιά και εφήβους παράλληλα με την εργασία με ενήλικους ασθενείς. Στη Αλεξανδρούπολη έγινε από τον Π. Σακελλαρόπουλο και προσπάθεια ίδρυσης Παιδοψυχιατρικής Κλινικής στην Ιατρική Σχολή Θράκης, όμως, παρά την τυπική σύστασή της, δεν έχει ακόμα ουσιαστικά λειτουργήσει.

Στις αρχές του 1982 άρχισε να λειτουργεί η Παιδοψυχιατρική Υπηρεσία του Κέντρου Ψυχικής

Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, του πρώτου Αστικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας που ιδρύθηκε το 1979 με την υποστήριξη της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινητείου. Υπήρχε διεπιστημονική ομάδα, με την παιδοψυχίατρο Ρ. Παπαθεοφίλου να συμμετέχει αρχικά εθελοντικά. Η Υπηρεσία παρείχε (και παρέχει) διάγνωση και θεραπεία στην τομεοποιημένη περιοχή των Δήμων Βύρωνα και Καισαριανής, πραγματοποιεί παρεμβάσεις στην κοινότητα που αφορούν στην πρόληψη μέσα στην οικογένεια και το σχολείο, υλοποιεί ερευνητικά προγράμματα και, τέλος, παρέχει εκπαίδευση σε ειδικευόμενους παιδοψυχιάτρους (Μαδιανός 1983, Παπαθεοφίλου και συν 1986, Μαδιανός 1994, Καζολέα-Ταβουλάρη 2002, Μπιλανάκης 2006).

Μέσα στο γενικότερο κλίμα των αλλαγών αυτής της περιόδου, ωρίμασαν και οι συνθήκες για τη δημιουργία μιας Επιστημονικής Εταιρείας η οποία θα εκπροσωπούσε τους Έλληνες Παιδοψυχιάτρους και την Ελληνική Παιδοψυχιατρική με βάση πλέον τα σύγχρονα δεδομένα. Η «Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος» ιδρύθηκε το 1983 στην Αθήνα με σκοπό «την προαγωγή της Παιδοψυχιατρικής και τη συμβολή της στη βελτίωση του επιπέδου της Ψυχικής Υγείας του παιδιού, του εφήβου και της οικογένειας».[7] Παράλληλα, η Εταιρεία ασχολήθηκε με την εδραίωση της νέας ειδικότητας τόσο στο εξωτερικό όσο και στο εσωτερικό. Μέρος αυτής της προσπάθειας ήταν η ένταξη της Εταιρείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση Παιδοψυχιάτρων, που είχε δημιουργηθεί το 1960, καθώς και η συνεργασία της με άλλες συναφείς εταιρείες του εξωτερικού. Ακόμα, ως μέλος μεταξύ των λοιπών Ιατρικών Εταιρειών στην Ελλάδα, ενίσχυσε τη θέση της Ειδικότητας ως ξεχωριστού ιατρικού πεδίου. Η ίδρυση της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας υπήρξε πραγματικός σταθμός για την ειδικότητα στη χώρα μας, καθώς σε αντίθεση με ό,τι συνέβαινε στο εξωτερικό, εδώ οι εξελίξεις είχαν ήδη προχωρήσει χωρίς την ύπαρξη ενός οργανωμένου σώματος παιδοψυχιάτρων.

Εξαρχής, προτεραιότητες της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας ήταν η εκπαίδευση των ειδικευόμενων και η ανάπτυξη των υπηρεσιών, θέματα που εξάλλου συνδέονται ουσιαστικά μεταξύ τους. Η προσπάθεια ήταν και είναι συνεχής και επίμονη, παρά την υποβαθμισμένη εκπροσώπηση της Παιδοψυχιατρικής στα αρμόδια θεσμικά όργανα σε σχέση με την κυρίαρχη Ψυχιατρική. Έτσι, η Παιδοψυχιατρική Εταιρεία συμμετείχε με επεξεργασμένες και ολοκληρωμένες προτάσεις σε όλες τις φάσεις της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, από τον Κανονισμό 815 της τότε ΕΟΚ (1984) και στη συνέχεια με τις φάσεις του ΕΠ «Ψυχαργώς». Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, έχει σε μόνιμη βάση εκπροσώπους στην Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (UEMS). Σε επιστημονικό επίπεδο, η εταιρεία διοργανώνει κάθε δεύτερη χρονιά το Πανελλήνιο Συνέδριο Παιδοψυχιατρικής, ενώ ενδιάμεσα και για αρκετά χρόνια διοργάνωνε την Πανελλήνια Συνάντηση «η Παιδοψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο». Και, βέβαια, συμμετέχει τακτικά τόσο στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου της ESCAP[8] όσο και στο Παγκόσμιο Συνέδριο της IACAPAP,[9] έχοντας και θεσμική εκπροσώπηση στις δύο αυτές Εταιρείες. Για ακόμα καλύτερη εναρμόνιση με τα διεθνώς ισχύοντα, το 2005 έγινε μια σημαντική αναθεώρηση του καταστατικού τής εταιρείας η οποία, μεταξύ άλλων, περιελάμβανε και την αλλαγή του ονόματός της σε Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος – Ένωση Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων.[10] Όμως, η επιθυμία μας να αναφερθούμε κάπως περισσότερο στην Παιδοψυχιατρική Εταιρεία μάς έφερε ήδη στο σήμερα, άρα πέρα από τη χρονική προοπτική του παρόντος άρθρου.

ΑΠΟ ΤΙΣ ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΣΤΙΣ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Στην εργασία αυτή, με μορφή αφήγησης σε χρονολογική σειρά, αναφερθήκαμε στους κυριότερους σταθμούς και εξελίξεις της Ιστορίας της Παιδοψυχιατρικής ή, πλέον, Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου στη χώρα μας. Μια Ιστορία την οποία θεωρούμε ότι οριοθετεί ως προς την «προ-ιστορία» η ίδρυση του Παιδοψυχιατρικού Τμήματος στο Δημόσιο Ψυχιατρείο της Αθήνας το 1949. Η «αφή-

7. Καταστατικό της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος. Αθήνα, 1983.
8. European Society of Child and Adolescent Psychiatry.
9. International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
10. Καταστατικό Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος – Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων, 2005, Αθήνα.

γηση» αυτή επιλέξαμε να φτάνει μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, για μια σειρά λόγων, με πρώτο και αυτονόητο εκείνον της οικονομίας του κειμένου. Δεύτερον, γιατί από τη δεκαετία του '80 και μετά μιλάμε μάλλον για τη σύγχρονη περίοδο της Ιστορίας της Παιδοψυχιατρικής που συμπίπτει και με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση[11] και που υπόκειται σε άλλου είδους προσέγγιση. Και τρίτον, γιατί πολλά από όσα συνέβησαν κατά την τριακονταετία στην οποία αναφερόμαστε δεν είναι γνωστά σε όλους, σίγουρα όχι στους νεότερους συναδέλφους. Και στο σημείο αυτό θα θέλαμε να τονίσουμε την ανάγκη στην εκπαίδευση των μελλοντικών παιδοψυχιάτρων να συμπεριλαμβάνεται και η Ιστορία της ειδικότητας.

Όπως είδαμε, κατά τις δεκαετίες '50, '60 και '70, οι πρωτοπόροι στον χώρο της Ψυχιατρικής Παιδιού-Εφήβου ίδρυσαν τις πρώτες υπηρεσίες με το στενό δημόσιο τομέα να υστερεί σημαντικά και ουσιαστικά του ιδιωτικού. Η συμμετοχή, εκτός των παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων και άλλων επαγγελματιών που στελέχωναν τις διεπιστημονικές ομάδες υπήρξε πολύτιμη και καθοριστική. Από την άλλη, η μη επαρκής συμμετοχή του Δημοσίου σήμαινε απουσία συνολικού σχεδιασμού και μέριμνας για την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική φροντίδα των παιδιών και εφήβων. Αλλά και η παρουσία των πρώτων παιδοψυχιάτρων στη χώρα μας προϊόν «ιδιωτικής» (δηλαδή, προσωπικής) πρωτοβουλίας δεν ήταν;[12] Έτσι, στις αρχές της δεκαετίας του '80 η Ελλάδα, σε ό,τι αφορά στον χώρο της ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας παιδιών και εφήβων, παρουσιάζει μια εικόνα ανομοιογενή και με τεράστιες ελλείψεις. Ενώ υπάρχουν κάποιες έως και πρωτοποριακές υλοποιήσεις, στο σύνολο δεν υπάρχει σχέδιο και το κράτος κινείται σε μια παρωχημένη νοσοκομειοκεντρική λογική. Επιπλέον, εκτός των δύο μεγάλων πολεοδομικών συγκροτημάτων (Αθήνα-Πειραιάς και Θεσσαλονίκη) η Παιδοψυχιατρική παραμένει ελλιπέστατα αναπτυγμένη, αν όχι απούσα.

Η υπό μορφήν σκανδάλου διεθνής γνωστοποίηση της σκοτεινής ασυλικής πλευράς της Ελληνικής Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής λειτούργησε καταλυτικά για το ξεκίνημα των διαδικασιών της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Από το ξεκίνημα της τελευταίας μέχρι σήμερα έχουν περάσει τρεις δεκαετίες. Στην πορεία αυτών των 30 χρόνων, μέσα από τις διάφορες φάσεις της Μεταρρύθμισης με καθοριστική συμβολή της τότε ΕΟΚ και νυν Ευρωπαϊκής Ένωσης, έγιναν σημαντικές αλλαγές και υλοποιήσεις, αλλά η Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου δεν έτυχε της προσοχής που θα έπρεπε, με αποτέλεσμα να υπάρχουν και με τη λήξη του «ΨΥΧΑΡΓΩΣ Β΄ Φάση» σημαντικές ελλείψεις και υστερήσεις τόσο σε επίπεδο υπηρεσιών όσο και στην εκπαίδευση των μελλόντων παιδοψυχιάτρων.

Και ενώ με τη λογική των Εθνικών προγραμμάτων «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» θα έπρεπε η Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου στη χώρα μας να πάρει μια μεγάλη ώθηση, με την οικονομική και όχι μόνο κρίση την οποία διέρχεται η χώρα ο τομέας αυτός φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτος και πολλά από τα όσα πραγματοποιήθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες να απειλούνται, αν δεν έχουν ήδη παύσει να λειτουργούν. Κι όμως, θα έπρεπε να συμβαίνει το αντίθετο: ο τομέας της Ψυχικής Υγείας, ιδιαίτερα των παιδιών και εφήβων, θα έπρεπε, περισσότερο από κάθε άλλον, να τεθεί σε καθεστώς –καλώς εννοούμενης– ασυλίας, δηλαδή προστασίας απέναντι στις επιταγές για λιτότητα. Φοβόμαστε όμως ότι την περίοδο αυτή η Ιστορία της Παιδοψυχιατρικής βλέπει να γράφονται σελίδες που δεν θα είναι από τις καλύτερές της...

11. Μια άλλη οπτική ίσως έφτανε την προϊστορία μέχρι τις αρχές του '80 και να όριζε την αρχή της πραγματικής ιστορίας αφότου υπήρξε αναγνώριση της ειδικότητας (1981) και ίδρυση της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας (1983). Όμως, τότε θα αφήναμε απ' έξω πολλούς από τους πρωτοπόρους πρωταγωνιστές, αλλά και πολύ καθοριστικές στιγμές αυτής της ιστορίας.

12. Το Ελληνικό Κράτος δεν είπε ποτέ «Χρειάζομαι Παιδοψυχιάτρους και θα κάνω αυτό κι εκείνο για αποκτήσω...». Κάποιοι ψυχίατροι –όπως εξάλλου και ψυχολόγοι και άλλοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας– από προσωπικό ενδιαφέρον στράφηκαν προς το πεδίο αυτό (Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου), από πρωτοβουλίες στήθηκαν οι πρώτες υπηρεσίες και η πολιτεία ακολούθησε ασθμαίνουσα τις εξελίξεις που ήδη είχαν προηγηθεί.

THE HISTORY OF CHILD PSYCHIATRY IN GREECE:
BRIEF REPORT ON THE LANDMARKS AND MAIN DEVELOPMENTS UNTIL THE '80s

M. Papadimitriou,[1] V. Zilikis,[2]
D. Christodoulou[3]

[1]*Child Psychiatry, PhD Candidate Medical School, Aristotle University of Thessaloniki,*
[2]*Professor of Child and Adolescent, Psychiatry,*
[3]*Associate Professor, History of Medicine, Thessaloniki, Greece*

Child and Adolescent Psychiatry 2013, 1:6–18

In Greece, like in most countries, developments in the field of Child and Adolescent Psychiatry followed those in General (adult) Psychiatry. It is of particular interest, while studying its History, to make the distinction between pre-history and History proper; among others, this helps in better understanding the multiple sources which contributed to the birth of this new medical specialty. The landmark separating these two periods varies among different authors, with most considering as such the publication of Manheimer's *Les troubles mentaux de l' enfant: Précis de Psychiatrie Infantile in 1899*. In Greece, according to the authors of the present article, this landmark is represented by the creation of the Child Psychiatric Department at the Public Neuro-psychiatric Hospital of Athens in 1949. This was followed by the creation more by the private than the public sector of a number of new services, however, with no general planning and coordination. The prevailing political and socio-cultural ideas and conditions determined the course of things: thus, between the early phase ('50s and first half of '60s) and the recent and actual period (psychiatric reform), the seven years of the dictatorship represent a "blank" moment in this history. While Child Psychiatry acquired the status of subspecialty related to Neuro-Psychiatry in 1962, it took twenty more years before it was recognised as independent, main medical specialty (1981). The early '80s represent a crucial period, a turning point for Greek Psychiatry as a whole; the separation between Neurology and Psychiatry, the individuation of Child Psychiatry and the creation of the Society of Child Psychiatry of Greece (1983), and on a national level, the beginning of the Greek Psychiatric Reform, constitute the motor events. In spite of the significant changes and steps forward realised mainly through the Psychiatric Reform, there are still important delays and shortages in the development of adequate networks of services, especially now due to the economic crisis.

Key words: Child and adolescent psychiatry, Greece, history.

Βιβλιογραφία

de Ajuriaguerra J. *Manuel de Psychiatrie de l' enfant*. 2ème édition. Paris, Masson, 1980

Αναγνωστόπουλος Δ. Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας του Παιδοψυχιατρικού Τομέα του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία». Στο Τσιάντης Ι, Μπιθάρη Φ (Συντ.) *Ψυχιατρικός Τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο για παιδιά*. Λειτουργίες-Προοπτικές, Αθήνα, 1990:200–205

Ανδριακόπουλος ΙΘ. *Να πως γράφεται η ιστορία στην Ελλάδα. Μνήμες*. Συνδυασμός αυτοβιογραφίας, ιστορίας της παιδοψυχιατρικής και του χρονικού ενός νοσοκομείου, Αθήνα, 1987

Αμπατζόγλου Γ, Πλουμπίδης Δ. Ψυχιατρική της Εφηβείας. Ιστορική αναδρομή. *Σύναψις* 2010, 6:6–14

Ατζινά Λ. Η μακρά εισαγωγή της ψυχανάλυσης στην Ελλάδα. Ψυχαναλυτές, ιατρικοί θεσμοί και κοινωνικές προσλήψεις (1910–1990), Αθήνα, Εξάντας/Τρίαψις Λόγος Β΄, 2004

Benoit G, Klein JL. *Histoire contemporaine de la psychiatrie de l' enfant*. Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je? Paris, 2000

Cameron K. Past and present trends in child psychiatry. *J Ment Sci* 1956, 102:599–603

Γεδεών Σ. Μορφωτικός Σύλλογος «Αθήναιον». Στο: *Μεγάλη Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια*. τ. 4, Ελληνικά Γράμματα-Herder, 1967:12–13

Crutcher R. Child Psychiatry. A history of its development. *Psychiatry* 1943, 6:191–201

Δεστούνης Γ. Η Πρόνοια και η Ιατρική Περίθαλψις του απροσάρμοστου Παιδίου εις την Ελλάδα. *Πρακτ Ελλην Παιδοψυχιατρ Εταιρ* 1969, 1:3–14

Δεστούνης Γ. *Παιδοψυχιατρική*. Αθήναι, 1975

Ζαχαρακοπούλου Ε. Λίγα λόγια για τον Ανδρέα Καλούτση. *Τετρ Ψυχιατρ* 1989, 26:3–7

Ιεροδιακόνου Χ, Ιακωβίδης Α, Μπίκος Κ. Δύο έτη εφαρμογής ενός νέου θεσμού στην Ελλάδα: Ψυχιατρικής κλινικής σε γενικό κρατικό νοσοκομείο. *Εγκέφαλος* 1982, 19:379–382

Ιεροδιακόνου Χ. Ο Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός (1η περίοδος). Στο: Ιεροδιακόνου Χ, Ιακωβίδης Α (Συντ.) *Η Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μαστορίδη, 1997:257–266

Καζολέα-Ταβουλάρη Π. Η ιστορία της Ψυχολογίας στην Ελλάδα (1880–1987). Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2002

Καλούτση Α. *Η Ελληνική Εταιρεία ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού: Τριανταπέντε χρόνια διεπιστημονικής συμβολής στον χώρο της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1993

Kanner L. The thirty-third Maudsley Lecture: Trends in Child-Psychiatry. *J Ment Sci* 1959, 105:581–593

Kanner L. History of Child Psychiatry. In: Thomas C (ed) *Child Psychiatry*. Springfield Illinois, 1960:3–30

Κριτσωτάκη Δ, Λέκκα Β. Νοήματα και εμπειρίες των νευροψυχιατρικών νοσημάτων και πρακτικών. Παιδιά και νέοι στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (1904–1940). *Σύναψις* 2012, 8:47–53

Λυκέτσος Γ. *Το μυθιστόρημα της ζωής μου*. Εκδ. Γαβριηλίδη, Αθήνα, 1998

Μαδιανός Μ. *Κοινωνική Κοινοτική Ψυχιατρική στην Αθήνα: 1979–1983*. Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα Καισαριανής, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1983

Μαδιανός Μ. *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της από την θεωρία στην πράξη*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994

Μιχαλοπούλου Α. Κέντρα Ιατροπαιδαγωγικά. Στο: *Μεγάλη Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια*. Τ. 3, Ελληνικά Γράμματα-Herder, 1967:395–397

Μιχαλοπούλου Α. Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού. Στο: *Μεγάλη Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια*. Τ. 2. Ελληνικά Γράμματα-Herder, 1967:467

Μπελιβανάκη Μ, Κανάρη Ν, Τσιάντης Ι. Μονάδα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας παιδιών και εφήβων σε γενικό παιδιατρικό νοσοκομείο. Παιδί και Έφηβος. *Ψυχ Υγεία Ψυχοπαθολ* 2005, 7:68–79

Μπιλανάκης Ν. Ψυχιατρική Φροντίδα στην Ελλάδα και ο ρόλος του εθελοντισμού. Στο: *Μη Κυβερνητικές οργανώσεις και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η απάντηση της κοινωνίας των πολιτών στο κράτος και στην αγορά*. Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2006:69–80

Noshpitz JD. A history of childhood and child psychiatry. In: Noshpitz JD (ed) *Basic Handbook of Child Psychiatry*. 1st ed, 1979. John Wiley & Sons, New York, 1987

Παπαδημητρίου Μ, Ζηλίκης Ν, Χριστοδούλου Δ. Η παραβατικότητα και οι σχετικοί με αυτήν θεσμοί στην προϊστορία της Παιδοψυχιατρικής. *Σύναψις* 2010, 6:58–68

Παπαθεοφίλου Ρ, Μαδιανός Μ, Μαδιανού Δ, Ρότσικα Β, Πεχλιβανίδου Ε, Γουρνάς Γ και συν. Υπηρεσία κοινοτικής ψυχικής υγιεινής για παιδιά-εφήβους και τις οικογένειές τους στο Βύρωνα-Καισαριανή. *Εγκέφαλος* 1986, 23:277–285

Stefanatos G. Adolescent Psychiatry in Greece: A problematic indivituation. *ISAPP Newsletter* 1995, 8:4–5

Στασινός Δ. *Η ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα. Αντιλήψεις, θεσμοί και πρακτικές. Κράτος και ιδιωτική πρωτοβουλία* (*1906–1989*). Gutenberg, Αθήνα, 2001

Τζαβάρας Θ. *Ψυχανάλυση και Ελλάδα. Στοιχεία, θέσεις, ερωτήματα*. Εταιρεία Σπουδών Νεοελληνικού Πολιτισμού και Γενικής Παιδείας, Αθήνα, 1984

Τζαβάρας Θ. Ζαβιτζιάνος ΓΑ, Κέρκυρα 1909-Μέριλαντ, ΗΠΑ 1995. Σχεδιάγραμμα βιογραφίας με αναπαραγωγή τεσσάρων εργασιών του στα ελληνικά. *Τετρ Ψυχιατρ* 1996, 53:9–43

Τσιάντης Ι, Γιαννοπούλου-Καβουρίδη Σ, Ξυπολυτά-Τσαντίλη Δ, Τσανίρα Ε, Κάλλιας Φ, Πιτσούνη Δ. Εμπειρίες και παρατηρήσεις από τη λειτουργία του Τμήματος Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία». *Παιδιατρική* 1982, 45:81–91

Tsiantis J. The children of Leros PIKPA. *Br J Psychiatry* 1995, 167:28

Τσιάντης Ι. Η παιδοψυχιατρική στην Ελλάδα στην ανατολή της νέας χιλιετίας: σκέψεις, παρατηρήσεις, προοπτικές. *Παιδιατρική* 2000, 63:186–190

Walk A. The pre-history of Child Psychiatry. *Br J Psychiatry* 1964, 110: 754–767

Zilikis N, Abatzoglou G, Ierodiakonou C. De l'hospitalisation d'adolescents présentant des problèmes psychiatriques. Parcours bibliographique et rapport d'une expérience hellénique. *Inform Psychiatr* 2004, 80:109–122

Ειδικό άρθρο
Invited article

Ο ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ-ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ*

B. Golse

Παιδοψυχίατρος-Ψυχαναλυτής, Διευθυντής της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων Necker, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο René Descartes, Παρίσι, Γαλλία

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2013, 1:19–26

Μετά από την υπενθύμιση του ορισμού της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας στο πλαίσιο των εργασιών του B. Cyrulnik και την αναφορά στα διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα που αξίζει να λάβουμε υπόψη μας σήμερα (το μοντέλο αντιστάθμισης, το μοντέλο της πρόκλησης και το μοντέλο των παραγόντων της προστασίας), ο συγγραφέας προσπαθεί να εξετάσει αυτή την έννοια κάτω από το πρίσμα της ψυχαναλυτικής θεωρίας και της θεωρίας του δεσμού. Για την ψυχανάλυση η ψυχική ανθεκτικότητα του παιδιού μπορεί να κατανοηθεί υπό το φως της «ικανότητας της μητρικής ονειροπόλησης» όπως περιγράφεται από τον W.R. Bion, της ψυχικής αμφισεξουαλικότητας όπως τη περιγράφει ο D. Houzel και της ευπλαστότητας σύμφωνα με τη M. Milner. Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί επίσης να θέσει σε επερώτηση τη θεωρία του δεσμού, χωρίς όμως να απλοποιεί και να εξιδανικεύει τη έννοια του ασφαλούς δεσμού. Όποιο και αν είναι το θεωρητικό σχήμα στο οποίο αναφερόμαστε (δεσμός ή ψυχανάλυση) η επίκτητη ή η γενετική διάσταση της ψυχικής ανθεκτικότητας όπως επίσης και το όριο της ευαλωτότητας του κάθε παιδιού, παραμένουν ευαίσθητα ερωτήματα και ελλιπώς επιλυμένα. Ο συγγραφέας ολοκληρώνει την εργασία του, αναφερόμενος στην εμβληματική φυσιογνωμία του S. Freud, ο οποίος επέδειξε ψυχική ανθεκτικότητα αντιμετωπίζοντας την κατάθλιψη της μητέρας του, και μέσω ενός προβληματισμού για το θέμα της ανθεκτικότητας γύρο από τον τραυματισμό, καταλήγει από τη μία ή από την άλλη πλευρά των τραυματικών γεγονότων, στο ότι η έννοια της ανθεκτικότητας βασικά εγγράφεται στο κλινικό πλαίσιο εκ των υστέρων.

Λέξεις ευρετηρίου: Ψυχική ανθεκτικότητα, θεωρία του δεσμού, ψυχανάλυση, ψυχικός τραυματισμός.

* *Μετάφραση*: Λ. Λεγάκη, Κλινική Ψυχολόγος, Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανή
Επιμέλεια: Ε. Λαζαράτου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανή, Α' Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Αλληλογραφία: B. Golse, 30 rue de Bourgogue, 75 007 Paris, Tel. 0144494674, 0144494710, e-mail: bernard.golse@nck.aphp.fr

Η ανθεκτικότητα πριν από το μεθύστερο,
ή όλα τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων
δεν γίνονται... S. Freud!

Ο παιδοψυχίατρος-ψυχαναλυτής ασχολείται ή εξ ορισμού, με βρέφη, παιδιά ή έφηβους που έχουν ή είχαν μια εμπλοκή με δύσκολες ιστορίες, μεταξύ των οποίων ιστορίες τραυματικής φύσεως.

Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας τού προσφέρει σε μεγάλο βαθμό όχι μόνο μια δυναμική πηγή ελπίδας, αλλά επίσης μια υπόθεση ικανή να δώσει προοπτικές σε πιθανά θεραπευτικά πεδία.

Αφού επισημάνουμε, εν συντομία, μερικά μοντέλα που υποστηρίζουν την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας και τα οποία αφορούν στην παιδοψυχιατρική με ψυχαναλυτικό προσανατολισμό, θα δούμε πώς η ψυχανάλυση και η θεωρία του δεσμού μπορούν να συμβάλουν σε αυτή την ενδιαφέρουσα αλλά δύσκολη προβληματική, και θα τελειώσουμε σκεπτόμενοι τη χρησιμότητα της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας γύρω, από, και πέρα από τον (ή τους) τραυματισμό (ους), είτε στο πρωθύστερο ή μεθύστερο αυτού (ών).

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στην πραγματικότητα υπάρχουν ακόμα πολύ περισσότερα πράγματα που αγνοούμε σχετικά με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας, από αυτά που γνωρίζουμε.

Αφού ασχοληθήκαμε για μεγάλο διάστημα με την ψυχική ευαλωτότητα, μιλάμε τώρα με μεγαλύτερη διάθεση για την ψυχική ανθεκτικότητα, η οποία στην πραγματικότητα αντιστρέφει το πρόβλημα, αφού η ανθεκτικότητα ανταποκρίνεται στο σύνολο των διαδικασιών που έρχονται να μετριάσουν και να σχετικοποιήσουν την ευαλωτότητα.

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι λοιπόν κατά κάποιον τρόπο το θετικό προσωπείο της ευαλωτότητας, και δεν είμαι πραγματικά σίγουρος εάν τα πράγματα είναι πιο εύκολα να τα προσεγγίσεις από τη μία πλευρά ή από την άλλη.

Ο Cyrulnik (2001), κυρίως, έδωσε αξία σε αυτή την έννοια. Έκτοτε, προτάθηκαν πολλά θεωρητικά μοντέλα με θέμα την ψυχική ανθεκτικότητα (Fortin & Bigras 2000).

Το μοντέλο αντιστάθμισης-επανόρθωσης (ή διαμεσολαβητικό μοντέλο), το μοντέλο της πρόκλησης και το μοντέλο των παραγόντων της προστασίας (ή ρυθμιστικό μοντέλο).

Στο μοντέλο αντιστάθμισης, ο αντισταθμιστικός παράγοντας είναι μια μεταβλητή, που ουδετεροποιεί την παρουσία του κινδύνου, χωρίς να αλληλεπιδρά με αυτόν. Αυτή είναι η περίπτωση παραδείγματος χάρη της αυτο-εκτίμησης και του ναρκισσισμού.

Στο μοντέλο της πρόκλησης, ένα ορισμένο επίπεδο άγχους γίνεται αντιληπτό σαν ένα δυναμικό ικανό να αναδείξει τις ικανότητες τού υποκειμένου ευνοώντας εν τέλει μια καλή προσαρμογή.

Εν τω μεταξύ, σε αυτόν τον τομέα, η κοινωνική προσαρμογή είναι σε σχέση κωδωνοειδούς καμπύλης με το άγχος: λίγο άγχος δεν διεγείρει το υποκείμενο να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις, ένα πολύ μεγάλο άγχος εμποδίζει τη δυναμική της προσαρμογής και θέτει το υποκείμενο σε δυσκολία, ενώ μόνο ένα ενδιάμεσο επίπεδο άγχους μπορεί να λειτουργήσει δομικά.

Στο μοντέλο των παραγόντων προστασίας αυτοί οι τελευταίοι αλληλεπιδρούν με τους παράγοντες κινδύνου για να μειώσουν την πιθανότητα αρνητικών επιπτώσεων του άγχους.

Σε αυτό το μοντέλο, ούτε οι παράγοντες κινδύνου, ούτε οι παράγοντες προστασίας, δεν έχουν σημαντική επίπτωση απευθείας στην κοινωνική προσαρμογή. Μόνο η αλληλεπίδρασή τους έχει μια επιρροή στην προσαρμοστική ικανότητα, και μεταξύ των παραγόντων προστασίας, μπορούμε προφανώς να αναφέρουμε τις γνωστικές ικανότητες και τις κοινωνικές δεξιότητες.

Όλα αυτά δεν μας λένε τίποτα, στην πραγματικότητα τι είναι αυτό που οδηγεί ένα άτομο –και ειδικότερα ένα παιδί– να αντιδράσει, απέναντι σε μια παθολογική ή τραυματική κατάσταση με έναν τρόπο λιγότερο ή περισσότερο αποτελεσματικό για να προστατευτεί από τις αρνητικές επιρροές, και μάλιστα να επωφεληθεί από αυτήν.

Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΟ ΤΟ ΒΛΕΜΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΣΜΟΥ

Η ψυχανάλυση του παιδιού προτείνει, ήδη εδώ και πολύ καιρό, διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις για την ψυχική ανθεκτικότητα.

Σκεφτόμαστε παραδείγματος χάρη το θέμα της «ικανότητας της μητρικής ονειροπόλησης», το θέμα της ψυχικής αμφισεξουαλικότητας και το εύπλαστο του πρωταρχικού αντικειμένου.

Η «ικανότητα της μητρικής ονειροπόλησης»

Αυτή η ιδέα είχε προταθεί από τον Bion (1962) για να περιγράψει την ικανότητα του ψυχισμού της μητέρας, η οποία πρέπει να μπορεί να «ονειρεύεται» δηλαδή να μεταβολίζει και να μετατρέπει τα πρώτα ψυχικά παράγωγα του βρέφους, έτσι ώστε να τα καθιστά χρήσιμα για το ίδιο.

Του δανείζει κατά κάποιο τρόπο το «εργαλείο της να σκέφτεται τις σκέψεις», δηλαδή το εργαλείο με το οποίο δύναται το παιδί να σκεφτεί τις πρώτες του σκέψεις, πράγμα το οποίο δεν μπορούσε να κάνει από μόνο του ή ακόμη να μετατρέπει τα στοιχεία «βήτα» σε στοιχεία «άλφα».

Ο Bion (1965) ονομάζει «λειτουργία άλφα» αυτή την ικανότητα της μητρικής ονειροπόλησης και αν η μητέρα αναλάβει όσο μπορεί καλύτερα αυτή τη λειτουργία στην αρχή της ζωής του βρέφους, αυτό θα έχει όλες τις πιθανότητες να βρεθεί οπλισμένο για να αντιμετωπίσει στη συνέχεια τις πιθανές ψυχικές δυσκολίες της ύπαρξής του.

Επ' ευκαιρία των υπέρ-πρώιμων τραυματισμών, ο Diatkine (1994) είχε επίσης χρησιμοποιήσει την έννοια της «ικανότητας της μητρικής ονειροπόλησης» για να προτείνει μία υπόθεση που θα επέτρεπε, ανατρέποντάς τους, να κρατήσει τους δύο χρόνους της κλασικής θεωρίας τού τραύματος.

Σύμφωνα με αυτόν, ο πρώτος χρόνος αυτών των υπερ-πρώιμων τραυματισμών δεν συνδέεται με μια οξεία διέγερση που δεν μπορεί να μεταβολισθεί, αλλά περισσότερο με μια πρώτη ανεπάρκεια αυτής της «ικανότητας της μητρικής ονειροπόλησης», αφήνοντας στη συνέχεια το βρέφος απροστάτευτο απέναντι σε επερχόμενα γεγονότα ικανά να δράσουν όπως οι δεύτεροι χρόνοι της δυναμικής τού τραύματος.

Είναι λοιπόν, η έλλειψη εσωτερικοποίησης μιας αρκετά καλής «ικανότητας μητρικής ονειροπόλησης» που απεικονίζει σε αυτό το μοντέλο τον πρώτο χρόνο του τραύματος χρόνο κατά κάποιον τρόπο σιωπηλό, μουγκό, στο κενό ή στο αρνητικό.

Η ανθεκτικότητα γίνεται εδώ αντιληπτή ως το αντίθετο της ευαλωτότητας.

Η ψυχική αμφισεξουαλικότητα

Ο Houzel (1995), κατά τη διάρκεια ενός εθνικού συνεδρίου της γαλλόφωνης ομάδας (World Association for Infant Mental Health, WAIMH) το 1995, σωστά επέμενε στο γεγονός ότι η λειτουργία του βρέφους επηρεάζεται έντονα από την ποιότητα τής αφομοίωσης τής αμφισεξουαλικότητας τού ψυχισμού τών ενηλίκων οι οποίοι το φροντίζουν.

Σύμφωνα με αυτόν, εάν η ψυχική αμφισεξουαλικότητα δεν είναι αρκετά καλά οργανωμένη στο επίπεδο τού κάθε ενήλικα και στο επίπεδο των σχέσεων μεταξύ τών ενηλίκων (γονεϊκό ζευγάρι ή ομάδα), τότε το βρέφος θα δράσει εναντίον του συστήματος και θα προκαλέσει την αποσύνδεσή του.

Αντίθετα, εάν αυτή η ψυχική αμφισεξουαλικότητα αφομοιωθεί σωστά, τότε το βρέφος θα μπορέσει να διαφοροποιηθεί και να δομηθεί ψυχικά με έναν αρμονικό και ανθεκτικό τρόπο, σε μια δυναμική που οδηγεί προς την ορμή της ζωής και τις δυνάμεις της σχέσης.

Να σημειώσουμε εδώ ότι η ψυχική αμφισεξουαλικότητα, τόσο αυτή των ενηλίκων ατομικά όσο και της ομάδας των ενηλίκων, είναι ανεξάρτητη από τη σύνθεση των ομάδων που δουλεύουν με τα βρέφη, όπου επικρατεί το γυναικείο φύλο.

Εν τέλει, ακόμη και όταν μια ομάδα απαρτίζεται μόνο από γυναίκες, η κάθε μία φέρει κάποια ορισμένη ψυχική αμφισεξουαλικότητα, όπως και το πλαίσιο που προσφέρεται στα παιδιά είτε είναι αυτό παιδαγωγικό, εκπαιδευτικό ή θεραπευτικό.

Αυτά τα αμφισεξουαλικά συστατικά παραπέμπουν στη έννοια του holding και του περιέχοντος για τη θηλυκή και τη μητρική λειτουργία και στο πεδίο των ορίων και των κανονισμών για την αντρική και την πατρική λειτουργία.

Τελικά, είναι περισσότερο σημαντική η ολοκλήρωση αυτών των δύο εγγραφών για κάθε ενήλικα και για το πλαίσιο, παρά ο αριθμός των ανδρών ή γυναικών που παρεμβαίνουν στη ζωή των βρεφών και είναι η ποιότητα αυτής της ολοκλήρωσης που θα κάνει το βρέφος λίγο ή πολύ ευάλωτο ή ανθεκτικό.

Η ψυχική ευπλαστότητα

Χρωστάμε αυτή την έννοια στη Marion Milner (1976) που έδειξε μεγάλο ενδιαφέρον για τις πλαστικές τέχνες (ζωγραφική και γλυπτική).

Η έννοια της ψυχικής ευπλαστότητας συμπληρώνει κατά κάποιον τρόπο τις εργασίες του Winnicott (1956) πάνω στη μεταβατικότητα.

Γνωρίζουμε ότι για τον Winnicott (1958) το βρέφος έχει να εκτελέσει ένα μεγάλο έργο δημιουργικότητας για να ανακαλύψει τα μεταβατικά αντικείμενα και φαινόμενα, τα οποία θα του επιτρέψουν να απαλλαγεί σταδιακά και με έναν τρόπο μη τραυματικό από το πρωταρχικό αντικείμενο.

Τα μεταβατικά αντικείμενα και φαινόμενα θα τοποθετηθούν στον «χώρο της πρώιμης ψευδαίσθησης» ή στον «εν δυνάμει χώρο», αρχικά βιωμένο από το παιδί ως έναν χώρο ενδιάμεσο που ανήκει ταυτόχρονα στη μητέρα του και στο ίδιο.

Ο Winnicott (1975) είχε λοιπόν περιγράψει, από την πλευρά του παιδιού, τις συνθήκες της διαδικασίας για την ψυχική διαφοροποίηση.

Η Milner (1976) εξετάζει τα πράγματα από την πλευρά του ενήλικου, υπογραμμίζοντας το γεγονός ότι αυτός πρέπει να διαθέτει ορισμένα χαρακτηριστικά που να επιτρέπουν τον αποχωρισμό για να δώσει τη δυνατότητα στο παιδί να κάνει μια κίνηση απελευθέρωσης (αποχωριζόμαστε μόνο αυτό που είναι δυνατόν να αποχωριστούμε).

Μεταξύ αυτών των χαρακτηριστικών της δυνατότητας αποχωρισμού τοποθετείται η ψυχική ευπλαστότητα.

Για να πούμε τα πράγματα με έναν σχηματικό τρόπο, κατά τη Milner (1976), ένα αντικείμενο όπως το στήθος, η ίδια η μητέρα, ένας επαγγελματίας ή ο οποιοσδήποτε φροντιστής είναι αρκετά εύπλαστος αν δέχεται επιδράσεις (το παιδί μπορεί να καταγράψει κάτι σε εκείνον), είναι αρκετά δυνατός (το παιδί μπορεί να τον κατακλύσει με την αγάπη του ή να του επιτεθεί χωρίς να τον καταστρέψει), έχει ικανότητες αυτοσυντήρησης (το αντικείμενο είναι αμετάβλητο και επανέρχεται πάντα αυθόρμητα στην αρχική του κατάσταση) και να είναι αρκετά εύκαμπτος ώστε το παιδί να μπορεί να διαλλάσσεται μαζί του με κινήσεις συμβίωσης, αποχωρισμού, απόρριψης...

Όπως το αντιλαμβανόμαστε, ένα τέτοιο αντικείμενο επιτρέπει μια ψυχική διαφοροποίηση και μια διαπροσωπική απελευθέρωση χωρίς κίνδυνο, γιατί είναι ένα αντικείμενο που δεν εκδικείται (ούτε απειλές, ούτε αντίποινα) και διαθέτει μια ορισμένη κατοπτρική λειτουργία για τα ίχνη και τα αποτυπώματα που αφήνει το ίδιο το παιδί.

Η συνάντηση του βρέφους με ένα τέτοιο αντικείμενο, ένα μητρικό αντικείμενο ή έναν ενήλικα με αυτά τα χαρίσματα, του προσφέρει ξεκάθαρα μια εσωτερική ασφάλεια για την οποία μπορούμε να μιλήσουμε, εάν το επιθυμούμε, με όρους ψυχικής ανθεκτικότητας.

Η θεωρία του δεσμού (J. Bowlby) ως υποστήριγμα στην έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας

Η δημιουργία ενός ασφαλούς δεσμού είναι ολοφάνερα μια εγγύηση για το μέλλον, ακόμη και αν –και πρέπει να το επαναλαμβάνουμε ακούραστα– οι μεγάλες κατηγορίες των σχημάτων του δεσμού (ασφαλής, ανασφαλής και αποφυγής) δεν είναι παρά πειραματικές κατηγορίες, οι οποίες δεν είναι απευθείας συνδεδεμένες με το ψυχολογικό ή ψυχοπαθολογικό μέλλον του παιδιού.

Μόνο η κατηγορία «αποδιοργανωμένος δεσμός» μπορεί να είναι προάγγελος μιας πιθανής ψυχοπαθολογίας αργότερα, ενώ η κατηγορία «ασφαλής δεσμός» δεν εγγυάται σε τίποτα ένα ψυχικά ανώδυνο μέλλον. Η κατηγορία «αποφευκτικός δεσμός» είναι ορισμένες φορές η πιο αποτελεσματική λύση που μπορεί ένα παιδί να βρει ώστε να αμυνθεί απέναντι σε ένα παθογόνο περιβάλλον.

Σε κάθε περίπτωση, μπορούμε να σκεφτούμε ότι η πρώιμη δημιουργία ενός ασφαλούς δεσμού οδηγεί περισσότερο προς την κατεύθυνση της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Υπενθυμίζουμε εδώ ότι για τον Fonagy (1999) η ποιότητα των πρώιμων σχημάτων δεσμού δεν καθορίζουν τόσο το ψυχοπαθολογικό μέλλον του υποκειμένου, όσο ο μηχανισμός της «διαπροσωπικής ερμηνείας», η οποία αποτελεί τον πυρήνα της ικανότητας να κατανοήσουμε την υποκειμενική εμπειρία των άλλων και λειτουργεί προφανώς ως πρόδρομος του τύπου των δεσμών που θα εμφανιστούν αργότερα.

Δύο μεγάλα προβλήματα εμφανίζονται ως προς το θέμα της ψυχικής ανθεκτικότητας

Είναι φανερό ότι μερικά νεογέννητα αντιστέκονται εξ αρχής πιο αποτελεσματικά σε δύσκολες καταστάσεις του περιβάλλοντος.

Πρώτο πρόβλημα: Πώς να ξεχωρίσεις, σε ό,τι αφορά στην έμφυτη ψυχική ανθεκτικότητα, μεταξύ αυτής που προέρχεται γενετικά και την επίκτητη και αυτό

προφανώς κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου?

Υπάρχει εδώ ένα ενδιαφέρον θέμα εργασίας για τις έρευνες που θα έρθουν στο μέλλον για το ότι το «έμφυτο» δεν σημαίνει απόλυτα και «γενετικό».

Ένα μέρος της ψυχικής ανθεκτικότητας θα μπορούσε πράγματι, ευθύς αμέσως, να δομηθεί κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής και ειδικά όσο αφορά στην απαρχή του ασφαλή δεσμού. Αυτοί που ισχυρίζονται ότι τα χάδια στα κοιλιακά τοιχώματα της μητέρας επιδρούν στο έμβρυο το παρουσιάζουν με σαφή τρόπο.

Αλλά η «ικανότητα μητρικής ονειροπόλησης», η ποιότητα της ψυχικής σεξουαλικής ολοκλήρωσης των γονιών, όπως και η ψυχική ευπλαστότητά τους μπορούν εξίσου να επηρεάζουν τη φύση των αλληλεπιδράσεων μητέρας και εμβρύου.

Δεύτερο πρόβλημα: Απέναντι στις καταστροφικές προβολές των γονιών, πώς μπορούμε να λάβουμε υπόψη μας τη διαφορετική ευαλωτότητα του κάθε παιδιού;

Πρόκειται για προβολές διαφορετικής έντασης (ποσοτική άποψη) ή πρόκειται για προβολές που η βασική τους δομή αντηχεί στον ψυχισμό του παιδιού (ποιοτική άποψη);

Εδώ ακόμα, η θεωρία του δεσμού και η ψυχανάλυση δίνουν διαφορετικές απαντήσεις, αλλά στην πραγματικότητα πρόκειται περισσότερο για θεωρητικές απαντήσεις παρά για κλινικά επιχειρήματα.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΘΕΝ ΚΑΙ ΠΕΡΑΝ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Όλα τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων δεν γίνονται... S. Freud!

Με αυτό το αστείο θέλουμε να το υπογραμμίσουμε, ότι δεν μπορούμε να βασιστούμε πολύ στην ψυχική ανθεκτικότητα για να δικαιολογήσουμε μία μείωση της θεραπευτικής μας προσοχής απέναντι σε όλες τις καταστάσεις πόνου που αντιμετωπίζουν δυστυχώς μερικά παιδιά.

Είναι αλήθεια ότι μερικοί συγγραφείς όπως οι Green (1983) και Lanouziere (1989) φαντάστηκαν ότι η θεραπευτική κλίση του S. Freud προήλθε από την προσπάθεια που κατέβαλε σε ηλικία των 18 μηνών να βοηθήσει ψυχικά τη μητέρα τού να ανακάμψει μετά τον θάνατο του γιου της Julius (ο S. Freud ήταν ο πρωτότοκος).

Τα επιχειρήματα της αναδόμησης είναι αρκετά πειστικά (όπως η επαναλαμβανόμενη αναφορά στην ηλικία των 18 μηνών σε όλη τη διάρκεια του έργου του S. Freud, από την παρατήρηση του «παιχνιδιού της κουβαρίστρας» με τον μικρό εγγονό του, μέχρι την ηλικία της παρατήρησης της πρωταρχικής σκηνής στον Άνθρωπο με τους λύκους) και οι πρόωρες ενδοβολές είναι συχνά και οι εντονότερες, όπως πολύ καλά γνωρίζουμε! Είναι προφανώς ανακουφιστικό να σκεφτούμε ότι η θεραπευτική κλίση μπορεί καμιά φορά να αποτελεί διέξοδο απέναντι σε τέτοια πρώιμα τραυματικά γεγονότα. Όταν κάποιος ξεκινά να θεραπεύει την άρρωστη μητέρα του κινδυνεύει να το επαναλαμβάνει σε όλες τις επόμενες σχέσεις που θα συνάψει στη ζωή του.

Αλλά, ακόμη μια φορά να πούμε ότι όλα τα παιδιά που έχουν καταθλιπτικές μητέρες δεν γίνονται S. Freud.

Ορισμένα παιδιά θα το μετανιώσουν χωρίς αμφιβολία ενώ άλλα θα αυτο-επαινούνται γι' αυτό.

Όπως και να έχει, βλέπουμε καθαρά πως η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να προκαλείται από ένα ιδιαίτερο πεπρωμένο που δεν μπορούμε να προβλέψουμε και τότε μόνο μπορεί να ανακατασκευαστεί εκ των υστέρων.

Ένθεν του τραυματισμού ή καταστάσεις οδύνης...

Οι παιδοψυχίατροι και οι ψυχαναλυτές παιδιών έχουν ειδικά υπόψη τους καταστάσεις όπως εκείνης της συναισθηματικής αποστέρησης, εγκατάλειψης ή υιοθεσίας, κακοποιήσεις φυσικές, ψυχικές ή σεξουαλικές, καταστάσεις εξορίας και φυσικών καταστροφών, αλλά προφανώς αυτή η λίστα δεν τελειώνει.

Είναι δυνατόν, λοιπόν, να προβλέψουμε ποια παιδιά θα είναι αυτά που οι δυσκολίες θα λειτουργήσουν σαν μια πηγή δύναμης για τη συνέχεια της ζωής τους;

Αυτό είναι το ερώτημα που τίθεται για την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας όταν τοποθετούμαστε από την πλευρά της ανάπτυξης και από μια διαχρονική γραμμικότητα.

Επιπλέον, το γεγονός ότι η ψυχοπαθολογία δεν εναρμονίζεται με προβλέψεις (όπου τα κακά είναι επίσης δυνατά όσο και τα καλά της πρόληψης), τα επιχειρήματα πάνω στα οποία θα μπορούσε να βασιστεί

η πρόβλεψη για την ψυχική ανθεκτικότητα δεν είναι σήμερα πολύ πειστικά και ειδικότερα, τα επιχειρήματα της γενετικής.

Η ποιότητα της ικανότητας της μητρικής ονειροπόλησης, το επίπεδο οργάνωσης της φυσικής αμφισεξουαλικότητας των γονιών, η ευπλαστότητα της λειτουργίας των γονιών, η φύση των σχημάτων τού πρώιμου δεσμού, οι προγεννητικές καταβολές τής ασφάλειας του παιδιού είναι στοιχεία που πρέπει να λάβουμε υπόψη μας.

Δεν αρκούν όμως σε καμία περίπτωση να μας διασφαλίσουν κάποια ψυχική ανθεκτικότητα.

Ένα παιδί που βιώνει μια τραυματική εμπειρία ή μια ψυχικά οδυνηρή κατάσταση έχει ανάγκη να το βοηθήσουμε ώστε να μπορέσει να την αντιμετωπίσει και εν τέλει να μην εγγραφεί ως επιζήμια διακοπή της ζωής του αλλά ως μια καταστροφή που επιφέρει αλλαγή, με την έννοια που την περιγράφει ο Thom (1983).

Αυτό που πρέπει να κρατήσουμε κατά νου είναι ότι η οποιαδήποτε ψυχική ευαλωτότητα ή ανθεκτικότητα του παιδιού εξαρτάται κατά πολύ από την ποιότητα της σχέσης που μπόρεσε να έχει με τα γονικά πρότυπα και με την ψυχική λειτουργία των γονιών του. Αυτό αναδεικνύει ακόμη μια φορά την κεντρική θέση που κατέχουν στον χώρο της παιδικής ψυχοπαθολογίας οι προβολές που κάνουν οι γονείς πάνω στο παιδί τους (Cramer & Palacio-Espasa 1983).

Πέρα από τον τραυματισμό...

Κανένας τραυματισμός, καμία οδύνη δεν είναι στην πραγματικότητα συγκρίσιμη με κάποιαν άλλη, και η στατιστική προσέγγιση των πραγμάτων μάς φέρνει σε αδιέξοδο.

Κάθε γεγονός έρχεται και εγγράφεται στην προσωπική ιστορία του υποκειμένου, έρχεται και παίρνει τη θέση του μέσα σε όλο το διαγενεολογικό και ενδογενεολογικό σύστημα (Golse 1995).

Ως εκ τούτου, η εκ των υστέρων προσέγγιση των γεγονότων (δηλαδή οι δευτερογενείς σηματοδοτήσεις ενός γεγονότος που έρχονται και παίρνουν θέση στην ψυχική ζωή του υποκειμένου και της οικογένειάς του), οι συνέπειες τής κάθε οδύνης ή του κάθε τραυματισμού δεν μπορούν να γίνουν κατανοητές παρά μόνο έχοντας λάβει υπ΄ όψιν τη σύνδεση των αντικειμενικών γεγονότων με τον υποκειμενικό τους αντίκτυπο και τη διαλεκτική που αναπτύσσεται ανάμεσα σε αυτές τις δύο εγγραφές για ένα δεδομένο υποκείμενο.

Δεν υπάρχει λοιπόν ένα ικανό ποσοτικό μέτρο για τους τραυματισμούς.

Το βάρος του τραυματισμού είναι αδιαχώριστο από την ποιότητα της εμπειρίας που βιώνεται από το υποκείμενο.

Το μόνο που μετράει είναι η δυναμική που εγκαθίσταται μεταξύ της εξωτερικής και της εσωτερικής πραγματικότητας ενός υποκειμένου και είναι συχνά τα αποτελέσματα των ταυτίσεων μεταξύ της πραγματικότητας και της φαντασίωσης που αναδεικνύονται ως πιο επώδυνα (γνωρίζουμε π.χ. τον ψυχικό πόνο που συνδέεται με το τραύμα της εγκατάλειψης, όταν αυτό έρχεται να συντονιστεί με τη φαντασίωση του να είσαι ένα «κακό μωρό»).

Διαφορετικά ειπωμένο, μόνο εκ των υστέρων μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ένα υποκείμενο είχε μια δύναμη ψυχικής ανθεκτικότητας σημαντική ή όχι.

Θα μας πουν όμως ότι κάτω από αυτές τις συνθήκες η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας χάνει, κατά κάποιον τρόπο, το ενδιαφέρον και τη σπουδαιότητα που κατέχει.

Αυτό δεν είναι αλήθεια, είναι λάθος σε πολλά σημεία.

Καταρχάς το να γνωρίζουμε πώς μερικά υποκείμενα επωφελήθηκαν από τις οδυνηρές εμπειρίες τους έχει μεγάλο ενδιαφέρον από την άποψη της προσέγγισης του ανθρώπου στον χώρο των ανθρωπιστικών επιστημών.

Εξάλλου, το να γνωρίζουμε καλύτερα τις συνθήκες των σχέσεων που προηγούνται σε περίπτωση ανατροπής των καταστάσεων, θα μας βοηθήσει να ενεργοποιήσουμε ένα είδος γενικής πρόληψης, δηλαδή να βελτιώσουμε συνολικά τις συνθήκες ανάπτυξης των παιδιών και να τα καταστήσουμε πιο δυνατά να αντιμετωπίσουν τις μελλοντικές δοκιμασίες.

Τελικά, εμβαθύνοντας στη μελέτη της προέλευσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, ίσως μας επιτραπεί στο μέλλον να προσεγγίσουμε με νέες θεραπευτικές μεθόδους τα παιδιά που είναι σε δυσκολία, μια βοήθεια που θα τους προσφέρει τις βάσεις για την κατασκευή μας ανθεκτικότητας που ήταν ακόμη ελλιπής τη στιγμή που εμφανίσθηκαν τα επώδυνα γεγονότα της ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ψυχική ανθεκτικότητα εμφανίζεται ως μια πολύπλοκη έννοια από τη μεριά της παιδοψυχιατρικής και της ψυχανάλυσης του παιδιού, με χρήση όχι ιδιαίτερα εύκολη.

Τα διαθέσιμα διαφορετικά μοντέλα αυτή τη στιγμή δεν λαμβάνουν υπ' όψιν τους με τρόπο ικανοποιητικό τι βρίσκεται στη βάση αυτής της αναπτυξιακής έννοιας.

Πιο συχνά διαπιστωμένη εκ των υστέρων, με την πάροδο των επώδυνων καταστάσεων, η ψυχική ανθεκτικότητα ενός ατόμου παραμένει εξαιρετικά πολύπλοκη για να την προβλέψουμε.

Η ιδέα της ψυχικής ανθεκτικότητας, εντούτοις, φαίνεται πολλά υποσχόμενη σε δύο επίπεδα, εκείνα της γενικής πρόληψης και της θεραπευτικής προσέγγισης, εστιασμένης στους τραυματισμούς. Δύο επίπεδα παρέμβασης που παρουσιάζουν, χωρίς αμφισβήτηση, τους δυνατούς άξονες της Παιδοψυχιατρικής του αύριο.

Πέραν της ειδικής γενετικής φύσης, η ψυχική ανθεκτικότητα εμφανίζεται σήμερα ως το αποτέλεσμα μιας συν-δημιουργίας της δυάδας μητέρα-βρέφος, μάλιστα της τριάδας πατέρας-μητέρα-βρέφος, συν-δημιουργία που πραγματοποιείται στη συνάντηση ανάμεσα στο ίδιο το παιδί και στην ψυχική λειτουργία των ανθρώπων με τους οποίους σχετίστηκε στην αρχή τής ζωής του.

Σε αυτό προστίθενται γενικοί παράγοντες και όχι ειδικοί της ψυχικής ανθεκτικότητας οι οποίοι συνδέονται με παράγοντες του περιβάλλοντος, πάνω στους οποίους πρέπει να βασιστούμε για να δημιουργήσουμε μιαν αυθεντική πολιτική της ψυχικής υγείας του παιδιού επικεντρωμένη σε δράση για πρώιμη πρόληψη.

LE PÉDOPSYCHIATRE-PSYCHANALYSTE FACE AU CONCEPT DE RÉSILIENCE

B. Golse

Service de Pédopsychiatrie Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris, France

Child and Adolescent Psychiatry 2013, 1:19–26

Après avoir rappelé la définition du concept de résilience dans la perspective des travaux de B. Cyrulnik et précisé les différents modèles théoriques actuellement susceptibles d'en rendre compte (modèle compensatoire, modèle du challenge et modèle des facteurs de protection), l'auteur tente d'interroger ce concept au regard de la théorie psychanalytique et de la théorie de l' attachement. Pour la psychanalyse, la résilience de l'enfant peut se comprendre à la lumière de la "capacité de rêverie maternelle" décrite par WR Bion, de la bisexualité psychique telle qu'en parle un auteur comme D. Houzel, et de la malléabilité au sens de M. Milner. Mais le concept de résilience peut aussi être interrogé par la théorie de l'attachement qui ne doit cependant pas trop simplifier et idéaliser la notion d'attachement sécure. Quel que soit le corpus théorique auquel on se réfère (attachement ou psychanalyse), la dimension acquise ou génétique de la résilience ainsi que le seuil de vulnérabilité propre à chaque enfant demeurent des questions délicates et encore incomplètement résolues. L' auteur conclut son travail en évoquant la figue emblématique de S. Freud qui a dû faire preuve de résilience face à la dépression de sa mère, et par une réflexion sur la question de la résilience en-deçà ou au-delà du traumatisme, soit en amont ou en aval des événements traumatiques, pour insister sur le fait que le concept de résilience s'inscrit fondamentalement dans le cadre d'une clinique de l'après-coup.

Key words: Résilience, théorie de l' attachement, psychanalyse, traumatisme psychique.

Βιβλιογραφία

Bion WR. Aux sources de l' expérience (1962). *Bibliothèque de Psychanalyse*. Paris, PUF, 1979

Bion WR. Eléments de psychanalyse (1963). *Bibliothèque de Psychanalyse*. Paris, PUF, 1979

Bion WR. Transformations (1965). Passage de l' apprentissage à la croissance. *Bibliothèque de psychanalyse*. Paris, PUF, 1982

Cramer B, Palacio-Espasa F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. Etudes cliniques et techniques. Le fil rouge. Paris, PUF, 1983

Cyrulnik B. *Les vilains petits canards*. Odile Jacob, Paris, 2001

Diatkine R. "*Le psychanalyste et l' enfant avant l' après-coup, ou le vertige des origines*", dans l' enfant, dans l' adulte, ou l' éternelle capacité de rêverie. Champs psychanalytiques, Paris-Neuchatel, Delachaux et Niestle, 1994:127–143

Diatkine R. "Enfance. Le traumatisme". Actes de la sixième Journée d' étude du groupe haut-normand de pédopsychiatrie consacrée au thème: "Enfance et traumatisme", Rouen, Rivages, 1994

Fonagy P. La compréhension des états psychiques, l' interaction mère-enfant et le développement du Self. *Devenir*,1999, 11:7–22

Fonagy P. Théorie de l' attachement et psychanalyse (2001). *La vie de l' enfant*. Toulouse, Eres, 2004

Fortin A, Birgas M. La résilience des enfants: facteurs de risque, de protection et modèles théoriques. *Pratiqu Psychologiqu* 2000, 1:49–63

Golse B. Le concept de transgenerationnel. *Le Carnet-PSY* 1995, 6: 12–16

Green A. 1983. "*La mère morte*" dans Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Editions de Minuit, Critique, Paris, 1983:222–253

Houzel D. "Observation des bébés et psychanalyse, point de vue épistémologique". Dans: Lacroix MB, Monmayrant M (eds) *Les liens d' émerveillement*. L' observation des nourrissons selon Esther Bick et ses applications. Toulouse, Eres, 1995:107–116

Lanouziere J. Le sein et la dépressivité féminine. *Topique, La naissance. Regards Anthropologiques* 1989, 43:141–165

Milner M. *L' inconscient et la peinture*. Le fil rouge. Paris, PUF, 1976

Thom R. *Paraboles et catastrophes*. Champs. Paris, Flammarion, 1983

Winnicott DW. *La préoccupation maternelle primaire*, dans De la pédiatrie à la psychanalyse (1956). Petite bibliothèque Payot. Paris, Payot, 1975:168–174

Winnicott DW. *La capacité d'être seul*, dans De la pédiatrie à la psychanalyse (1958). Science de l' homme. Paris, Payot, 1969:205–213

Winnicott DW. *Jeu et réalité*. L' espace potentiel. Connaissance de l' inconscient, Paris, Gallimard, 1975

Ανασκόπηση
Review

ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Κ. Λαδοπούλου

Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο 5ου Το. Ψ.Υ.Π.Ε. (Αθηνών), Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Παν. & Αγλ. Κυριακού», Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2013, 1:27–36

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, παράλληλα με τη μελέτη των παραγόντων κινδύνου και ευαλωτότητας στο στρες, ερευνητές από διαφορετικές επιστήμες, όπως η Ψυχιατρική, η Ψυχολογία, οι Κοινωνικές Επιστήμες, αλλά και η Γενετική, η Ενδοκρινολογία και οι Νευροεπιστήμες, δείχνουν συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ψυχική ανθεκτικότητα, την ικανότητα δηλαδή του ατόμου για θετική προσαρμογή σε σοβαρές αντιξοότητες και για διατήρηση και ανάκτηση, ακόμη και βελτίωση, της ψυχικής του υγείας παρά την έκθεσή του σε αυτές. Στην παρούσα ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας παρουσιάζονται οι ορισμοί της ψυχικής ανθεκτικότητας, η εξέλιξή τους στο χρόνο και οι παράγοντες που συνεισφέρουν στην ανάπτυξή της, μέσα από δυναμικές διεργασίες που επισυμβαίνουν είτε (α) εντός του ατόμου –σε βιολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο–, είτε (β) μεταξύ του οργανισμού και των ποικίλων συστημάτων με τα οποία αλληλεπιδρά. Επίσης γίνεται αναφορά στη σχετική έρευνα σε παιδιά και εφήβους, η οποία εκτός από την παιδική κακοποίηση που αποτέλεσε και την αφετηρία της μελέτης της ψυχικής ανθεκτικότητας, αφορά σοβαρές ή/και χρόνιες αντιξοότητες, όπως χρόνιες νόσους, κακοήθη και καταληκτικά νοσήματα, τραυματισμούς, νοσηλεία, απώλεια και θάνατο, έντονη οικογενειακή δυσλειτουργία και διαζύγιο, πόλεμο και προσφυγιά, φυσικές καταστροφές και, πιο πρόσφατα, τον σχολικό εκφοβισμό. Τέλος, συζητούνται τα ευρήματα της έρευνας σε σχέση με τη χάραξη κοινωνικής πολιτικής που θα έχει ως στόχο την προαγωγή της ψυχικής ανθεκτικότητας στις οικογένειες υψηλού κινδύνου και στο γενικό πληθυσμό.

Λέξεις ευρετηρίου: Ψυχική ανθεκτικότητα, ευαλωτότητα, παράγοντες κινδύνου, ψυχική υγεία παιδιών εφήβων.

Αλληλογραφία: Δρ Κωνσταντία Λαδοπούλου, Παιδοψυχίατρος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΕΣΥ, Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Αθηνών – 5ου Το. Ψ.Υ.Π.Ε. (Αθηνών), Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Παν. & Αγλ. Κυριακού». Γαρέφη 4, 154 51 Αθήνα
Τηλ.: (+30) 210- 67 73 442-3. Τηλεομοιοτυπία: (+30) 210-67 73 445, e-mail: kladopou@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική ανθεκτικότητα, όπως αποδίδεται στην ελληνική γλώσσα ο όρος resilience, δηλαδή η ικανότητα του ατόμου να διατηρήσει ή να ανακτήσει την ψυχική του υγεία παρά την έκθεσή του σε σοβαρές αντιξοότητες, αποτελεί αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος και προσοχής από κλινικούς και ερευνητές στοχώρο της ψυχικής υγείας την τελευταία δεκαετία (Stewart 2011). Η συστηματική έρευνα για την ψυχική ανθεκτικότητα άρχισε τη δεκαετία του '70, όμως από το 1995 περίπου και μετά το ενδιαφέρον μεγιστοποιήθηκε τόσο, που το 2007 οι Hjemdal et al ανέφεραν ότι το 85% των σχετικών άρθρων είχε δημοσιευθεί την τελευταία δεκαετία. Οι σχετικές μελέτες και επιστημονικές δημοσιεύσεις παρουσιάζουν συνεχή αύξηση, σε σημείο που τον Δεκέμβριο του 2012 ο Ager υπολόγισε ότι η χρήση του όρου ψυχική ανθεκτικότητα έχει οκταπλασιαστεί την τελευταία εικοσαετία. Με τη συστηματική έρευνα, η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας εξελίχθηκε και η προσοχή μετατοπίστηκε από τα ατομικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά στην κατανόηση ότι είναι η αλληλεπίδραση περιβάλλοντος, με την ευρύτερη έννοια, και ατόμου –γενετική κληρονομιά, ψυχολογικοί παράγοντες– αυτή που συνεισφέρει στην ανάπτυξή της. Παράλληλα η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος της πολιτικής δημόσιας υγείας, αλλά και του ευρύτερου κοινού.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η ανάλυση της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας σε παιδιά και εφήβους, όπως προκύπτει από τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, η διερεύνηση των κύριων χαρακτηριστικών της, όπως επίσης και των παραγόντων που συνεισφέρουν στην ανάπτυξή της.

Έγινε αναζήτηση των ανασκοπήσεων που αφορούν την ψυχική ανθεκτικότητα σε παιδιά και εφήβους στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και PsycInfo από την 1/1/2000 έως και την 31/1/2013. Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά resilience, child, adolescent, mental health. Σε ό,τι αφορά τα επιστημονικά άρθρα που προέκυψαν, ο αριθμός τους ξεπέρασε τα 2.000, οι δε ανασκοπήσεις με τη χρήση των ίδιων λέξεων ανήλθαν στις 53. Μετά από μελέτη των ανασκοπήσεων παρουσιάζονται οι ορισμοί και η εξέλιξή τους, οι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας, και συζητούνται πρακτικές εφαρμογές. Το περιορισμένο βέβαια μέγεθος μιας ανασκόπησης καθιστά αδύνατη τη συνοπτική παρουσίαση της τεράστιας σχετικής βιβλιογραφίας.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Παιδιά, έφηβοι και ενήλικες παρουσιάζουν διαφορές στο επίπεδο προσαρμογής και ψυχικής λειτουργικότητας μετά από στρες. Αυτή η διαφορά από άτομο σε άτομο αναφέρεται από αρκετούς ερευνητές ως ψυχική ανθεκτικότητα (Luthar 2000). Ωστόσο, βασική έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας αποτελεί η θετική προσαρμογή ή η ικανότητα του ατόμου να διατηρήσει ή να ανακτήσει την ψυχική του υγεία παρά την έκθεσή του σε σοβαρές αντιξοότητες (Wald 2006) ή η ικανότητα να αντέχει και να εξέρχεται από την κρίση και την αντιξοότητα, επιστρέφοντας στο προηγούμενο επίπεδο ή ανερχόμενο σε υψηλότερο ακόμη επίπεδο ψυχικής λειτουργικότητας (Walsh 1996). Σύμφωνα με άλλον ορισμό, ψυχική ανθεκτικότητα είναι η επιτυχής προσαρμογή στα βασικά για την ηλικία αναπτυξιακά καθήκοντα παρά τις σημαντικές αντιξοότητες στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας (Shiner 2012).

Επομένως, δύο είναι οι ειδικές συνθήκες που απαιτούνται για την κατασκευή της έννοιας της ψυχικής ανθεκτικότητας: (α) η ύπαρξη αντιξοότητας ή κινδύνου, που σχετίζονται με καταστάσεις ζωής που αποδεδειγμένα επηρεάζουν την προσαρμογή του ατόμου, όπως χρόνια έκθεση σε βία και επιθετικότητα, τραυματικά γεγονότα (π.χ. διαζύγιο κ.ά.) και (β) η επίτευξη θετικής προσαρμογής παρά την ύπαρξη της αντιξοότητας (Luthar 2000). Επίσης, ενώ ένας βαθμός στρες είναι σημαντικό για την υγιή ανάπτυξη, η ψυχική ανθεκτικότητα είναι πιο πιθανό να αναπτυχθεί όταν ένα παιδί, έφηβος ή ενήλικας αντιμετωπίζει και αντεπεξέρχεται θετικά σε ισχυρό, συχνό και παρατεταμένο στρες.

Οι ορισμοί της ψυχικής ανθεκτικότητας εξελίχθηκαν με την πάροδο του χρόνου και την παράλληλη πρόοδο στην επιστημονική γνώση. Ταυτόχρονα η ψυχική ανθεκτικότητα αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης ερευνητών από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως η Ψυχιατρική, η Ψυχολογία, οι Κοινωνικές Επιστήμες, αλλά και η Γενετική, η Ενδοκρινολογία και οι Νευροεπιστήμες. Όμως παρ' όλο το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον, δεν υπάρχει ένας και μόνον αποδεκτός ορισμός της ψυχικής ανθεκτικότητας στον οποίο να συγκλίνουν και να συμφωνούν οι ερευνητές από τις διαφορετικές ειδικότητες.

Οι βασικές διαφορές πηγάζουν από τη θεώρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας ως ατομικού χαρακτηριστικού ή ως διαδικασίας. Αρχικά η ψυχική ανθεκτι-

κότητα θεωρήθηκε ως προσωπικό χαρακτηριστικό το οποίο τίθεται σε λειτουργία μετά από ένα βραχύχρονο τραύμα (Klohnen 1996). Έτσι δόθηκε έμφαση σε ατομικές δεξιότητες ή ικανότητες, π.χ. νοητικό δυναμικό, οι οποίες βοηθούν ορισμένα άτομα να αντεπεξέλθουν σε αντίξοες συνθήκες. Οι πρώτες έρευνες σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα εστιάστηκαν στις αντιξοότητες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, σταδιακά όμως διευρύνθηκαν και περιέλαβαν την έκθεση σε διαφόρων ειδών αρνητικά γεγονότα σε όλη τη διάρκεια της ζωής –όπως πλημμελή γονική φροντίδα, φτώχεια, σωματικές νόσους, τραυματικά γεγονότα, βία, πόλεμο, και φυσικές καταστροφές– τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολίες προσαρμογής έως και σε εμφάνιση ψυχικών διαταραχών.

Στη συνέχεια, η έρευνα εστιάστηκε στη συμβολή των διαφόρων συστημάτων που βοηθούν το άτομο να αντεπεξέλθει στις αντιξοότητες –οικογένειας, Υπηρεσιών, ομάδων και κοινότητας– με επακόλουθο στους ορισμούς της ψυχικής ανθεκτικότητας να περιλαμβάνονται πλέον «οι δυνάμεις προστασίας και ευαλωτότητας σε πολλαπλά επίπεδα επίδρασης – κουλτούρα, κοινωνία, οικογένεια και άτομο» (Cichetti 2010), όπως επίσης να αναφέρεται και ο όρος της οικογενειακής ψυχικής ανθεκτικότητας, που αφορά τις διαδικασίες προσαρμογής και ενδυνάμωσης της οικογένειας ως συστήματος απέναντι στις αντιξοότητες (Walsh 2002). Σε ακόμη ευρύτερους ορισμούς της ψυχικής ανθεκτικότητας περιλαμβάνονται «οι προστατευτικοί παράγοντες, διεργασίες και μηχανισμοί οι οποίοι συνεισφέρουν σε ένα καλό αποτέλεσμα, παρά την έκθεση του ατόμου σε στρεσογόνα γεγονότα, τα οποία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας» (Hjemdal 2006). Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί «μία δυναμική διαδικασία θετικής προσαρμογής σε πλαίσιο σημαντικής αντιξοότητας» ή περαιτέρω «ένα πολυπαραγοντικό χαρακτηριστικό το οποίο ποικίλλει ανάλογα με το πλαίσιο, τον χρόνο, την ηλικία, το φύλο και την κουλτούρα καταγωγής, όπως επίσης ποικίλλει στο ίδιο άτομο σε διαφορετικές συνθήκες ζωής» (Connors 2003). Χαρακτηρίζεται ως «προσαρμοστική, ρυθμιστική διαδικασία μέσω της οποίας το παιδί αντιστέκεται και μετριάζει ή και εξουδετερώνει τα αποτελέσματα των βιολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών κινδύνων στους οποίους έχει εκτεθεί» (Korn 2012). Ο Michael Rutter (1999), πρωτοπόρος στη μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας, θεωρεί ότι η διαδικασία προσαρμογής λαμβάνει χώρα πριν από, κατά τη διάρκεια, και μετά από το στρες.

Η προσαρμογή ενός ατόμου προκύπτει από πολλές δυναμικές διεργασίες που επισυμβαίνουν είτε (α) εντός του ατόμου – σε (i) βιολογικό επίπεδο (π.χ. γενετικό, ορμονικό) και σε (ii) συμπεριφορικό επίπεδο (π.χ. προσοχή, ικανότητα μάθησης), είτε (β) μεταξύ του οργανισμού και των διαφόρων επιπέδων των ποικίλων συστημάτων από τα οποία περιβάλλεται και με τα οποία αλληλεπιδρά (σχέσεις με γονείς, αδέλφια και συνομηλίκους, επιρροές από το σχολείο και την κοινότητα κ.λπ.). Έτσι, σύμφωνα με τους Masten & Powell (2003), η διαδικασία της προσαρμογής θα επηρεάσει την επίπτωση των στρεσογόνων γεγονότων στο άτομο, επιτείνοντας ή αμβλύνοντας την ευαισθησία του απέναντι σε αυτά.

Απ' όσα εκτέθηκαν παραπάνω προκύπτουν δύο βασικές παράμετροι: (α) διάφοροι παράγοντες και συστήματα αλληλεπιδρούν σε μια δυναμική διαδικασία η οποία αυξάνει την ψυχική ανθεκτικότητα στις αντιξοότητες, και (β) η ψυχική ανθεκτικότητα εξαρτάται από το πλαίσιο και τον χρόνο και μπορεί να μην εμφανίζεται σταθερά σε όλους τους τομείς της ζωής.

Η μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας ανέτρεψε πολλές από τις απόψεις και τα μοντέλα για την αρνητική εξέλιξη των παιδιών που μεγαλώνουν σε μειονεκτικές συνθήκες και αντιξοότητες. Σύμφωνα με τη Masten (2001), το πλέον εκπληκτικό και μη αναμενόμενο εύρημα των μελετών είναι το «σύνηθες», η «κανονικότητα» της ψυχικής ανθεκτικότητας, το συμπέρασμα δηλαδή ότι η ψυχική ανθεκτικότητα προκύπτει μέσα από κανονικές, κοινές, συνήθεις και όχι εξαιρετικές, ασυνήθεις ή σπάνιες διεργασίες. Αυτή η θεώρηση προσφέρει μια πιο αισιόδοξη οπτική για την ανάπτυξη των παιδιών και την ικανότητά τους να αντεπεξέρχονται σε συνθήκες στρες και αντιξοότητας.

Σε ό,τι αφορά την κλινική πρακτική με παιδιά και εφήβους, ο ειδικός ψυχικής υγείας που γνωρίζει ποιοι παράγοντες αυξάνουν την ψυχική ανθεκτικότητα και με ποιον τρόπο το άτομο αντιμετώπισε τις αντιξοότητες στο παρελθόν, μπορεί να ενισχύσει αντίστοιχες θετικές συμπεριφορές και να βοηθήσει έτσι στη διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Ο Michael Rutter (2006) θεωρεί ότι ο κλινικός πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα εξής:

α. Η αντίσταση στους περιβαλλοντικούς κινδύνους μπορεί να προέλθει από την ελεγχόμενη έκθεση σε κινδύνους παρά από την πλήρη αποφυγή τους. Παραλληλίζει μάλιστα με την ανοσία που δημιουργείται μετά από λοίμωξη σε σχέση με εκείνη που προκαλείται έπειτα από εμβολιασμό.

β. Η προστασία μπορεί να προέλθει από χαρακτηριστικά ή καταστάσεις που μάλλον είναι ουδέτερα ή δεν έχουν μείζονα αποτελέσματα όταν δεν συνυπάρχουν και σχετικοί περιβαλλοντικοί κίνδυνοι. Στο σημείο αυτό ο Rutter συσχετίζει με τη σωματική ιατρική αναφέροντας ότι δεν έχει σημασία για ένα άτομο αν είναι ή όχι ετεροζυγώτης δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, εκτός αν ζει σε περιβάλλον όπου υπάρχει ελονοσία. Κατ' αντιστοιχία η υιοθεσία μπορεί να μην έχει ιδιαίτερη σημασία αν το παιδί προέρχεται από περιβάλλον χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα, όμως μπορεί να αποδειχθεί ευεργετική σε περιπτώσεις παιδιών από οικογένειες υψηλού κινδύνου.

γ. Η ψυχική ανθεκτικότητα προέρχεται από εσωτερικές, βιολογικές ή ψυχολογικές, διεργασίες παρά από εξωτερικούς, προστατευτικούς παράγοντες ή παράγοντες κινδύνου. Με άλλα λόγια, δίνεται έμφαση όχι στα αρνητικά εξωτερικά γεγονότα που βιώνει το άτομο, αλλά στο πώς αντιδρά σε αυτά και πώς τα διαχειρίζεται.

δ. Η προστασία μπορεί να προέλθει από γεγονότα που συμβαίνουν μεγάλο διάστημα μετά από την έκθεση στο στρεσογόνο γεγονός, δηλαδή σε ορισμένες περιπτώσεις η ψυχική ανθεκτικότητα αφορά τη μακροχρόνια ανάνηψη από την αντιξοότητα παρά την άμεση ικανοποιητική προσαρμογή. Για παράδειγμα, η εμπειρία ενός υποστηρικτικού γάμου μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση σε παιδιά που είχαν μεγαλώσει σε ιδρύματα, όχι μόνο μέσω της ασφαλούς σχέσης που δημιουργείται με τον/τη σύζυγο, αλλά και λόγω του νέου διευρυμένου κοινωνικού δικτύου που παρέχει ευκαιρίες για νέες ταυτίσεις με πιο υγιή πρότυπα. Ο Rutter με τον τρόπο αυτό δίνει έμφαση στα σημεία-καμπή στη ζωή των ατόμων και το όφελος που μπορεί να προέλθει από αυτά.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Ο αριθμός των μελετών για την ψυχική ανθεκτικότητα, όπως προαναφέρθηκε, είναι εξαιρετικά μεγάλος. Ωστόσο οι μελέτες προέρχονται από ερευνητές διαφορετικών επιστημών, με διαφορετική οπτική και προσέγγιση, με αποτέλεσμα εκτός από την προαναφερθείσα έλλειψη ενός κοινά αποδεκτού ορισμού και διαφορές στη μέτρηση δεικτών ψυχικής ανθεκτικότητας σε διαφορετικά αναπτυξιακά στάδια. Τα παραπάνω επηρεάζουν τα αποτελέσματα των μελετών και περιορίζουν τη συγκρισιμότητά τους. Άλλος περιοριστικός παράγοντας είναι το γεγονός ότι η έρευνα για την ψυχική ανθεκτικότητα βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε μελέτες περιστατικών, οι οποίες, αν και ενδιαφέρουσες και πλούσιες σε υλικό, στερούνται αξιοπιστίας (Atkinson 2009). Τέλος, επισημαίνεται ότι η έρευνα η σχετική με την ψυχική ανθεκτικότητα διαφέρει από την έρευνα για τους παράγοντες κινδύνου, καθώς εστιάζεται στα ψυχικά αποθέματα (resources) από τους οποία αντλούν ορισμένα παιδιά και έφηβοι ώστε τελικά να είναι ικανά να ξεπεράσουν τα αρνητικά αποτελέσματα της έκθεσής τους σε κινδύνους (Fergus & Zimmerman 2005).

Οι μελέτες σε παιδιά και εφήβους εστιάζονται στην ικανότητα κατά τη διάρκεια των διαφορετικών αναπτυξιακών σταδίων, σε τομείς που αφορούν τη συμπεριφορική, συναισθηματική και ακαδημαϊκή λειτουργικότητα. Ωστόσο η ικανότητα του παιδιού-εφήβου σε έναν τομέα δεν εγγυάται την ικανότητα σε κάποιον άλλο, γι' αυτό και η μέτρηση της ικανότητας σε ένα μόνο τομέα δεν αντανακλά τη συνολική ικανότητα, ενώ από την άλλη μεριά είναι δύσκολη η μέτρηση της συνολικής λειτουργικότητας, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η σύγκριση των διαφόρων μελετών σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα, και ακολούθως η εξαγωγή συμπερασμάτων (Walsh 2010).

Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται στη μέτρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε παιδιά και εφήβους αφορούν τη λειτουργικότητά τους σε τομείς όπως η σχολική επίδοση, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η συμπεριφορά, η ρύθμιση του συναισθήματος, οι κοινωνικές δεξιότητες, όπως επίσης και συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, παραβατικότητας και χρήσης ουσιών (Daigneault 2007). Σύμφωνα με τους Luthar και Cicchetti (2000), στα παιδιά και τους εφήβους η ψυχική ανθεκτικότητα μετράται με παρατηρούμενες συμπεριφορές, όπως η ικανότητα για κοινωνικές σχέσεις, η ακαδημαϊκή επιτυχία και ο ασφαλής δεσμός με τον γονέα ή το άτομο που φροντίζει το παιδί, όπως επίσης και με την απουσία ψυχοπαθολογίας. Οι ερευνητές έχουν αναπτύξει διάφορες κλίμακες

μέτρησης της ψυχικής ανθεκτικότητας, χρησιμοποιώντας είτε αυτο-αναφορές είτε μετρήσεις παρατηρητών, όπως η Connors-Davidson Resilience Scale (Connors, Davidson 2003).

Δυσκολίες υπάρχουν επίσης στη μέτρηση του βαθμού όπως επίσης και της διάρκειας της αντιξοότητας. Στην έρευνα της ψυχικής ανθεκτικότητας, εκτός από την παιδική κακοποίηση που αποτελεί την αφετηρία μελέτης της αλλά και το βασικό κορμό της βιβλιογραφίας, οι αντιξοότητες οι οποίες έχουν κυρίως έχουν μελετηθεί αφορούν χρόνιες νόσους, (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη), κακοήθη και καταληκτικά νοσήματα, τραυματισμούς, νοσηλεία, απώλειες και θάνατο, έντονη οικογενειακή δυσλειτουργία και διαζύγιο, πόλεμο και προσφυγιά, φυσικές καταστροφές και, πιο πρόσφατα, τον σχολικό εκφοβισμό.

Άλλοι περιορισμοί στη σχετική βιβλιογραφία είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος πολλών από τις μελέτες, η αναφορά σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, η οποία καθιστά δύσκολη τη γενίκευση των ευρημάτων, όπως επίσης η ύπαρξη πολλών μελετών αυτο-αναφοράς. Τα συμπεράσματα των ποιοτικών μελετών έχουν, επίσης, περιορισμένη δυνατότητα γενίκευσης στο σύνολο του πληθυσμού. Τέλος, οι διασταυρούμενες μελέτες δεν μπορούν να προσδιορίσουν αιτιολογικές σχέσεις, καθώς η έκθεση στο στρες και το αποτέλεσμα μετρώνται την ίδια στιγμή.

Πολλοί από τους παράγοντες που συνδέονται με την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας έχουν πολλαπλασιαστικό ή συσσωρευτικό αποτέλεσμα, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να διευκρινιστεί αν συσχετίζονται απευθείας με την ψυχική ανθεκτικότητα ή μετριάζουν την επίδραση των παραγόντων κινδύνου, όπως επίσης δεν είναι εύκολο να διασαφηνιστεί και η ακριβής συσχέτισή τους με το πλαίσιο.

Επίσης στη βιβλιογραφία ανευρίσκονται και οι παρακάτω έννοιες, οι οποίες συνδέονται με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας σε αντιξοότητες, ενώ οι τρεις πρώτες αφορούν και την ανταπόκριση σε καθημερινά στρεσογόνα γεγονότα: (α) Αντοχή (hardiness) – η αίσθηση ελέγχου στη ζωή, η απόδοση νοήματος στην ύπαρξη και η αντίληψη της αλλαγής ως πρόκληση (Kobasa 1979), (β) Εύρεση οφέλους (benefit finding) – η ικανότητα του ατόμου να δίνει νόημα στην αντιξοότητα εστιάζοντας στις θετικές αλλαγές ή την προσωπική ανάπτυξη (Weaver 2008), (γ) Ευδοκίμηση, ευημερία (thriving) – η ικανότητα του ατόμου μετά την έκθεση στο στρες όχι μόνο να επιστρέφει στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας, αλλά επιπλέον να ανέρχεται σε ακόμη υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας, με την απόκτηση νέων δεξιοτήτων, γνώσεων, αυτοπεποίθησης, ή ακόμη με τη βελτίωση κοινωνικών σχέσεων (Carver 1998), και τέλος, (δ) Ανάπτυξη μετά το τραύμα (posttraumatic growth) – πολυδιάστατη έννοια που περιγράφει λειτουργικότητα, μετά την έκθεση σε σημαντική αντιξοότητα, σε ακόμη υψηλότερο επίπεδο, με αυξημένη εκτίμηση της ζωής, πιο στενές διαπροσωπικές σχέσεις, αίσθηση δύναμης, ανακάλυψη νέων ευκαιριών και πνευματική ανάπτυξη (Tedeschi, Calhoun 2004).

ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι μείζονες παράγοντες οι οποίοι συνεισφέρουν στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας εμπίπτουν σε δύο ευρείες κατηγορίες: (α) ατομικούς, και (β) περιβαλλοντικούς, οι οποίοι διακρίνονται σε οικογενειακούς και κοινωνικούς.

Ατομικοί – Προσωπικοί παράγοντες

Διάφορα χαρακτηριστικά του ατόμου έχει βρεθεί ότι συνδέονται με την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας. Σε αυτά περιλαμβάνονται στοιχεία της προσωπικότητας, όπως η εξωστρέφεια, η πεποίθηση ότι η ζωή κάποιου εξαρτάται περισσότερο από τις δικές του προσπάθειές του παρά από την τύχη (internal locus of control), η αυτοεκτίμηση, η θετική γνωστική εκτίμηση των γεγονότων, η αισιοδοξία, αλλά και η νοητική λειτουργία, η γνωστική ευελιξία, η κοινωνικότητα, η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος και η προσαρμοστικότητα (Joseph 2006). Σε άλλες μελέτες, όπως σε περιπτώσεις παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση, δεν φαίνεται να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση του νοητικού δυναμικού με την ψυχική ανθεκτικότητα (Afifi & Macmillan 2011).

Η συναισθηματική νοημοσύνη (Mayer 2003) καθώς και το αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας (self-efficacy) (Rutter 1999) συγκαταλέγονται επίσης στους παράγοντες που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως ηλικία, φύλο και εθνικότητα, δεν φαίνεται να συσχετίζονται σταθερά με την ψυχική ανθεκτικότητα, καθώς τα ευρήματα των διαφόρων μελετών ποικίλουν. Επίσης κάποιοι παράγοντες μπορεί να είναι ειδικοί σε κάποιο αναπτυξιακό στάδιο, ενώ άλλοι να λειτουργούν σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

Βιολογικοί παράγοντες

Είναι γνωστό ότι πρώιμες αρνητικές εμπειρίες μπορεί να επηρεάσουν τη δομή και τη λειτουργικότητα του εγκεφάλου και επακόλουθα να αυξήσουν ή να ελαττώσουν την ευαλωτότητα του ατόμου για ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Ενδεικτικά αναφέρονται τα ευρήματα ορισμένων μόνον σχετικών μελετών.

Στην έρευνα τη σχετική με την παιδική κακοποίηση, διαφορετικοί βιολογικοί παράγοντες φαίνεται να συνδέονται με την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας. Στη μελέτη των Curtis & Cicchetti (2007) παρατηρήθηκαν ηλεκτροεγκεφαλογραφικές διαφορές σε παιδιά ηλικίας 6–12 ετών που είχαν υποστεί κακοποίηση ανάλογα με την ψυχική ανθεκτικότητα που επέδειξαν. Σε μελέτη μέτρησης των επινεφριδιακών στεροειδών σε κακοποιημένα και μη παιδιά, οι τιμές της κορτιζόλης, της δεϋδροεπιανδροστερόνης, όπως επίσης και παράμετροι της προσωπικότητας βρέθηκαν ανεξάρτητοι συντελεστές της ψυχικής ανθεκτικότητας (Cicchetti & Rogosh 2007).

Ο ρόλος της σεροτονίνης στην ανάπτυξη του εγκεφάλου είναι κεντρικός. Ευρήματα μελετών σχετικά με την επίδραση των γενετικών παραλλαγών στο γονίδιο μεταφορέα της 5-υδροξυτρυπταμίνης (SLC6A4) ή της ενδομήτριας έκθεσης σε αντικαταθλιπτικά στον προγραμματισμό της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, δείχνουν ότι μεταβολές στα επίπεδά της μπορεί να δρουν μάλλον ως «παράγοντες πλαστικότητας», παρά σαν «δείκτες ευαλωτότητας», και επομένως να εξηγούν τις ατομικές διαφορές στην επίδραση των παραγόντων κινδύνου και την ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας (Oberlander 2012).

Στρεσογόνα γεγονότα στην παιδική ηλικία και την εφηβεία, ιδίως στην πρώιμη παιδική ηλικία, μπορεί να δημιουργήσουν μακρόχρονες μεταβολές στον άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια (ΥΥΕ), οι οποίες μπορεί να αυξήσουν την ευαλωτότητα για ανάπτυξη αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών (Gladstone 2004).

Περιβαλλοντικοί – Συστημικοί παράγοντες

Οικογένεια και Κοινότητα

Στην εκτενέστατη βιβλιογραφία τη σχετική με την ψυχική ανθεκτικότητα προβάλλει ιδιαίτερα η σημασία του οικογενειακού περιβάλλοντος και των στενών οικογενειακών σχέσεων και δεσμών. Όπως είναι γνωστό, η οικογένεια κατέχει πρωταρχικό ρόλο στη θεωρία, την έρευνα και την πρακτική που σκοπεύουν στην κατανόηση και βελτίωση της ανάπτυξης του παιδιού, ενώ η ποιότητα της γονικής φροντίδας και των σχέσεων γονέων-παιδιού αποτελεί τη βάση της ανάπτυξης, τόσο σε φυσιολογικές συνθήκες όσο και σε συνθήκες υψηλού κινδύνου. Ανάμεσα στους πλέον σταθερούς, σημαντικούς παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η ύπαρξη υποστηρικτικών γονέων που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των παιδιών τους, ενώ ταυτόχρονα δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο των πρώιμων σχέσεων και τη σημασία του ασφαλούς δεσμού.

Σε κακοποιημένα παιδιά, ο ασφαλής δεσμός με τη μητέρα, η οικογενειακή σταθερότητα, η καλή γονική φροντίδα και η απουσία κατάθλιψης ή χρήσης ουσιών από τη μητέρα, συνδέονται με λιγότερα συμπεριφορικά προβλήματα και καλύτερη λειτουργικότητα και ψυχική ευεξία. Επίσης, τα αισθητηριακά σήματα της μητέρας προς το παιδί στην πρώιμη ηλικία παίζουν σημαντικό ρόλο στον προγραμματισμό της δομής και της λειτουργίας του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου, προάγοντας ανάλογα την ευαλωτότητα ή την ψυχική ανθεκτικότητα σε συναισθηματικές και γνωστικές διαταραχές (Baram 2012).

Η στήριξη από την οικογένεια, τους συνομηλίκους, τους δασκάλους και άλλους σημαντικούς ενήλικες συνδέεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα. Σε ό,τι αφορά περιβαλλοντικούς παράγοντες που προέρχονται από την κοινότητα, το καλό σχολικό περιβάλλον, οι ευκαιρίες για αθλητισμό και καλλιτεχνικές δραστηριότητες, πολιτιστικοί παράγοντες, η πνευματικότητα και η θρησκεία, όπως επίσης και η απουσία έκθεσης σε βία, συνεισφέρουν στην ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας (Luthar 2000). Η στήριξη των παιδιών που αντιμετωπίζουν αντιξοότητες από τους εκπαιδευτικούς αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου το οικογενειακό περιβάλλον ανεπαρκεί. Ταυτόχρονα, παρατηρείται να συμβαίνει και το αντίστροφο, αποδεικνύοντας έτσι τη σημασία τόσο της οικογένειας όσο και του σχολείου στην προαγωγή της ψυχικής ανθεκτικότητας στα παιδιά και τους εφήβους (Way, Robinson 2003). Τα παραπάνω ευρήματα είναι σημαντικό να ληφθούν υπ' όψη στη χάραξη κοινωνικής πολιτικής με στόχο την προαγωγή της ψυχικής ανθεκτικότητας στο γενικό πληθυσμό.

Αλληλεπίδραση μεταξύ προσωπικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών-συστημικών παραγόντων

Η δυναμική αλληλεπίδραση των προσωπικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών-συστημικών παραγόντων ελκύει συνεχώς το ενδιαφέρον των ερευνητών. Ακόμη και ατομικοί παράγοντες, όπως π.χ. η νοημοσύνη ή αίσθηση ελέγχου στη ζωή, δεν παραμένουν σταθεροί και αμετάβλητοι, αλλά επηρεάζονται σαφώς από το εξωτερικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει το άτομο. Για παράδειγμα, οι Koenen et al (2003) έδειξαν ότι η ενδοοικογενειακή βία επιφέρει σημαντικές μεταβολές στο νοητικό πηλίκο των παιδιών. Επομένως οι ατομικοί παράγοντες ευαλωτότητας και η ψυχική ανθεκτικότητα πρέπει να εξετάζονται σε συνάρτηση με το περιβάλλον στο οποίο ζει και μεγαλώνει το παιδί.

Η μελέτη της αλληλεπίδρασης γονιδίων και περιβάλλοντος έδωσε νέα οπτική στη μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας (Γονίδια Χ Περιβάλλον). Εκτός από την αλληλεπίδραση της γενετικής προδιάθεσης με το περιβάλλον και τις εμπειρίες ζωής στην ανάπτυξη ψυχικών νόσων, φαίνεται ότι οι αρνητικές κοινωνικές εμπειρίες μπορεί να οδηγήσουν σε ουσιαστικές και διαρκείς αλλαγές στην έκφραση των γονιδίων που μπορούν στη συνέχεια να επηρεάσουν τη συμπεριφορά, και μάλιστα να μεταδοθούν στην επόμενη γενιά. Στην περίπτωση των κακοποιημένων παιδιών, φαίνεται ότι γενετικές παραλλαγές, όπως πολυμορφισμοί της μονοαμινο-οξειδάσης Α (ΜΑΟΑ), μπορεί να δράσουν προστατευτικά, καθώς βρέθηκε ότι σε αγόρια που είχαν υποστεί κακοποίηση η υψηλή δραστηριότητα της ΜΑΟ συνδυαζόταν συχνότερα με αντικοινωνική συμπεριφορά (Caspi et al 2002). Επίσης, πολυμορφισμοί στο γονίδιο του νευροτροφικού παράγοντα και του μεταφορέα της σεροτονίνης σε συνδυασμό με την ύπαρξη κακοποίησης προδιαθέτουν για την ανάπτυξη κατάθλιψης (Γονίδιο Χ Γονίδιο Χ Περιβάλλον), όμως η ύπαρξη προστατευτικών κοινωνικών συστημάτων ελαττώνει αυτόν τον κίνδυνο (Γονίδιο Χ Γονίδιο Χ Περιβάλλον Χ Περιβάλλον) (Cicchetti 2007).

Οι Caspi et al (2003) ταυτοποίησαν γονίδια, που αφορούν το μεταβολισμό της ΜΑΟ-Α και της σεροτονίνης, μέσω των οποίων ορισμένα από τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση προστατεύονται από την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή. Ο Kim-Cohen et al (2004) μελέτησαν τους γενετικούς και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας και την αλληλεπίδρασή τους, σε ένα δείγμα 1.116 ζευγών διδύμων από χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον. Τα ευρήματά τους συνηγορούν για τον προστατευτικό ρόλο τόσο της μητρικής στοργής όσο και της ιδιοσυγκρασίας του παιδιού, παραγόντων που δρουν μέσω γενετικών αλλά και περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Σύμφωνα με γενετικές μελέτες, πολυμορφισμοί των γονιδίων που ρυθμίζουν τον άξονα ΥΥΕ σε συνδυασμό με κακοποίηση αυξάνουν την λειτουργικότητα του άξονα αμυγδαλή-υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια, και οδηγούν στην ανάπτυξη διαταραχών συνδεόμενων με το στρες (Gillespie 2009). Και από τις μελέτες αυτές φαίνεται η σημασία των κρίσιμων για την ανάπτυξη περιόδων και της μητρικής φροντίδας και της αναπτυξιακής υποστήριξης στην απόκτηση ικανοτήτων για την αντιμετώπιση τους στρες και των αντιξοοτήτων.

Οι Davydof et al (2010), μετά από ανασκόπηση σχετικών μελετών από διαφορετικά γνωστικά πεδία, προτείνουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα προέρχεται από τη σύμπλοκη αλληλεπίδραση δυνάμεων σε διαφορετικά επίπεδα: γενετική κληρονομιά, αλληλεπίδραση γονιδίων-περιβάλλοντος, θετικές και αρνητικές εμπειρίες, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο.

Ευρήματα πρόσφατων μελετών στην αναπτυξιακή νευροβιολογία επιβεβαιώνουν τη συνεισφορά τόσο γενετικών όσο και περιβαλλοντικών παραγόντων στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας, επομένως και τη σημασία του ασφαλούς δεσμού για τη δημιουργία της (Korn 2012).

Οι Drury & Williams (2012), μετά από ανασκόπηση μελετών που αφορούν παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες πρόσφυγες, που έχουν βιώσει συνθήκες πολέμου και έχουν υπάρξει θύματα ή δράστες μαζικής βίας και τρομοκρατικών ενεργειών, αναφέρουν ως παράγοντες που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας, (α) ατομικά χαρακτηριστικά, όπως ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος, και (β) περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως την κατάλληλη γονική φροντίδα και την κοινωνική υποστήριξη, με έμφαση στην αποδοχή από την κοινότητα μετά την επιστροφή του ατόμου σε αυτή.

Σε άλλη μελέτη που αφορά τους προστατευτικούς παράγοντες σε παιδιά που βίωσαν τις αντιξοότητες του πολέμου βρέθηκε ότι ανάμεσα στους παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτι-

κότητας, είναι ο ισχυρός δεσμός του παιδιού με το πρωταρχικό άτομο που το φροντίζει, η κοινωνική υποστήριξη από τους δασκάλους και τους συνομηλίκους, και η κοινή αίσθηση αξιών με τα υπόλοιπα άτομα της κοινότητας (Werner 2012).

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι παράγοντες που προάγουν την ψυχική υγεία είναι ανάλογοι με εκείνους που συνεισφέρουν στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ωστόσο η ψυχική ανθεκτικότητα δεν είναι ταυτόσημη με τη θετική ψυχική υγεία και διακρίνεται από αυτή, καθώς πρόκειται για θετική αντίδραση σε έντονο στρες και αντιξοότητα με διατήρηση ή και βελτίωση του προηγούμενου επιπέδου ψυχικής υγείας. Οι παράγοντες που επιδρούν θετικά τόσο στην ψυχική υγεία όσο και στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας, λειτουργούν όχι μόνο σε ατομικό αλλά και σε ευρύτερο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο. Επομένως, σε ό,τι αφορά την πολιτική υγείας, η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να προωθηθεί με μέτρα δημόσιας υγείας που απευθύνονται αφενός στο σύνολο του πληθυσμού και αφετέρου σε επιλεγμένες ομάδες, παράλληλα με αλλαγές του Συστήματος Υγείας. Μείζονες στόχους αποτελούν η ενδυνάμωση της οικογένειας, η ενίσχυση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και των Συμβουλευτικών Υπηρεσιών, η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος στα σχολεία, η ανάπτυξη κοινοτικών Προγραμμάτων Πρόληψης σε συνδυασμό με την συνεχιζόμενη έρευνα για την ψυχική ανθεκτικότητα (Ager 2012).

Παραδείγματα παρεμβάσεων που μπορούν να ευνοήσουν την ανάπτυξη ψυχικής ανθεκτικότητας σε παιδιά και εφήβους είναι προγράμματα παρέμβασης στην πρώιμη παιδική ηλικία, παρεμβάσεις στο σχολείο αλλά και προγράμματα υποστήριξης νέων γονέων, πάντοτε λαμβάνοντας υπ' όψιν το κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο και τις ιδιαιτερότητες της κάθε πληθυσμιακής ομάδας (Herrman et al 2005). Πολύ μεγάλης αξίας είναι τα κοινοτικά προγράμματα παρέμβασης που προωθούν την ανάπτυξη στην πρώιμη παιδική ηλικία (Engle et al 2007), δεδομένου ότι σ' αυτή τη φάση ζωής αφενός οι παράγοντες προστασίας, όπως ο ασφαλής δεσμός, αυξάνουν την ψυχική ανθεκτικότητα των πολύ μικρών παιδιών και προστατεύουν από την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, αφετέρου η ευαλωτότητα στο στρες είναι υψηλή.

Σε περιπτώσεις καταστροφικών γεγονότων, σημαντικές για την προαγωγή της ψυχικής ανθεκτικότητας του πληθυσμού κρίνονται η συστηματική και έγκαιρη ανίχνευση ατόμων, ιδίως παιδιών, που είναι ευάλωτα για ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, η παροχή κατάλληλης συμβουλευτικής και θεραπείας, η εκπαίδευση του προσωπικού των Υπηρεσιών Υγείας και των τοπικών φορέων, η χάραξη πολιτικών πρόληψης και η συνεχιζόμενη έρευνα (Beaton 2009).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με όσα εκτέθηκαν παραπάνω και τις διαφορετικές προσεγγίσεις και αιτιολογικές θεωρίες που παρουσιάστηκαν, η ψυχική ανθεκτικότητα, όπως και η υγεία ή η αρρώστια εξάλλου, εξαρτάται και προσδιορίζεται από πολλαπλούς παράγοντες που βρίσκονται σε συνεχή δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, οι βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τις εμπειρίες ζωής, τις κοινωνικές συνθήκες, την κουλτούρα και το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο. Επομένως η ψυχική ανθεκτικότητα θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένα βιο-ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο.

Από τον εξαιρετικά μεγάλο αριθμό των άρθρων φαίνεται το ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον ερευνητών και κλινικών από διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα των επιστημών υγείας, όπως επίσης και των κοινωνικών επιστημών, για το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ακριβώς αυτή η διαφορετική οπτική αντανακλάται και στους διαφορετικούς ορισμούς που έχουν προταθεί για την ψυχική ανθεκτικότητα και οι οποίοι εξελίσσονται στη διάρκεια του χρόνου. Κοινό γνώρισμα ωστόσο όλων των ορισμών είναι η έννοια της θετικής προσαρμογής ή της ικανότητας να διατηρηθεί ή να ανακτηθεί η ψυχική υγεία παρά τις αντιξοότητες που βιώνει το άτομο (Hermann 2011).

Η ψυχική ανθεκτικότητα θεωρείται πλέον ως μια δυναμική διεργασία που διαρκεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής και προέρχεται από την αλληλεπίδραση ατομικών χαρακτηριστικών και περιβάλλοντος. Η σημασία των πρώιμων σχέσεων, του ασφαλούς δεσμού, και η ποιότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος και του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο ζει το παιδί και ο έφηβος, είναι καθοριστικές. Παράλληλα ενώ ένας βαθμός στρες θεωρείται θετικός για την υγιή ανάπτυξη, η ψυχική ανθεκτικότητα είναι πιθανότερο να αποκτηθεί όταν το παιδί ή ο ενήλικος καταφέρει

να αντεπεξέλθει επιτυχώς σε εμπειρία έντονου, συχνού ή παρατεταμένου στρες.

Η μελέτη των παραγόντων που συντελούν στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας αναμένεται ότι θα συνεισφέρει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των παιδιών, εφήβων και ενηλίκων που έχουν υποστεί κακοποίηση ή έχουν εκτεθεί σε άλλες μορφές αντιξοότητας. Παράλληλα θα συμβάλει στη χάραξη πολιτικών υγείας και το σχεδιασμό-υλοποίηση προγραμμάτων παρέμβασης από Υπηρεσίες Υγείας και Ψυχικής υγείας, με στόχο την Πρόληψη εμφάνισης διαταραχών και την προαγωγή της ανάπτυξης και της ψυχικής υγείας ατόμων, ευπαθών ομάδων και του πληθυσμού συνολικά.

RESILIENCE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

K. Ladopoulou

Medical-Pedagogical Centre - 5th Children and Adolescents' Mental Health Sector, Athens General Children's Hospital "Pan. & Agl. Kyriakou", Athens, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2013, 1:27–36

Last two decades, in parallel with the study of risk factors and vulnerability to stress, researchers from different disciplines, such as psychiatry, psychology, social science, genetics, endocrinology and neuroscience, show growing interest in resilience, i.e. the positive adaptation and the ability to maintain and regain, even more improve, mental health despite exposure to severe adversity. In this review of the literature, the definitions of resilience and their evolution over time and the factors that contribute to its development, through dynamic processes that occur either (a) within the individual - in biological and behavioral level, or (b) between the individual and the various systems with which it interacts, are presented. Also there is reference to the relevant research in children and adolescents, which apart from child maltreatment and abuse, which was the starting point of the study of resilience, it deals with serious and/or chronic adversity, such as chronic illness, malignant and terminal illness, traumatic injuries, hospitalization, loss and death, severe family dysfunction and divorce, war and refugee state, natural disasters and, more recently, school bullying. Finally, the implications of the research findings at the public policy aiming to promote resilience in the risk families and the general population are discussed.

Key words: Resilience, vulnerability, risk factors, children and adolescents' mental health.

Βιβλιογραφία

Afifi TO, Macmillan HL. Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Canadian J Psychiatry* 2011, 56:266–72

Ager A. Annual Research Review: Resilience and child well-beingpublic policy implications. *J Child Psychology and Psychiatry* 2012

Dec 14. doi: 10.1111/jcpp.12030. [Epub ahead of print]

Atkinson PA, Martin CR, Rankin J. Resilience revisited. *J Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009, 16:137–45

Baram TZ, Davis EP, Obenaus A, Sandman CA, Small SL, Solodkin A, Stern H. Fragmentation and unpredictability of early-life experience in mental disorders. *Am J Psychiatry* 2012, 169:907–915

Beaton RD, Murphy SA, Houston JB, Reyes G, Bramwell S, McDaniel M, Reissman DB, Pfefferbaum B. The role of public health in mental and behavioral health in children and families following disasters. *J Public Health Management and Practice* 2009, 15:E1–11

Bonnano GA. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychologist* 2004, 50:20–28

Carver CS. Resilience and thriving: issues, models and linkages. *J Social Issues* 1998, 54:245–256

Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002, 297:851–854

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J et al. Influence of life stress on depression. Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003, 301:386–389

Cicchetti D, Rogosch FA, Sturge-Apple ML. Interactions of child maltreatment and serotonin transporter and monoamine oxidase A polymorphisms: depressive symptomatology among adolescents from low socioeconomic status backgrounds. *Developmental Psychopathology* 2007, 19:1161–1180

Cicchetti D, Rogosh FA. Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: a multilevel perspective. *Developmental Psychopathology* 2007, 19:787–809

Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry* 2010, 9:145–154

Connors KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) *Depression and Anxiety* 2003, 18:76–82

Curtis WJ, Cicchetti D. Emotion and resilience: a multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and nonmaltreated children. *Developmental Psychopathology* 2007, 18:651–677

Daigneault I, Hebert M, Tourigny M. Personal and interpersonal characteristics related to resilient developmental pathways of sexually abused adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2007, 16:415–434

Davydof DM, Stewart R, Ritchie K et al. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review* 2010, 30:479–495

Drury J, Williams R. Children and young people who are refugees, internally displaced persons or survivors or perpetrators of war, mass violence and terrorism. *Current Opinion in Psychiatry* 2012, 25:277–284

Engle PL, Black MM, Behrman JR et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet* 2007, 369:229–242

Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health* 2005, 26:399–419

Gillespie CF, Phifer J, Bradley B et al. Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depression and Anxiety* 2009, 26:984–992

Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB et al. Implications of childhood trauma for depressed woman: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Amer J Psychiatry* 2004, 161:1417–1425

Hawley DR, DeHaan L. Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Family Process* 1996, 35:283–298

Herrman H, Jané-Llopis E. Mental health promotion in public health. *Promotion and Education* 2005, (Suppl 2):42–47

Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *Canadian J Psychiatry* 2011, 56:258–265

Hjemdal O, Aune T, Reinfjell T et al. Resilience as a predictor of depressive symptoms: a correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychol Psychiatry* 2007, 12:91–104

Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC et al. A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 2006, 39:84–96

Joseph S, Linley PA. Growth following adversity: theoretical perspective and implications for clinical practice. *Clinical Psychology* 2006, 26:1041–1053 (Review)

Kim-Cohen J, Moffit TE, Caspi A, Taylor A. Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation. *Child Development* 2004, 75:651–668

Klohnen EC. Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *J Pers Soc Psychol* 2006, 70:1067–1079

Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Personality and Social Psychology* 1979, 37:1–11

Koenen KC, Moffit TE, Caspi A, Taylor A, Purcell S. Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology* 2003, 15:29–311

Korn L. Resilience: an interdisciplinary approach to concept and findings. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2012, 61:305–21

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 2000, 71:543–562

Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psycologists* 2001, 56:227–238

Masten AS, Powell JI. A resilience framework for research, policy and-practice. In: Luthar SS (ed) Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities. NY, New York, Cambridge University Press, 2003:1–25

Mayer JD, Salovery P, Caruso DR, Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. Emotion 2003, 3:97–105

Oberlander TF. Fetal serotonin signaling: setting pathways for early childhood development and behavior. *J Adolescent Health* 2012, 51(Suppl 2):S9–16

Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2006, 1094:1–12

Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *J Family Therapy* 1999, 21:119–144

Rutter ML. Psychosocial adversity and child psychopathology. *British J Psychiatry* 1999, 74:480–489

Stewart DE. Toward Understanding Resilient Outcomes. *Canadian J Psychiatry* 2011, 56:256–257

Tedeschi R, Calhoun L. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004, 15:1–18

Wald J, Taylor S, Asmundson G, Jang KL, Stapleton J. Literature review of concepts: psychological resiliency. Toronto (ON): Defence Resaerch and Development, Canada, 2006

Walsh F. A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations* 2002, 51:130–138

Walsh WA, Dawson J, Mattingly MJ. How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy? *Trauma Violence Abuse* 2010, 11:27–41

Way N, Robinson MG. A longitudinal study of the effects of family, friends and school experiences on the psychological adjustment of ethnic minority, low SES adolescents. *J Adolescence Research* 2003, 18:324–346

Weaver KE, Libre MM, Lechner SC et al. Comparing unidimensional and multidimensional models of benefit finding in breast and prostate cancer. *Quality of Life Research* 2008, 17:771–781

Werner EE. Children and war: risk, resilience, and recovery. *Developmental Psychopathology* 2012, 24:553–558

Θεωρητικά Θέματα
Theoretical articles

Ο ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΦΗΒΟ

Γ. Στεφανάτος

Ψυχίατρος, Παιδοψυχίατρος Μέλος του CILA (Collège International de l' Adolescence), Ψυχαναλυτής μέλος της Γαλλικής Ψυχαναλυτικής Εταιρείας Quatrième Groupe

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2013, 1:37–47

Με αφετηρία τις ιδιαιτερότητες της ψυχοπαθολογίας στην εφηβεία και το πέρασμα από μια «ψυχωτική δυνητικότητα» σε φανερή ψύχωση, ο συγγραφέας του άρθρου προτείνει μια θεώρηση της εργασίας του ψυχαναλυτή με εφήβους που εμφανίζουν ψυχωτικού τύπου λειτουργία. Διερευνώνται οι προϋποθέσεις και τα όρια της ψυχαναλυτικής εργασίας σε ατομικό και σε θεσμικό θεραπευτικό πλαίσιο καθώς και οι μεταξύ τους διαρθρώσεις. Γίνεται αναφορά στην υποδοχή του αιτήματος, στην αξιολόγηση της ψυχικής λειτουργίας και των αμυνών του εφήβου, ενώ παράλληλα εξετάζεται ο ρόλος και η σημασία του λόγου των γονέων. Παρουσιάζεται κλινικό υλικό που αναφέρεται στη μεταβιβαστική και αντιμεταβιβαστική προβληματική και αφορά τη χρήση «ερμηνευτικών κατασκευών» από τον αναλυτή ως απάντηση στην ανάγκη υποκειμενικής ιδιοποίησης από τον έφηβο του παιδικού σωματο-ψυχικού του βιώματος.

Λέξεις ευρετηρίου: Ψύχωση, εφηβεία, ψυχανάλυση, θεραπευτικό πλαίσιο, θεσμός

Πώς επιτελείται το πέρασμα από την κρίση της εφηβείας στην ψυχωτική αποδιοργάνωση του εφήβου; Σε ποιες συνθήκες και υπό την επίδραση ποιων παραγόντων εγκαθίσταται μια ψυχωτική δυνητικότητα στην ψυχική λειτουργία του παιδιού και πώς αυτή διαφοροποιείται από την επονομαζόμενη επιπωματική παιδική ψύχωση; Με ποιους τρόπους ενεργοποιείται αυτή η δυνητικότητα στην εφηβεία οδηγώντας σε ένα ψυχωτικό επεισόδιο;

Ποια είναι η θέση του ψυχαναλυτή απέναντι στον έφηβο σε αυτές τις συνθήκες; Ποιοι είναι οι όροι και ποιες οι ιδιαίτερες προϋποθέσεις που καθιστούν εφικτή την ψυχαναλυτική εργασία; Πώς παρεμβαίνει ο ψυχιατρικός θεσμός και η θεραπευτική ομάδα; Τέλος,

Αλληλογραφία: Γ. Στεφανάτος, Ιωάννου Γενναδίου 14α, 115 21 Αθήνα, Τηλ. 210-72 54 063, e-mail: gstephan@otenet.gr

με ποιους τρόπους διαρθρώνεται η ψυχαναλυτική θεραπεία με τη φροντίδα στον ψυχωτικό έφηβο;

Τα κρίσιμα αυτά ερωτήματα που ακροθιγώς θα προσεγγίσω, δεν έχουν ούτε εύκολη απάντηση, ούτε μονολιθική προσέγγιση. Σήμερα ωστόσο, που η εργασία του ψυχαναλυτή επεκτείνεται και οφείλει να επεκτείνεται «εκτός ντιβανιού» αλλά και «εκτός συνεδρίας» σε διάφορα θεσμικά και θεραπευτικά πλαίσια, η παρουσία του κοντά στον έφηβο έχει καθοριστική σημασία. Με την απαραίτητη όμως προϋπόθεση, ότι οι δραστηριότητες του θα παραμείνουν συμβατές και αναγώγιμες στο θεωρητικό-κλινικό και μεθοδολογικό μοντέλο που χαρακτηρίζει το σύνολο της πρακτικής του.

ΨΥΧΩΣΗ, ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η σύνδεση της ψύχωσης με την εφηβεία έχει γίνει από παλιά. Οι ψυχίατροι ήδη από τον 19ο αιώνα συνέδεσαν ορισμένες κλινικές εικόνες ψυχωτικής συμπτωματολογίας με την ήβη. Υπενθυμίζω την πρώτη κλασική περιγραφή της «ηβηφρένειας» από τον Morel το 1860, τις σοβαρές επιπτώσεις της στην οργάνωση της ψυχιατρικής γνώσης και θεραπείας, καθώς και τη σαρωτική επάνοδο όλων αυτών στη σύγχρονη ψυχιατρική όταν παραβλέπεται η αναγκαία συνολικότητα των στόχων της και ευνοούνται τεχνοκρατικού τύπου θεωρητικές και θεραπευτικές επιλογές. Οι ψυχαναλυτές από τη δική τους μεριά επιχείρησαν επίσης τη σύνδεση των ψυχωτικών διαταραχών με την εφηβεία, υπογραμμίζοντας τις ενδεχόμενες ψυχωτικογενείς συνθήκες που δημιουργούνται από την έλευση της ήβης και τις αλλαγές της εφηβείας.

Ο κίνδυνος ωστόσο της κατανόησης της ψυχωτικής διαταραχής μέσα από την «ελλειμματικότητα», ενεδρεύει και στις δύο προσεγγίσεις. Η γνωστή σύνδεση που εγκαθίσταται ανάμεσα στην ψυχωτική συμπτωματολογία και την ελλειμματικότητα είναι καθαρά φαινομενολογική, με την αρνητική έννοια του όρου και δεν μας πάει μακριά. Είναι προφανές ότι ο ψυχωτικός έφηβος απο-επενδύει τον εαυτό του και τον κόσμο, ότι αποκόβει τους δεσμούς του με τον άλλον, ότι εμφανίζει σχολική κάμψη, συναισθηματική αποτυχία και απόσυρση, το αποτέλεσμα όμως δεν μπορεί να εκλαμβάνεται ως αίτιο.

Η ελλειμματικότητα είναι εξίσου σημαντική με τους μηχανισμούς υποκατάστασης που εξυπηρετεί. Ο ψυχωτικός έφηβος δεν απο-επενδύει γενικώς και αορίστως, απο-επενδύει γιατί επενδύει έναν άλλο κόσμο, μια άλλη πραγματικότητα, ένα άλλο σώμα, γιατί επενδύει τις δυνάμεις και τις διεργασίες αυτοκαταστροφής. Η ενόρμηση Θανάτου στις φανερές και καλυμμένες δράσεις της είναι επίσης παρούσα, διαπλεκόμενη ή όχι με τον έρωτα, στον αγώνα ψυχικής και σωματικής επιβίωσης του ψυχωτικού εφήβου.

Θα υπογραμμίσω λοιπόν δύο σημαντικά κατά την γνώμη μου στοιχεία, τα οποία αποτελούν και το υπόβαθρο όσων στη συνέχεια θα αναπτύξω:

- Πρώτον, η ψύχωση είναι πάντα μια λύση επιβίωσης με «παθο-λογικές» συνέπειες και πεπρωμένα, δεν παύει όμως ποτέ να αποτελεί ψυχική δημιουργία, μια πολύπλοκη ψυχική επεξεργασία που ανταποκρίνεται σε ιδιαίτερους σκοπούς και αναγκαιότητες
- Δεύτερον, οι ψυχαναλυτές που θεραπεύουν ψυχωτικούς ή βαριά διαταραγμένους εφήβους έχουν μια εντελώς συγκεκριμένη και ιδιαίτερη θεωρητικο-κλινική αναφορά. Εργάζονται για την αντιμετώπιση των συνεπειών μιας «ρήξης», η οποία διακόπτει την εκτύλιξη της θεμελιακής ψυχικής διαδικασίας αλλαγής που συνιστά η εφηβεία.

ΗΒΗ, ΕΦΗΒΕΙΑ, ΡΗΞΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΡΕΥΣΕΙΣ

Η εφηβεία είναι το σύνολο των ψυχικών διεργασιών που επιτελούνται επί της ήβης, όπως συνδηλώνει η ετυμολογία της λέξης εφ-ηβεία. Όσο ισχύει ότι υπάρχει ένας βιολογικός ντετερμινισμός της ήβης, άλλο τόσο ισχύει ότι ο τρόπος με τον οποίο θα βιωθεί και θα ενσωματωθεί η ήβη από το υποκείμενο είναι κάθε φορά μοναδικός, εγγράφεται σε μια ατομική και οικογενειακή ιστορία, σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικο-ιστορικό πλαίσιο, υπακούει σε ασυνείδητες ψυχικές αιτιότητες και αποτελεί μέρος της διαδικασίας υποκειμενοποίησης που ονομάζω έργο ποιήσεως εαυτού.

Πρόκειται για μια δημιουργική διαδικασία ενορμητικής υφής και περιεχομένου που συνδέεται άμεσα με την επιστροφή του απωθημένου αλλά και με τη δυνατότητα συγκρότησης-ανασυγκρότησής του σ' αυτή τη φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από τη βίαιη εισβολή του σεξουαλικού, την έντονη αισθητηριακότητα του σώματος της ήβης και την αναζωπύρωση της αιμομικτικής και πατροκτόνου επιθυμίας. Αυτή η πολυσύνθετη διαδικασία, μέσω ψυχικών αναδομήσεων και ταυτιστικών ανακατατάξεων, επιτρέπει τον μετασχηματισμό της αυτο-παράστασης του υποκει-

μένου, ενσωματώνοντας το γενετήσιο πλέον σώμα, τη διαφορά αλλά και τη συμπληρωματικότητα των φύλων χωρίς να διαταραχθεί –εφόσον όλα πάνε σχετικώς καλά– η σχέση του εγώ με την τάξη του λόγου και τη σωματική πραγματικότητα.

Πέρα όμως από τη διαφορά των φύλων και των γενεών, ο έφηβος βρίσκεται αντιμέτωπος με μία άλλη ριζική διαφορά, τη διαφορά εαυτού προς εαυτόν. Η εφηβεία αποτελεί τον συμπερασματικό χρόνο της ταυτιστικής και λιβιδικής φάσης που αντιστοιχεί στην παιδική ηλικία. Είναι η στιγμή που ένα πρώτο πρόσωπο ενικού, ένα εγώ, επιχειρεί μια αναδρομική και αιτιολογική νοηματοδότηση του σωματο-ψυχικού παιδικού βιώματος, η οποία αφενός ιστορικοποιεί κατασκευάζοντας αναμνήσεις και παρελθόν άρα και μέλλον, αφετέρου τροποποιεί τη σχέση αυτού του εγώ με τη μέχρι τώρα ψυχική του συγκρότηση. Αυτή τη ριζική διαφορά, ο έφηβος καλείται όχι μόνο να δεχθεί αλλά και να επεξεργαστεί, επενδύοντας την αλλαγή στον ψυχικό του πλέον χώρο. Επενδύοντας δηλαδή την παραστασιακή λειτουργία του ψυχικού οργάνου και επιτελώντας μία ενδοψυχική εργασία πολλαπλών ψυχικών συνδέσεων, προκειμένου να συνδέσει τα συναισθήματα και τα σωματικά του βιώματα με λεκτικές και απεικονιστικές παραστάσεις. Παραστάσεις που στο σύνολό τους εκφράζουν στο πεδίο της ψυχικής πραγματικότητας τη μεταβαλλόμενη σχέση του υποκειμένου με το σώμα του, τον κόσμο και τον άλλο.

Κατά συνέπεια η ψυχοπαθολογία της εφηβείας μπορεί συνολικά να θεωρηθεί ως εμπόδιο στην αναγκαία αυτή διαδικασία αλλαγής, αλλά και ως άμυνα απέναντι στην απειλή που δημιουργεί αυτή ακριβώς η αλλαγή. Η απειλή αφορά τη διατήρηση της ναρκισσιστικής, ταυτιστικής και χρονικής συνέχειας του υποκειμένου που κινδυνεύει από ρήξεις και καταρρεύσεις, τις οποίες οι M. και E. Laufeur (1984) θεματοποιούν ως αναπτυξιακά break-down. Παρότι οι διάφορες δυνητικότητες της ψυχικής λειτουργίας –νευρωτική, ψυχωτική, διαστροφική– είναι σε μεγάλο βαθμό προκαθορισμένες από την παιδική ηλικία, οι διεργασίες της εφηβείας αποτελούν, θα έλεγα, ένα αναδιοργανωτικό μεθύστερο που οδηγεί στην οριστική πλέον εγκατάσταση ενός κανονικού ή νευρωτικού τρόπου λειτουργίας, στην έναρξη ή στην παγίωση μιας ψύχωσης, στην εγκατάσταση μιας οριακής ψυχικής οργάνωσης, στην οριστικοποίηση μιας διαστροφής.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΦΗΒΟΥ

Σε αυτές τις συνθήκες, η θεραπευτική παρέμβαση αποκτά ιδιαίτερη σημασία και συνδέεται άμεσα με τη διάγνωση και τη πρόληψη. Η πρωτεϊκή συμπτωματολογία του εφήβου, το έντονα φαντασιακό και ψευδώς παραληρηματικό στοιχείο που κυριαρχεί συχνά στον λόγο του, οι έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις και οι διαταραχές της συμπεριφοράς δεν συνιστούν αξιόπιστα κριτήρια αξιολόγησης. Η αναζήτηση δομικών κριτηρίων γίνεται απολύτως αναγκαία και προφυλάσσει από πρόωρες και παρακινδυνευμένες διαγνώσεις. Στην εργασία με εφήβους περισσότερο από παντού, η καλύτερη διάγνωση είναι η πρόγνωση εντός της θεραπευτικής σχέσης.

Τα δομικά κριτήρια αξιολόγησης αφορούν την ποιότητα των ψυχικών διεργασιών της εφηβείας και τη δυνατότητα επιτέλεσής τους. Με βάση τα κλινικά στοιχεία, όπως αυτά εμφανίζονται στη θεραπευτική σχέση, διερευνάται η ποιότητα της απώθησης ως δομικού ψυχικού μηχανισμού και αξιολογείται η ικανότητα του εφήβου να επωμισθεί την ιστορία του, τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις επιθυμίες, τις πράξεις του και κυρίως το έμφυλο σώμα του.

Σχηματικά θα έλεγα ότι συναντάμε δύο κατηγορίες εφήβων. Η πρώτη κατηγορία παρουσιάζει μια ρευστή ψυχική λειτουργία όπου η προβληματική της απώθησης παραμένει ωστόσο κυρίαρχη και οι ικανότητες μετάθεσης, συμβολοποίησης και εργασίας του ονείρου φαίνεται να έχουν διατηρηθεί. Θα μπορούσαμε να πούμε σχετικά μ' αυτούς τους εφήβους, ότι διαθέτουν ένα λειτουργικό προσυνειδητό, καθώς και ένα φραγμό μεταξύ ενορμήσεως και νοήματος που εμποδίζει το συνειδητό να κυριευθεί από τα παράγωγα του ασυνειδήτου και αντιστρόφως, χωρίς ωστόσο να εμποδίζονται οι μεταξύ τους συναλλαγές. Πρόκειται, εν ολίγοις, για τους εφήβους που λειτουργούν στο πεδίο της νεύρωσης.

Η δεύτερη κατηγορία εφήβων χαρακτηρίζεται από μια ψυχική λειτουργία που κυριαρχεί η σχάση του εγώ, η διάψευση, η προβολή. Αντίθετα με την πρώτη κατηγορία, οι διαταραγμένοι αυτοί έφηβοι κυριεύονται συνεχώς από ψυχικά παράγωγα που καθίστανται γι' αυτούς τραυματικά. Δεν είναι όμως η ήβη αυτή καθ' αυτή που είναι τραυματική, ούτε οι αιμομικτικές, πατροκτόνες ή διαστροφικές φαντασιώσεις αυτές καθαυτές, αλλά το γεγονός ότι οι φαντασιώσεις αυτές δεν μπορούν πλέον να απωθηθούν και κυριεύ-

ουν το συνειδητό. Ο τραυματισμός συνίσταται στην εισβολή ενός υλικού που θα έπρεπε να έχει απωθηθεί ή να έχει επαρκώς καλυφθεί από το προσυνειδητό. Η εγκατάσταση της σχάσης σε αυτή την προοπτική, μοιάζει να είναι αποτέλεσμα μιας αδυναμίας συγχρονισμού ανάμεσα στην παιδική παντοδυναμία και στην ικανότητα πλέον πραγματοποίησης της αιμομιξίας και της πατροκτονίας. Η σύγκρουση που προκύπτει μεταξύ παντοδυναμίας και απαγόρευσης, έχει ως αποτέλεσμα ένα διπλό πεδίο λειτουργίας που η σχάση καθιστά δυνατό.

Παράλληλα όμως με τη διερεύνηση των αμυντικών μηχανισμών, η διαγνωστική αξιολόγηση περιλαμβάνει και μια εκτίμηση της θεραπευτικής δυνατότητας. Στις κλινικές περιπτώσεις που κυριαρχεί η αναστολή της σκέψης, οφείλουμε να διακρίνουμε αν αυτή είναι αποτέλεσμα μιας υπέρμετρα ερωτικοποιημένης σύγκρουσης, αν αφορά δηλαδή τον πρώτο από τους δύο τρόπους ψυχικής λειτουργίας ή αν πρόκειται για αποεπένδυση της σκέψης και ανικανότητα για σκέψη και μνήμη. Η αποποίηση του παιδικού βιώματος, οι πολλαπλές αποσυνδέσεις, το σβήσιμο των μνημονικών ιχνών και η γενικότερη αποεπένδυση των αναμνήσεων, η τάση προς την εκφορτίζουσα πράξη όπως και οι διάφορες εξαρτητικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή ακόμη η καταφυγή στο παραλήρημα, αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για την εκτίμηση της θεραπευτικής δυνατότητας και των μελλοντικών μεταβιβαστικών-αντιμεταβιβαστικών κινήσεων. Είναι πολύ σημαντική η συνεχής επαναξιολόγηση που μπορεί κάλλιστα να οδηγήσει και σε αλλαγή πορείας, δηλαδή στο πέρασμα από μια θεραπευτική ένδειξη σε άλλη: ψυχανάλυση, ψυχοθεραπεία, θεσμική ψυχοθεραπεία, ψυχόδραμα, ομαδική ψυχοθεραπεία.

Απαιτείται επίσης, η διάκριση ανάμεσα στα μεμονωμένα οξέα ψυχωτικά επεισόδια της περιόδου της εφηβείας και σε μια εγκατεστημένη ψύχωση. Χρειάζεται ακόμη να προσδιοριστεί, αν η παρούσα ψυχωτική κατάσταση είναι αποτέλεσμα ενεργοποίησης μιας ψυχωτικής δυνητικότητας ή αν σχετίζεται με μια επιπωματική παιδική ψύχωση. Το «πώμα» εδώ αντιστοιχεί σε μια παιδική ηλικία χωρίς ιστορία όπου κατά τους γονείς «όλα πήγαιναν καλά» εκτός από ορισμένα μεμονωμένα βίαια περιστατικά και κάποιες αλλόκοτες συμπεριφορές «χωρίς σημασία», οι οποίες όπως γνωρίζουμε αποκρύπτουν το πολύπλοκο σύνολο ψυχωτικών αμυνών και αναστολών χάρη στο οποίο διασφαλίστηκε η ψυχική επιβίωση του υποκειμένου μέχρι την ήβη.

Τέλος πρέπει ακόμη να υπογραμμιστεί, ότι η συνολική ψυχωτικού τύπου λειτουργία του εφήβου αντιδιαστέλλεται σαφώς από την αντίστοιχη νευρωτική. Στη συνθήκη της νεύρωσης η ναρκισσιστική συνέχεια του υποκειμένου δεν απειλείται και η σταθερότητα του ταυτιστικού πυρήνα δεν κινδυνεύει. Η ψυχική διαμάχη και το αντίστοιχο αίτημα του εφήβου εκφράζονται με όρους που μιλούν για επιθυμία, αγάπη, απόλαυση, ευνουχισμό, εγκατάλειψη, ενώ η ταυτιστική σύγκρουση αφορά κυρίως το εγώ και τα ιδανικά του ή εκείνα που θεωρεί ότι του επιβάλλουν οι γονείς. Όποια κι αν είναι η μορφή της συμπτωματολογίας ή των αναστολών του, όποια κι αν είναι η επιλογή των αμυνών του (υστερικές, φοβικές, ψυχαναγκαστικές), όποια κι αν είναι η ένταση της «κρίσης της εφηβείας του», ο έφηβος που λειτουργεί στο πεδίο της νεύρωσης μπορεί να αυτο-αναγνωριστεί σε αυτό που είναι και σε αυτό που γίνεται μέσα από τις συνεχείς διεργασίες αλλαγής.

Στη συνθήκη της ψύχωσης, επειδή ακριβώς ελλείπει η συμβολική ταύτιση που θα διασφάλιζε τη σταθερότητα του θεμελιακού ναρκισσιστικού πυρήνα, κανένας ταυτιστικός συμβιβασμός δεν είναι εφικτός και οι εκβάσεις της προκύπτουσας ψυχικής διαμάχης είναι δραματικές. Η διατύπωση της Πιέρα Ωλανιέ είναι άκρως ενδεικτική: Είτε «τίποτα δεν πρέπει να αλλάξει», οπότε ο έφηβος παραμένει ακινητοποιημένος στις ταυτιστικές θέσεις που καθόρισαν το πρότυπο σχέσεων ανάμεσα στο υποκείμενο και το αντικείμενο στον χρόνο της πρώτης παιδικής ηλικίας. Είτε «όλα πρέπει να αλλάξουν», μέσω της νεοπραγματικότητας, και της νεοχρονικότητας του παραληρήματος (Aulagnier 1986).

Εάν το «όλα πρέπει να αλλάξουν» σηματοδοτεί το πέρασμα στη φανερή ψύχωση, το «τίποτα δεν πρέπει να αλλάξει» δίνει μια πρώτη εύγλωττη εικονογράφηση της ψυχωτικής δυνητικότητας και τους δρακόντειους περιορισμούς που επιβάλλει στην ψυχική λειτουργία του εφήβου.

ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΥΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΦΑΝΕΡΗ ΨΥΧΩΣΗ

Η σχέση του παιδιού με τον κόσμο περνά αναπόφευκτα μέσα από τη σχέση του με τον μητρικό Άλλον. Η προεξοφλητική όμως ερμηνεία του κόσμου

και του παιδικού σωματο-ψυχικού βιώματος από τα λόγια της «φέρουσας –τον λόγο– μητέρας» ενέχει πάντα τον κίνδυνο μιας κατάχρησης στην άσκηση της αναγκαίας αυτής πρωτογενούς βίας με την οποία εγκαινιάζεται η πορεία του υποκειμένου. Τις συνέπειες αυτής της βίας της ερμηνείας διαπραγματεύεται η Ωλανιέ στο έργο της, υποστηρίζοντας ότι η πρώιμη εγκατάσταση μιας ψυχωτικής δυνητικότητας αποτελεί απάντηση στον επίσης πρώιμο κίνδυνο που απειλεί το εγώ (je) του λόγου και της σκέψης. Η απειλή αφορά αυτή καθ' αυτή τη συνοχή του, στον βαθμό που στο πρόταγμα του ταυτίζοντος εγώ αντιτίθεται το ήδη ταυτισμένο από τον μητρικό λόγο εγώ. Η λογοφόρος σύμμαχος, λόγω δικών της ψυχικών αναγκών, μετατρέπεται σε αποικιοκράτη ενός μέρους του παιδικού εγώ, το οποίο αντιτάσσει μια πρωτογενή παραληρηματική σκέψη για να ερμηνεύσει την αυθαιρεσία, να την καταστήσει νοήσιμη και επενδύσιμη (Ωλανιέ 1975).

Το δίλημμα που τίθεται μπορεί να διατυπωθεί ως εξής: Ή το εγώ δέχεται την ερμηνεία του εαυτού του, τις ταυτιστικές θέσεις και την ταυτότητα που του επιβάλλει ο λόγος ενός μητρικού άλλου που αδυνατεί να λειτουργήσει ως αρχή ετερότητας, οπότε αναγκάζεται να ακρωτηριάσει ολόκληρους τομείς των πρωταρχικών εμπειριών του, των φαντασιώσεων και της σκέψης του, επειδή αντιστοιχούν ακριβώς σε αυτό που η μητέρα δεν μπόρεσε να απωθήσει και να συμβολοποιήσει. Ή αλλιώς το εγώ διαβλέπει το νόημα της αυθαιρεσίας που του επιβάλλεται, χάνει τα ταυτιστικά του ορόσημα και βρίσκεται υποχρεωμένο να επωμιστεί και να σκεφτεί κάτι που είναι εντελώς αστήρικτο και αβάσταχτο, όπως «ότι δεν έπρεπε ποτέ να είχε γεννηθεί», όπως έλεγε ένας έφηβος. Η πρωτογενής παραληρηματική σκέψη και η επινοητικότητά της, αναλαμβάνουν κατά συνέπεια το ξεπέρασμα του διλήμματος, επιβάλλοντας μια εγκυστωμένη δραστηριότητα σκέψης που δεν υπακούει στην κοινή λογική.

Με αυτή την έννοια, η ψυχωτική δυνητικότητα αποτελεί μια ψυχική οργάνωση η οποία μπορεί να μην δώσει έκδηλα συμπτώματα, καταδεικνύει όμως κάθε φορά που μπορούμε να την εντοπίσουμε και να την αναλύσουμε, την ύπαρξη μιας πρωτογενούς παραληρηματικής σκέψης εγκυστωμένης και μη απωθημένης. Αυτή η εγκύστωση, μέσω μιας ιδιαίτερης μορφής σχάσης, επιτρέπει στο εγώ να διασφαλίσει μια πρόσβαση στο πεδίο της σημασίας, δημιουργώντας νόημα εκεί ακριβώς όπου τα λόγια της φέρουσας τον λόγο μητέρας το έφερε αντιμέτωπο με ένα εκφερόμενο ελλείπον ή άνευ νοήματος, που αφορά την καταγωγή του υποκειμένου, του κόσμου, της ευχαρίστησης, της δυσαρέσκειας, την καταγωγή δηλαδή του ίδιου του εαυτού του.

Αυτή ακριβώς η επισφαλής διατήρηση της σχέσης με την τάξη του λόγου και την πραγματικότητα, κινδυνεύει από τις ψυχικές διεργασίες της εφηβείας. Η μεταβαλλόμενη σχέση του εφήβου με το σώμα του, το κόσμο και τον άλλον, δημιουργεί συνθήκες διάρρηξης της πρωτογενούς παραληρηματικής εγκυστώσεως που εκδηλώνεται με την εμφάνιση σχιζοφρενικών, παρανοϊκών ή άτυπων ψυχωτικών συνδρόμων.

Το ξέσπασμα ενός ψυχωτικού επεισοδίου σηματοδοτεί τη συνάντηση του εφήβου με ένα ψυχικό γεγονός, μια κατάσταση, μια φράση ή το φέρσιμο ενός προσώπου, που του αποκαλύπτουν μια εικόνα εαυτού ασύμβατη με όσα μέχρι τώρα γνώριζε, μια απαράδεκτη ταυτιστική θέση που μέχρι τώρα αγνοούσε. Εικόνα και θέση που παραπέμπουν το εφηβικό εγώ σε μία ταυτιστική καταστροφή που έχει ήδη λάβει χώρα στον μακρινό παιδικό του παρελθόν, όπου το υποκείμενο «δεν ήταν εκεί», θα έλεγε ο Winnicott (1974), για να τη βιώσει.

Αυτή η εμπειρία της «αποκάλυψης» μας εξηγεί γιατί συχνά στην ψύχωση, αντίθετα από ό,τι συμβαίνει στη νεύρωση, είναι δυνατόν να βρεθεί το φαινόμενο που προκάλεσε μια φάση αποδιοργάνωσης, ένα ψυχωτικό επεισόδιο ή το ξεκίνημα ενός παραληρήματος: «Το βλέμμα ενός αγνώστου στο μετρό με έκανε να καταλάβω ότι με παρακολουθούσαν...», «ο ψίθυρος στο πίσω θρανίο έλεγε ότι είμαι ομοφυλόφιλος...», «στο δελτίο ειδήσεων μιλούσαν για μένα» κ.λπ. Η ανεύρεση αυτού του στοιχείου δεν σημαίνει όμως ότι είμαστε και σε θέση να αναλύσουμε το παραλήρημα. Να στηρίξουμε όμως τον έφηβο είναι απολύτως εφικτό στο βαθμό που αποδεχόμαστε την ιδιαιτερότητα της συνθήκης που βιώνει.

Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Από την πρώτη ήδη συνάντηση, ο θεραπευτής βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα σύνθετο, ετερόκλητο και ανομοιογενές αίτημα, το οποίο καλείται να υποδεχτεί και να αποκρυπτογραφήσει. Το σύνθετο αυτό αίτημα περιλαμβάνει ένα γονεϊκό μέρος και ένα άλλο από την πλευρά του εφήβου, ενώ το σύνολο χαρακτηρίζεται από τη σύγχυση ανάμεσα στην επιθυμία και τις

ενορμήσεις του υποκειμένου και αυτές του αντικειμένου.

Συγχρόνως παρατηρείται μια σύμπτωση του φαντασιακού του εφήβου και των γονέων, η οποία διαφυλάσσει μια κοινή προσπάθεια αποποίησης και άρνησης των τραυματικών βιωμάτων που σημάδεψαν την ιστορία του εφήβου ή/και της οικογένειας, με αποτέλεσμα αυτά να παραμένουν ανεπεξέργαστα και ακρωτηριαστικά για τη συνολική ψυχική λειτουργία του εφήβου. Πρόκειται για ένα μηχανισμό διπλής άρνησης, όπου αυτό που δεν μπόρεσε να απωθηθεί, να συμβολοποιηθεί και να ιστορικοποιηθεί στον μητρικό και γονικό λόγο, γίνεται αντικείμενο μιας αμοιβαίας άρνησης από τους γονείς και τον έφηβο ή ακόμη χειρότερα γίνεται το βασικό στοιχείο μιας παραληρηματικής κατασκευής από τον έφηβο.

Όσον αφορά πιο συγκεκριμένα τον γονικό λόγο, τις περισσότερες φορές συναντούμε μια πληροφοριακή διήγηση χωρίς αιτιολογικές συνδέσεις και συναισθηματικές συνδηλώσεις ή αντιθέτως βρισκόμαστε αντιμέτωποι με έναν υπέρμετρα συγκινητικό και ενοχοποιητικό για τους ίδιους λόγο που εμποδίζει κάθε αναρώτηση. Αντίστοιχα παρατηρούμε μια ενεργοποίηση του άγχους του εφήβου που συνδέεται με τη δική του ενοχή, όταν επιχειρεί να άρει την απαγόρευση της αναρώτησης για την ψυχική λειτουργία των γονέων του. Ωστόσο αυτό το άγχος μπορεί να γίνει αντικείμενο επεξεργασίας εάν δεν απορροφηθεί από το παραλήρημα.

Έχω αποκτήσει τη συνήθεια να προτείνω, όταν αυτό βεβαίως απαιτείται, ένα ορισμένο αριθμό αρχικών –και όχι μόνο– συνεδριών με τον ψυχωτικό έφηβο και τους γονείς του, με σκοπό τη διερεύνηση της οικογενειακής πραγματικότητας και της γενεαλογικής ιστορίας στις διαφορετικές τους εκδοχές για τον καθένα, το ξεκίνημα μιας διαφοροποίησης των αιτημάτων τους, την αποσυμπύκνωσή τους και την κυκλοφορία των φαντασιώσεων που υποβόσκουν. Προφανώς αυτή η θεραπευτική τακτική δεν απορρέει από καμία συστημικού ή άλλου τύπου θεώρηση της οικογένειας, ούτε από την ανάγκη συμβουλευτικής βοήθειας στους γονείς που οφείλει να προσφερθεί αλλού. Απορρέει από την ανάγκη να ληφθεί σοβαρά υπόψη ο γονικός λόγος στην αξιολόγηση της παθολογίας και στην ψυχαναλυτική εργασία με τον ψυχωτικό έφηβο. Με άλλους όρους, να διερευνηθεί ο ρόλος του εξωτερικού αντικειμένου και του ψυχικού περιβάλλοντος στην έλευση του εγώ, στις πρωτογενείς και δευτερογενείς ταυτίσεις όπως και στο έργο αυτο-ιστορικοποίησης που το εγώ, παρά την αρχική του εξάρτηση από τον γονικό λόγο, καλείται να πραγματοποιήσει.

Ωστόσο, όταν το αίτημα έχει τον χαρακτήρα του επείγοντος και η απάντηση δοθεί βιαστικά, ο θεραπευτής κινδυνεύει να εμπλακεί πρόωρα και χωρίς δυνατότητα επεξεργασίας στο πλέγμα των συνειδητών και ασυνειδήτων αλληλεπιδράσεων που δημιουργείται μεταξύ του εφήβου, της οικογένειας, του εξωτερικού γενικότερα περιβάλλοντος και της δικής του παρέμβασης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση θεραπευτικών αδιεξόδων.

Τα ζητήματα που θέτει η υποδοχή του αιτήματος του ψυχωτικού εφήβου είναι σημαντικά και θα επανέλθω σε επιμέρους σημεία στη συνέχεια. Περιορίζομαι να τονίσω, ότι ο τρόπος υποδοχής του αιτήματος προκαθορίζει την πορεία της θεραπείας και ότι εντελώς αδικαιολόγητα το αίτημα του ψυχωτικού εφήβου, πολλές φορές, εκλαμβάνεται σαν έλλειψη θεραπευτικού αιτήματος. Ορισμένοι θεραπευτές ξεχνούν ότι η συνειδητοποίηση της ανάγκης για βοήθεια είναι πάντα δύσκολη και ότι βιώνεται από τον έφηβο ως ναρκισσιστικό πλήγμα, σαν διάψευση της υποτιθέμενης αυτάρκειάς του και του παντοδύναμου ελέγχου επί του εαυτού του και του άλλου.

Ο ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΦΗΒΟ

Τι ζητά και τι περιμένει, λοιπόν, από τον ψυχαναλυτή ο έφηβος σε αυτές τις συνθήκες; Η υποβόσκουσα ψυχική διαμάχη, εδώ, δεν αναφέρεται σε κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο επιθυμίας αλλά αφορά αυτή καθαυτή τη θέση του επιθυμούντος που θυσιάζει μοιραία ο ψυχωτικός έφηβος, προκειμένου να διασφαλίσει μια στοιχειώδη ταυτιστική και ναρκισσιστική σταθερότητα. Βρισκόμαστε μπροστά στην αποτυχία κάθε δυνατού «ταυτιστικού συμβιβασμού» (Aulagnier 1986) ανάμεσα στο πρόταγμα των γονέων και αυτό του εφήβου που θα διασφάλιζε στο τέλος της παιδικής ηλικίας την αναλλοτρίωτη θέση του εγώ στο συμβολικό πεδίο, στη χρονικότητα και στο γενεαλογικό σύστημα.

Επειδή ακριβώς η εγγύηση αυτή ελλείπει ο έφηβος εξιδανικεύει την εξουσία μιας μη εσωτερικευμένης ψυχικής αρχής η οποία ενσαρκώνεται ασυνειδήτως από τη μητέρα ή τα υποκατάστατά της. Ωστόσο, μόνον αυτή η εξωτερική, παντοδύναμη και απειλητική αρχή –στη θέση της οποίας τοποθετείται και ο κατα-

διώκτης στο παραλήρημα– μπορεί να διασφαλίσει την ακεραιότητα του εγώ, στον βαθμό που ο έφηβος αποτυγχάνει να κατασκευάσει μια εσωτερική αρχή αυτοπαράστασης και αυτοαναγνώρισης. Από αυτή τη ριζική αδυναμία απορρέουν και όλα τα φαινομενικά παράλογα και υπέρμετρα αιτήματα για τα οποία μας παραπονούνται τόσο θλιβερά οι μητέρες των ψυχωτικών εφήβων. Αιτήματα που αφορούν για παράδειγμα την αλλαγή ονόματος ή ημερομηνίας γεννήσεως, την τροποποίηση με τη βοήθεια και τη συνενοχή της μητέρας ενός μέρους του σώματος, την ανεύρεση συντρόφου και σεξουαλικής εκφόρτισης ή ακόμη την αποκάλυψη των μυστικών σχεδίων του καταδιώκτη.

Τα ίδια αιτήματα με περισσότερο ή λιγότερο καλυμμένο τρόπο απευθύνονται και στον ψυχαναλυτή, τοποθετώντας τον στη θέση του μετωνυμικού εκπροσώπου αυτής της παντοδύναμης αρχής. Αυτού του τύπου τα αιτήματα, πέρα από τη μη-απωθημένη αιμομικτική τους διάσταση, φανερώνουν τον απελπισμένο αγώνα του εφήβου που αναζητεί επαναληπτικά και καταναγκαστικά στην εξωτερική πραγματικότητα ένα στήριγμα, στη θέση της αρχής αυτής που δεν μπόρεσε να εσωτερικεύσει. Έτσι, μια έφηβη περιγράφοντας την τελευταία της κρίση έλεγε ότι «έβλεπε μάνες παντού». Η σκέψη μαντεύεται ή υπαγορεύεται έξωθεν, κανένα κάλυμμα και καμία σωματική επιδερμίδα δεν αρκούν για την προστασία του ψυχωτικού εφήβου από το διεισδυτικό βλέμμα και την απειλητική παρουσία του παντοδύναμου «άλλου». Έσχατη λύση παραμένει η προβολή στη σκηνή της πραγματικότητας της φιγούρας ενός παντοδύναμου καταδιώκτη.

Δεν είναι πάντα στο χέρι μας να ελέγξουμε αυτή την εξέλιξη. Σε τελευταία ανάλυση το αίτημα του ψυχωτικού εφήβου στον αναλυτή είναι μια «άνευ ορίων» προσφορά. Ακόμη και όταν αποδέχεται αυτό το τρομακτικό αίτημα, οι απαντήσεις του αναλυτή είναι υποχρεωτικά «εντός ορίων» που καθορίζονται από την ύπαρξη του δικού του απωθημένου και από τον μη ψυχωτικό τρόπο λειτουργίας του, όσο διευρυμένα κι αν είναι τα όρια της προσωπικής του ανάλυσης και αυτο-ανάλυσης. Πρέπει ακόμη να προστεθεί, ότι οι απαντήσεις του ψυχαναλυτή καθορίζονται υποχρεωτικά και από τις φανερές ή λανθάνουσες θεωρίες του και από τις ενδόμυχες πεποιθήσεις του για την οργάνωση και τη λειτουργία της ψυχής, αναφορές και πεποιθήσεις που εγγράφονται εκ προοιμίου στο αντιμεταβιβαστικό πεδίο.

Σε σχέση με αυτό το αίτημα μιας «άνευ ορίων» προσφοράς, ο ψυχαναλυτής τοποθετείται χρησιμοποιώντας αυτό που μπορεί μέσω της αντιμεταβίβασης του να υποθέσει ότι ήταν η απάντηση του πρωταρχικού αντικειμένου στο εν γενέσει υποκείμενο. Με άλλα λόγια ο ψυχαναλυτής δεν έχει άλλη επιλογή παρά να αποδεχθεί αρχικά τους όρους αυτής της σχέσης, προκειμένου να κατασκευάσει εκ των υστέρων μαζί με τον έφηβο τα χαρακτηριστικά και τις απαντήσεις του πρωταρχικού αντικειμένου, εντάσσοντας τα όλα αυτά σε χρόνο και σε ιστορία. Στις περιπτώσεις ψυχοθεραπείας εντός θεσμού λαμβάνουμε επιπροσθέτως υπόψη τον αντιμεταβιβαστικό, πολυφωνικό λόγο της θεραπευτικής ομάδας.

Πρόκειται για μια από κοινού εργασία ιδιοποίησης του παιδικού παρελθόντος, ώστε ο ψυχωτικός έφηβος να κατασκευάσει μια λιβιδική ιστορία και να αποκτήσει πρόσβαση σε μια χρονικότητα εκτός παραληρηματικής αιτιότητας. Εκτός και πέρα, δηλαδή, από την αιτιότητα εκείνη που οργανώνει τα κεντρικά θέματα του παραληρήματος, τα οποία σε γενικές γραμμές αφορούν την καταγωγή του υποκειμένου, την αυτο-γέννηση, τη γενεαλογία, τις σωματικές λειτουργίες, τη σεξουαλική πράξη, την ύπαρξη ενός καταδιώκτη ή μιας θεϊκής υπερφυσικής δύναμης.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Το έργο της αναμνημόνευσης και ιστορικοποίησης του παιδικού σωματο-ψυχικού βιώματος, δηλαδή της κατασκευής ενός παρελθόντος (Aulagnier 1989) αποτελεί ούτως ή άλλως μέρος των διεργασιών κάθε εφηβείας και εμπίπτει υποχρεωτικά στην εργασία του ψυχαναλυτή με τον ψυχωτικό έφηβο. Ωστόσο στην πορεία της θεραπείας, το φροϋδικό τρίπτυχο «αναμνημόνευση-επανάληψη-ερμηνευτική επεξεργασία» (Freud 1914) στο οποίο αργότερα προστέθηκε η χρήση των «κατασκευών» (Freud 1937) δεν αποβαίνει λειτουργικό. Η αναμνημόνευση εμποδίζεται από πολλαπλές αποσυνδέσεις και η επανάληψη βρίσκεται υπό την αιγίδα της ενόρμησης Θανάτου. Ο έφηβος επαναλαμβάνει το ίδιο μη-απωθημένο και πάντα δρων σχεσιακό πρότυπο που σημάδεψε την παιδική του ηλικία και γίνεται τώρα εμπόδιο στην επένδυση κάθε καινούργιου στοιχείου εγκλείοντας την ψυχαναλυτική εργασία σε αντίστοιχα αδιέξοδα.

Τι τύπου συνομιλητή λοιπόν οφείλει να συναντήσει ο ψυχωτικός έφηβος προκειμένου να μπορέσει να επενδύσει το παρελθόν του, χωρίς να ακινητοποιηθεί

σε μια σχεσιακή, ταυτιστική θέση που ακυρώνει κάθε αλλαγή; Αντιστρόφως, πώς είναι δυνατόν για τον αναλυτή να παραμείνει στο πλαίσιο της ηθικής της μεθόδου του που κατά βάση στηρίζεται στην ερμηνεία της ασυνείδητης επιθυμίας, χωρίς να διακινδυνεύσει να μεταμορφωθεί σε υπεράνθρωπη, εξιδανικευμένη δύναμη ή σε καταδιώκτη, δύο όψεις του ιδίου μεταβιβαστικού νομίσματος; Ή χωρίς να διακινδυνεύσει ακόμη να βρεθεί ακινητοποιημένος στη θέση ενός απλού συνοδού, χρήσιμου βεβαίως για κάποιο χρόνο σε κάποιες περιπτώσεις, αναποτελεσματικού όμως για τη συνολική θεραπευτική πορεία;

Στα ερωτήματα αυτά θα απαντήσω διερωτώμενος για την ιδιαίτερη χρήση των κατασκευών από τον αναλυτή, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η έλλειψη αναμνημόνευσης και να αποφευχθούν παρακινδυνευμένες ερμηνείες.

Μια πρώτη παρατήρηση αφορά την ανάγκη να διατυπώνουμε αρκετά γρήγορα, για εμάς τους ίδιους, θεωρητικο-κλινικές κατασκευές που αναφέρονται στο παιδικό παρελθόν όπως το συλλαμβάνουμε μέσα από τον λόγο των γονέων, μέσα από την διατύπωση του αιτήματος ή και από τη φαινομενική έλλειψη αιτήματος από τον έφηβο. Αυτή η ανάγκη συνδέσεων και ερμηνευτικών κατασκευών χωρίς να τις ανακοινώνουμε στον έφηβο, έχει σίγουρα αντιμεταβιβαστική προέλευση, τις περισσότερες όμως φορές αποδεικνύεται δυσανάλογη με τις μελλοντικές δυνατότητες επεξεργασίας.

Υπάρχει αναγκαιότητα να βάλουμε σε λόγια αρκετά γρήγορα τη μεταβιβαστική εμπειρία του εφήβου, τη μαζική επένδυση ή ακόμα την επίμονη άρνηση επένδυσης της σχέσης του με εμάς. Νομίζω όμως, ότι η άμεση ερμηνεία του μεταβιβαστικού βιώματος, παρά την υποθετική αποτελεσματικότητά της, διακινδυνεύει να γίνει εξαιρετικά αγχωτική η/και καταδιωκτική με αποτέλεσμα τη διακοπή της θεραπείας. Αντίθετα οι έμμεσες παρεμβάσεις, η προσφορά κατασκευών και επιμέρους ερμηνευτικών υποθέσεων, πέρα από τον περιέχοντα χαρακτήρα τους, συνεισφέρουν στην αποσυμπύκνωση των φαντασιώσεων, στο άνοιγμα σε μια σχετική ελευθερία σκέψης και σε μια λιγότερο περιορισμένη φαντασιοποίηση.

Με τον Αντουάν, έναν έφηβο που παρουσίαζε ψυχωτικές διαταραχές από την παιδική του ηλικία, βιωμένη σε ένα οικογενειακό περιβάλλον σημαδεμένο από το μίσος μεταξύ των γονέων, τη φυγή του πατέρα και την έντονη παρουσία μιας αβυσσώδους μητέρας, μπορέσαμε να κατασκευάσουμε μια ιστορία της παιδικής του ηλικίας μέσω ενός δικού του ηχητικού υλικού στο οποίο επίμονα αναφερόταν. Πέρα από τη γενικότερη σημασία της αισθητηριακότητας στην εφηβεία, η μουσική και ο ρυθμός δημιουργούσαν για τον Αντουάν ένα περιέχον ηχητικό περίβλημα που επιτρέπει την ανάκληση και την επεξεργασία των αυτο-ηρεμιστικών συμπεριφορών του, όταν λικνιζόμενος στην αφόρητη μοναξιά του κτυπούσε το κεφάλι στο ξύλινο παιδικό του κρεβάτι. Παράλληλα η επένδυση των ακουστικών και οπτικών παραστάσεων του τραγουδιού ενός ροκ συγκροτήματος, επιτρέπει στον Αντουάν να βρει "somewhere in time" ένα χρονικό αγκυροβόλιο και να εγγραφεί σε μια ταυτίζουσα πατρική γενεαλογία. Ο χωρόχρονος της παράστασης somewhere in time συνδεόμενος με τις συναντήσεις με τον πατέρα «κάποτε» και τον αναλυτή «τώρα», γίνεται καταγωγική αρχή ενός λόγου που ιστορικοποιεί εκ των υστέρων και δημιουργεί πολλαπλούς αφηγηματικούς χρόνους που ενσωματώνουν τα βίαια συναισθήματά και δημιουργούν μια άλλη εκδοχή της παιδικής ηλικίας χωρίς χαώδη κενά και παραληρηματικές επεξηγήσεις. Το παρελθόν κατασκευάζεται ψυχικά μέσα από λόγια που συμβολοποιούν την απώλειά του δημιουργώντας αναμνήσεις, ενώ ο Αντουάν αναζητεί μια συμπληρωματική διαβεβαίωση όλων αυτών μέσα από την ταύτισή του με τον τραγουδιστή ενός άλλου τραγουδιού με τίτλο "The lost years". Ο «χαμένος» χρόνος που ξαναβρίσκεται, η ελλείπουσα ιστορία που ανακατασκευάζεται.

Θεωρώ πολύ σημαντικό να βοηθηθεί το υποκείμενο να σκεφτεί και να αναστοχαστεί την ιστορία του «μέσα στη μεταβίβαση» αλλά χωρίς άμεση αναφορά στη μεταβίβαση. Απέναντι σε μια παγιωμένη ή ακινητοποιημένη από την παραληρηματική αιτιότητα εκδοχή της ιστορίας του, μπορούμε να του προτείνουμε άλλες δυνατές εκδοχές που δεν αντιστοιχούν σε μια πλήρη και ολοκληρωτική κατασκευή. Μια μονολιθική κατασκευή θα προσομοίαζε με την απολυτότητα του παραληρήματος και θα επιβεβαίωνε τη φαντασιακή τοποθέτηση του αναλυτή στον γνώριμο στους ψυχωτικούς εφήβους χώρο του υπεράνθρωπου, παντοδύναμου και τελικά καταδιωκτικού αντικειμένου.

Ορισμένες φορές η εκ νέου επεξεργασία με τον έφηβο των γεγονότων και των μεταβιβαστικών-αντιμεταβιβαστικών περιπετειών μιας προηγούμενης θεραπείας επιτρέπει μια ιστορικοποίηση και μια σχετική επεξεργασία της επανάληψης, στον βαθμό που

ο δεύτερος θεραπευτής αποκτά θέση και λειτουργία «τρίτου». Τελικά, η κατασκευή μιας ιστορίας ορισμένες φορές γίνεται συνώνυμο με την από κοινού «εφεύρεση» μιας ιστορίας με χρησιμοποίηση των όποιων δυνατών στοιχείων, της όποιας δυνατότητας φαντασιοποίησης του αναλυτή, αλλά κυρίως μέσω της ελευθερίας σκέψης που αποκτά προοδευτικά ο έφηβος καθώς γίνεται ακροατής του δικού του λόγου.

Άλλες φορές, ακόμη και μετά την ανεύρεση και την αποκάλυψη ενός σημαντικού στοιχείου, ενός για παράδειγμα διαγενεαλογικού οικογενειακού μυστικού, τίποτα δεν μετακινείται. Στην περίπτωση του Άγγελου, καμιά επεξεργασία από όσες επιχειρήθηκαν και καμιά εκδοχή από όσες προτάθηκαν δεν εμπόδισε την παγίωση της δικής του παραληρηματικής επεξεργασίας ενός «μη-απωθημένου» αλλά απαρνημένου από τον πατέρα του Άγγελου στοιχείου, που αφορούσε τη δική του καταγωγική υιότητα και την αλλαγή ονόματος του δικού του πατέρα. Ο Άγγελος γίνεται ένας εκπεσών άγγελος που «πέφτει» στο παραλήρημα, γιατί αποτυγχάνει στην εκ των πραγμάτων αδύνατη αποστολή του. Αδυνατεί να γίνει αγγελιοφόρος ενός διακλεισμένου νοήματος, ενός ά-λεκτου και απαγορευμένου μηνύματος μεταξύ τριών γενεών.

Αλλά και όταν η προβληματική της απαγόρευσης δεν είναι κυρίαρχη, η κατασκευή της ιστορίας της παιδικής ηλικίας, μόνος ή με τον αναλυτή, δεν αποτελεί εύκολη εργασία. Δεν πρόκειται για απλή αναμνημόνευση, ούτε για συρραφή εικόνων ενός οικογενειακού άλμπουμ, αλλά για μια ζωντανή αναμνημόνευση ενός υπό συνεχή διαμόρφωση και αναδιαμόρφωση παρελθόντος, το οποίο εκτός από ψυχική οδύνη οφείλει να περιλαμβάνει και στιγμές μοιρασμένης ευχαρίστησης. Χρειάζονται λοιπόν λέξεις ικανές να επιτρέψουν στο υποκείμενο να επικοινωνεί και να επικοινωνεί στον ίδιο του τον εαυτό τα συναισθήματα που νιώθει: αγάπη, μίσος, χαρά, οδύνη. Χρειάζονται λέξεις που δεν προδίδουν το συναίσθημα, ούτε τα «σημεία βεβαιότητας» που προσφέρει ο μητρικός λόγος κατονομάζοντας το σωματοψυχικό βίωμα του χωρίς ακόμη λόγο παιδιού.

Η Ζ. μια πολύ διαταραγμένη ψυχωτική έφηβος, νοσηλευόμενη στο Νοσοκομείο Ημέρας, είχε την ανάγκη να μπαίνει ξαφνικά στο γραφείο μου και να μου απευθύνει ζωτικές ερωτήσεις στο πλαίσιο μιας άτυπης θεραπευτικής σχέσης. Αισθανόταν λέει «κινούμενη» και ρωτούσε απότομα: «Τι θα πει αγάπη;» ή «τι είναι μίσος;». Όταν έπαιρνε απαντήσεις που της ταίριαζαν ευχαριστούσε και έφευγε αμέσως για να επανέλθει την επόμενη φορά. Οι απαντήσεις μου αναφέρονταν στο παρόν συναισθηματικό της βίωμα στο Νοσοκομείο Ημέρας, το οποίο συνέδεα, όσο και όταν αυτό ήταν δυνατόν, με το ήδη κατασκευασμένο παιδικό της βίωμα και την οικογενειακή της ιστορία. Επρόκειτο για επικίνδυνες απαντήσεις σε απύθμενες ερωτήσεις, με αμφίβολο για τους δυο μας κοινό παρανομαστή. Το άτυπο και αυθόρμητο θεραπευτικό στοιχείο αυτής της σχέσης στηριζόταν ωστόσο, στη συμμετοχή μου στη θεραπευτική ομάδα και στη συλλογική επεξεργασία των θεραπευτικών ζητημάτων.

Το πλαίσιο της ψυχαναλυτικής εργασίας και οι σχετικές διευθετήσεις του συνδέονται άμεσα με τη βαρύτητα της παθολογίας και τις ανάγκες του εφήβου, σε αρκετές όμως περιπτώσεις η καταφυγή στις δυνατότητες που προσφέρει ο θεραπευτικός θεσμός είναι εξίσου αναγκαία.

ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΄Η/ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η χρησιμοποίηση ενός θεσμικού θεραπευτικού πλαισίου σε αντιδιαστολή προς ένα εντατικό ψυχαναλυτικό πλαίσιο με ενεργό παρουσία του αναλυτή και μεγάλη συχνότητα συνεδριών, αποτέλεσε αντικείμενο γόνιμης αντιπαράθεσης μεταξύ ψυχαναλυτών. Παραπέμπω στις εργασίες των M. και E. Laufer στο Center for Research into Adolescent Breakdown στο Λονδίνο και στον υποδειγματικό διάλογο μεταξύ του R. Cahn και του F. Ladame (Cahn 1992), δύο γνωστών ψυχαναλυτών που εργάστηκαν αντιστοίχως στο Παρίσι και στη Γενεύη σε Θεραπευτικά Κέντρα για εφήβους. Ο Raymond Cahn για τη φροντίδα των βαριά διαταγμένων εφήβων προτείνει «ψυχαναλυτική θεσμική θεραπεία», θεωρώντας το πλαίσιο του θεσμού πιο κατάλληλο για το ξετύλιγμα των μηχανισμών άμυνας όπως η σχάση, η προβολή, η διάψευση, η απο-επένδυση αλλά και για την επεξεργασία του καταναγκασμού στην επανάληψη σχεσιακών στερεοτύπων της παιδικής ηλικίας. Ακόμη περισσότερο, το πλαίσιο του θεσμού επιτρέπει τη διάρθρωση της ψυχικής επεξεργασίας και της νοηματοδότησης με τη διάσταση της φροντίδας που αφορά κατά κύριο λόγο την περιέχουσα, ψυχικοποιούσα λειτουργία της μητέρας και τον πρωτογενή ναρκισσισμό, τα θεμέλια δηλαδή της δόμησης του υποκειμένου (Cahn 1992).

Στο πλαίσιο αυτής της προβληματικής, θεωρώ ότι ο θεραπευτικός θεσμός αποτελεί ένα σημαίνον σύνολο, όπου δημιουργούνται αναπόφευκτα καταστάσεις μεταβιβαστικού-αντιμεταβιβαστικού τύπου. Αυτό το σημαίνον σύνολο απαιτεί συνεχή ανάλυση της δυναμικής των σχέσεων και των θεραπευτικών, των παιδαγωγικών, όπως και των περί αποκαταστάσεως ιδεολογιών που εγκαθίστανται. Η συγκεκριμένη κάθε φορά ανάλυση αποβλέπει στην αποφυγή της ακινητοποίησης και της γραφειοκρατικής σκλήρυνσης που διαρκώς ελλοχεύουν στο βαθμό που τα οργανωτικά όπως και τα λεγόμενα «διοικητικά» ζητήματα αλληλοδιαπλέκονται με τις ψυχικές διεργασίες που βρίσκουν υπόβαθρο, στήριγμα και έκφραση στον θεσμό.

Ο θεσμός ως θεραπευτικό εργαλείο, ορισμένες φορές, αποδεικνύεται περισσότερο χρήσιμος και αποτελεσματικός από τους κλασικούς ψυχοθεραπευτικούς τρόπους. Επιτρέπει ένα μετριασμό, μια πολυεστιακή και ενδεχομένως πληρέστερη επεξεργασία της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης, εφόσον μοιράζονται σε πολλά αντικείμενα και η συλλογική επεξεργασία τους μπορεί να λάβει καλύτερα υπόψη τα διακυβευόμενα. Αυτή η δυνατότητα υπάρχει βεβαίως και στα πλαίσια μιας εξωνοσοκομειακής θεραπευτικής ομάδας (κέντρα υποδοχής, κέντρα ημέρας κ.λπ.), χωρίς να είναι απαραίτητη η πλήρης θεσμική θεραπεία του εφήβου.

Για την επεξεργασία της αντιμεταβίβασης, εκτός από το κλασικό σχήμα της εποπτείας, είναι πολύ χρήσιμο και το σχήμα των τακτικών συναντήσεων σε θεσμικό ή ιδιωτικό πλαίσιο, όπου διάφοροι θεραπευτές με κοινή πρακτική ανταλλάσσουν τις δυσκολίες τους. Αυτή η λύση μπορεί να εφαρμοστεί σε μία θεσμική θεραπευτική ομάδα, αλλά και στον ιδιωτικό τομέα. Βοηθά τον θεραπευτή διαφορετικά από την ατομική εποπτεία να αντιλαμβάνεται ορισμένους επικείμενους κινδύνους ψυχικής «ρήξης» ή περάσματος σε πράξη του εφήβου και μέσω διασταυρούμενων ταυτίσεων με τους άλλους θεραπευτές να ξεπερνά τις δικές του φοβικές τάσεις απέναντι στη βία και την καταστρεπτικότητα που είναι παρούσες σε όλους τους διαταραγμένους εφήβους.

Σε παλιότερη εργασία είχα προτείνει τρόπους χειρισμού και ανάλυσης της μεταβιβαστικής-αντιμεταβιβαστικής δυναμικής που αναπτύσσεται στο πλαίσιο του θεραπευτικού θεσμού και είχα επιχειρήσει να ορίσω ορισμένες μεθοδολογικές αρχές συλλογικής επεξεργασίας των θεραπευτικών ζητημάτων (Στεφανάτος 1989). Στα ζητήματα αυτά θα προσθέσω ορισμένα στοιχεία που χαρακτηρίζουν ειδικότερα τη θεσμική ψυχοθεραπεία του εφήβου.

Το θεραπευτικό θεσμικό πλαίσιο μπορεί να γίνει αντικείμενο έντονης επίθεσης από τον έφηβο. Η προβληματική της ανεξαρτητοποίησης, του φαντασιακού «φόνου» των γονέων και του συνακόλουθου θριάμβου που θα οδηγούσε στο ξεπέρασμα της εξάρτησης και στην κατάκτηση της ωριμότητας (Winnicott 1971), μεταφέρονται στη σχέση με τη θεραπευτική ομάδα και απαιτούν ιδιαίτερους χειρισμούς και ειδικές γνώσεις. Οι θεραπευτές, όπως και οι γονείς, οφείλουν να «επιζήσουν» από την επίθεση ώστε να μην μετατραπεί ο φαντασιακός τους φόνος από τον έφηβο, σε δική του αυτοκαταστροφή. Πόσο μάλλον που στις βαριές παθολογίες και την ψύχωση, αυτή η σύγκρουση μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ψυχική κατάρρευση του εφήβου.

Με βάση την εμπειρία πολλών χρόνων θεσμικής ψυχοθεραπείας ψυχωτικών εφήβων σε Νοσοκομείο Ημέρας, θεωρώ ότι σε αυτές τις περιπτώσεις ο ψυχαναλυτής καλείται να αναπτύξει μία συνολική στρατηγική, όπου ο λόγος και οι πράξεις του εφήβου και των γονέων τοποθετούνται σε διαλεκτική συσχέτιση με όσα ο έφηβος προβάλει στον περιέχοντα χώρο του θεσμού και με ό,τι διαδραματίζεται στο μεταβιβαστικό-αντιμεταβιβαστικό, ατομικό και συλλογικό πεδίο. Η επισήμανση και η επεξεργασία της επανάληψης επιτρέπουν ενδεχομένως την ψυχική κινητοποίηση του εφήβου και την κατασκευή-ανακατασκευή των τραυματικών γεγονότων της ιστορίας του (Stephanatos 2004) μέσω μιας νέας εκδοχής που μοιράζεται πλέον με τον θεραπευτή του και τη θεραπευτική ομάδα. Αυτό το κεκτημένο μπορεί στη συνέχεια να αποτελέσει βάση για το ξεκίνημα ή την επανεκκίνηση μιας ατομικής ψυχαναλυτικής εργασίας, ενώ προφανώς οι δύο προσεγγίσεις μπορούν για ένα ικανό χρονικό διάστημα να συνυπάρχουν. Ούτως ή άλλως, η ψυχαναλυτική εργασία τοποθετείται πάντα ανάμεσα σε αυτό που αναδύεται και σ' αυτό που ανθίσταται στην κίνηση ιδιοποίησης και ιστορικοποίησης που επιχειρεί το υποκείμενο, ακόμη και όταν αποτυγχάνει, να παραστήσει και να μετατρέψει σε ιστορία τις ταυτίζουσες συναντήσεις του με το αντικείμενο.

Μήπως και οι ερμηνευτικές κατασκευές δεν αποτελούν σε τελευταία ανάλυση, μια αντιμεταβιβαστική απάντηση του αναλυτή στην ανάγκη υποκειμενικής ιδιοποίησης από τον έφηβο του παιδικού σωματο-

THE PSYCHOANALYST OPPOSITE THE PSYCHOTIC ADOLESCENT

G. Stephanatos

Psychiatrist, Child et Adolescent Psychiatrist Member of CILA (College International de l' Adolescence), Psychoanalyst Member of Quatrieme Groupe, OPLF

Child and Adolescent Psychiatry 2013, 1:37–47

Starting from the specificities of psychopathology in adolescence and the passage from a "psychotic potentiality" to a manifest psychosis, the author proposes a consideration of the work of the psychoanalyst with adolescents who display functions of a psychotic type. The preconditions and the limits of psychoanalytical work, within both an individual and an institutional therapeutic framework are investigated, as is the articulation between them. Reference is made to the reception of the request, to the assessment of the adolescent's psychic functioning and defenses, whilst in parallel the role and the significance of the parents' word are examined. Clinical material, referring to the problematic of transfer and counter-transfer and concerning the use of "interpretational constructions" by the analyst as a response to the need for subjective appropriation of the childhood somato-psychic experience by the adolescent is presented.

Key words: Psychosis, adolescence, psychoanalysis, therapeutic framework, institution

Βιβλιογραφία

Aulagnier P. "Les deux principes du fonctionnement identificatoire: permanence et changement". In: *Un interprète en quête de sens* (ed) Ramsay, Paris, 1986

Aulagnier P. Se construire un passé. *J Psychanal Enfant* 1989, 7:191–219

Cahn R, Ladame F. Psychothérapie, psychanalyse et adolescence: un débat. *Adolesc Psychothér* 1992, 10:223–235

Freud S. Se souvenir, répéter, perlaborer (1914). In: *La Technique Psychanalytique*. Paris, PUF, 1975:105–115

Freud S. *Constructions dans l' analyse* (1937). In: Résultats, idées, problèmes. Paris, PUF, 1985:269–282. Ελλην. μεταφρ. *Κατασκευές στην ψυχανάλυση*. Εκ των υστέρων, 1, 1997

Laufer M, Laufer E. *Adolescence and developmental breakdown*. Yale University Press, 1984

Στεφανάτος Γ. Η παιδοψυχιατρική ομάδα. Αρχές και πλαίσια λειτουργίας της. Στο: Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ (Συντ.) *Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής*. Τόμ. ΙΙΙ. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1989:341–393

Stephanatos G. Le trauma et son historisation possible à l'adolescence. In: Nassikas K (ouvrage collectif) *Le trauma entre création et destruction*. L' Harmattan, Paris, 2004.

Winnicott DW. *Playing and reality* (1971). Γαλλ. μεταφρ. *Jeu et réalité* (ed) Gallimard, Paris, 1975:190–207

Winnicott DW. Fear of Breakdown. *Intern Rev Psychoanal* 1974, 1:103–107

Ωλανιέ Π. *Η Βία της ερμηνείας* (1975). Πρόλογος Ν. Ζαλτζμάν. Εισαγωγή και επιστημονική επιμέλεια Γ. Στεφανάτος. Μετάφραση Μ. Κουνεζή. Εκδ. Εστίας, 2001

Ανασκόπηση
Review

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΝΟΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Εισαγωγική προσέγγιση από παιδοψυχιατρική σκοπιά

Δ. Αναγνωστόπουλος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2013, 1:48–54

Οι νευροεπιστήμες μελετούν στο ΚΝΣ την παραγωγή, την έκφραση, την αντίληψη των συναισθηματικών ερεθισμάτων, την ανταπόκρισή του σε αυτά, πώς το υποκείμενο μαθαίνει και θυμάται τα συναισθήματα και πώς αυτά αναδύονται από το ασυνείδητο. Ιδιαίτερο ρόλο στις διαδικασίες αυτές έχει το διπλό σύστημα μνήμης, η άδηλη μνήμη (ασυνείδητη) που ελέγχεται από την αμυγδαλή και η έκδηλη (συνειδητή) από τον ιππόκαμπο. Η άδηλη μνήμη ωριμάζει νωρίτερα από την έκδηλη. Αυτή η διαφορά φάσης στην ωρίμανση έχει ουσιώδεις επιπτώσεις στην ανάπτυξη του βρεφικού Νου και στη διαδικασία οργάνωσης του ασυνειδήτου. Ως εκ τούτου διαφέρουν οι επιπτώσεις των πρώιμων τραυμάτων και του στρες στα δύο συστήματα μνήμης. Υποστηρίζεται ότι οι συναισθηματικές εμπειρίες αποτυπώνονται ανεξίτηλα στο άδηλο σύστημα, ωστόσο, η έκφρασή τους είναι «πλαστική» και μπορεί να ρυθμιστεί και να μετασχηματιστεί από τον εγκέφαλο μέσω του φλοιϊκού ελέγχου της ίδιας της αμυγδαλής. Επίσης, ότι οι συναισθηματικές συγκινήσεις προηγούνται των αισθημάτων κατά την πορεία της εξέλιξης. Ακόμη διατυπώνεται η άποψη ότι οι νοητικές διαδικασίες βασίζονται σε χάρτες του σώματος που ενυπάρχουν στον εγκέφαλο με τη μορφή «νευρωνικών διατάξεων» οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις απαντήσεις σε γεγονότα που προκαλούν συναισθηματικές συγκινήσεις και αισθήματα. Τα θετικά πρώιμα συναισθήματα συνδέονται με

Αλληλογραφία: Δ. Αναγνωστόπουλος, Δήλου 14, 161 21 Καισαριανή, Αθήνα, Τηλ. 210-7640111, 210-7669584, e-mail: dimitris1952@gmail.com

υγιέστερη προσωπικότητα, ενώ οι αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες μπορεί να αποτελέσουν την αιτία έντονου άγχους και καταθλιπτικών καταστάσεων ακόμη και κατά την ενήλικη ζωή. Οι συγκεκριμένες επιρροές στο ΚΝΣ προωθούν αναπτυξιακούς παράγοντες ή την έκκριση διαφόρων μορίων, ως απάντηση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα, παίζοντας καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της «πλαστικότητας» του. Στη βάση αυτή διαμορφώνεται το παιδοψυχιατρικού ενδιαφέροντος πεδίο για τη σχέση νευροβιολογίας και ψυχανάλυσης. Ενδεικτικά αναφέρονται: ο ρόλος των συγκινησιακών ερεθισμάτων στην ανάπτυξη του βρεφικού νου, στην οργάνωση των διαφόρων μορφών μνήμης και στην ανθρώπινη συμπεριφορά, η πρώτη επικοινωνία ανάμεσα στο νεογνό και τη μητέρα και το περιβάλλον, η δράση της μητρικής φωνής κατά την προγεννητική περίοδο ως την πρώιμη νευρολογική οργάνωση των αισθητικοκινητικών, γραμματικών και σημασιολογικών κέντρων του λόγου, η νευροβιολογική ωρίμανση και νοητική ανάπτυξη σε σχέση με τις λειτουργίες της συνείδησης και του ασυνειδήτου, η ενσυναίσθηση και η αλληλεπίδραση συγκινησιακών και συναισθηματικών καταστάσεων με την εμπειρία του σωματικού πόνου και η μίμηση. Με επίγνωση ότι η ψυχανάλυση βασίζεται στη διυποκειμενικότητα, ενώ οι νευροεπιστήμες στη σχέση ανάμεσα σε υποκείμενο και το αντικείμενο του ενδιαφέροντός του, τα στοιχεία από τις περιοχές κοινού ενδιαφέροντος θα συμβάλλουν στη δημιουργία θεωρητικής και κλινικής σκέψης που απομακρύνεται από τη μεταψυχολογία και προσεγγίζει μια πραγματική ψυχολογία καθιστώντας δυνατή τη σύνδεση ανάμεσα στις νευροφυσιολογικές και νοητικές λειτουργίες ως βάση για μια ενοποιημένη θεωρία του νου χρήσιμη στην κλινική πράξη της Παιδοψυχιατρικής.

Λέξεις ευρετηρίου: Νευροβιολογία, Ψυχανάλυση, Παιδοψυχιατρική, άδηλη μνήμη, έκδηλη μνήμη, πρώιμο τραύμα, νους

«Συνεργασία, όχι ενσωμάτωση, ενοποίηση, αμοιβαία συνεισφορά στη γνώση των λειτουργιών του νου· αλληλοσεβασμός για τα μεθοδολογικά και επιστημολογικά όρια κάθε επιστήμης: Αυτές είναι οι αρχές που διέπουν τις σκέψεις μου σχετικά με τη διεπιστημονική συνεργασία και πρέπει να γίνονται αποδεκτές ώστε να είναι εφικτός ο αμοιβαίος εμπλουτισμός ανάμεσα στις νευροεπιστήμες και την ψυχανάλυση».

(Mancia 2006)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας, έχουν συγκεντρωθεί υπεραρκετά στοιχεία που διαμορφώνουν μια κοινή γραμμή σκέψης η οποία δεν αποσκοπεί πλέον στο να αποδείξει αν οι ψυχαναλυτικές θεωρίες είναι ή δεν είναι συμβατές με τον ορισμό τής επιστήμης, αλλά μια γραμμή σκέψης που αποσκοπεί στο να δώσει πειραματικά δεδομένα ικανά να ενισχύσουν τις βασικές ψυχαναλυτικές έννοιες και να τους προσδώσουν ανατομικο-λειτουργική συνοχή, σε μια προσπάθεια, όπως ήδη έχει θεωρητικοποιηθεί από τον Freud (1895), να μπορέσουμε κάποτε να εξηγήσουμε τον νου (mind), με τις συναισθηματικές συγκινήσεις (emotions), τα συναισθήματα (affects), τα αισθήματα (feelings), τα πάθη και τις σκέψεις του, με επιστημονικούς όρους όσο το δυνατόν πιο κοντά σε εκείνους που χρησιμοποιούνται στη Χημεία, τη Φυσική και τη Βιολογία. Ο Freud το 1912 έγραφε: «Αρνούμαστε να τοποθετήσουμε μιαν αντίθεση αρχής ανάμεσα σε αυτές τις δύο ομάδες αιτιολογικών παραγόντων [έμφυτους (ιδιοσυγκρασιακούς) και τυχαίους (παιδικές αναμνήσεις)]. Αντίθετα πιστεύουμε ότι και οι δύο αυτές ομάδες συνήθως συνεργούν για να επιφέρουν το παρατηρούμενο αποτέλεσμα». Αυτή η γραμμή σκέψης πρέπει να στηριχθεί στην προϋπόθεση ότι ο νους μπορεί να ερμηνευθεί μόνο με έναν οντολογικό μονισμό, ακόμη και αν οι μέθοδοι της μελέτης του διαφέρουν επιστημολογικά και μεθοδολογικά, και με επίγνωση ότι η ψυχανάλυση βασίζεται απόλυτα στη διυποκειμενικότητα, ενώ οι νευροεπιστήμες βασίζονται στη σχέση ανάμεσα σε υποκείμενο και το αντικείμενο του ενδιαφέροντός του. Πρέπει επίσης να γίνει αποδεκτό ότι η υποκείμενη λογική τής έρευνας διαφέρει: οι νευροεπιστήμες βασίζονται στη λογική της εξήγησης, ενώ η ψυχανάλυση χαρακτηρίζεται από τη λογική της κατανόησης.

ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΚΟΙΝΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Οι περιοχές πιθανού ενδιαφέροντος και ενοποίησης ανάμεσα στους διάφορους κλάδους των νευροεπιστημών και την ψυχανάλυση είναι πολυάριθμες και κάθε περιοχή έρευνας έχει οδηγήσει σε έναν σημαντικό αμοιβαίο εμπλουτισμό. Ιδιαίτερα για την Παιδοψυχιατρική έχουν ενδιαφέρον:

1. Μελέτη των συγκινησιακών ερεθισμάτων και του ρόλου τους στην ανάπτυξη του βρεφικού νου (infant mind), στην οργάνωση των διαφόρων μορφών μνήμης και στην ανθρώπινη συμπεριφορά.
2. Μελέτες του εμβρύου με υπερήχους υψηλής ανάλυσης οι οποίες αποκαλύπτουν συμπεριφορικές πλευρές και την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος.
3. Έννοιες σχετικά με την πρώτη επικοινωνία ανάμεσα στο νεογνό και τη μητέρα του και το περιβάλλον, όπως αυτές εξάγονται από την παρατήρηση των νηπίων.
4. Έρευνες για την ανάπτυξη της ομιλίας, ξεκινώντας από τη δράση της μητρικής φωνής κατά την προγεννητική περίοδο ως την πρώιμη νευρολογική οργάνωση των αισθητικοκινητικών, γραμματικών και σημασιολογικών κέντρων του λόγου.
5. Η νευροβιολογική ωρίμανση και νοητική ανάπτυξη σε σχέση με τις λειτουργίες της συνείδησης και του ασυνειδήτου.
6. Έρευνες για τα διαφορετικά συστήματα μνήμης, τα νευροεπιστημονικά τους σύστοιχα και τη σχέση τους με τα χαρακτηριστικά και τις λειτουργίες τού ασυνειδήτου.
7. Η μελέτη της ενσυναίσθησης (empathy) και της αλληλεπίδρασης (sharing) συγκινησιακών και συναισθηματικών καταστάσεων σε σχέση με την εμπειρία του σωματικού πόνου.
8. Οι ανακαλύψεις σχετικά με τον REM και μη-REM ύπνο και οι σχέσεις τους με τα όνειρα.
9. Η ανάλυση του σύνθετου ζητήματος των κατοπτρικών νευρώνων, που ανοίγει σημαντικές και συναρπαστικές προοπτικές όσον αφορά στο πώς ο εγκέφαλος μπορεί να παράγει «εγγράμματα» ή «νευρωνικές διατάξεις» (engrams or neural configurations) ως απάντηση στη δική του κίνηση ή την παρατήρηση υποκειμένων που κάνουν τις ίδιες κινήσεις, καθώς και σε σύνδεση με την πρόθεση-σκοπιμότητα (intentionality), τη μίμηση, την ενσώματη προσομοίωση και την αλληλεπίδραση φυσιολογικών και παθολογικών συγκινησιακών και συναφών-σχεσιακών (relational) καταστάσεων.

Τα στοιχεία από όλες αυτές τις περιοχές κοινού ενδιαφέροντος θα μπορούσαν να προωθήσουν μια γραμμή θεωρητικής και κλινικής σκέψης η οποία να απομακρυνθεί σταδιακά από τη μετα-ψυχολογία για να προσεγγίσει περισσότερο μια πραγματική και αληθινή ψυχολογία, η οποία είναι ανοιχτή στον πειραματισμό και τις επιστημονικές παρατηρήσεις, μια ψυχολογία που καθιστά δυνατή τη σύνδεση ανάμεσα στις νευροφυσιολογικές και νοητικές λειτουργίες ως βάση για μια ενοποιημένη θεωρία του νου. Αυτό το διεπιστημονικό έργο αποσκοπεί επίσης στο να δημιουργήσει μια κοινή γλώσσα, να επιτρέψει την κατανόηση του νοήματος των χρησιμοποιούμενων όρων και εννοιών, την ανταλλαγή υποθέσεων και ιδεών που μπορούν να εμπλουτίσουν τόσο την ψυχανάλυση όσο και τις νευροεπιστήμες. Οι τελευταίες, μάλιστα, όπως όλες οι επιστήμες, δεν μπορούν να αγνοήσουν τον συνειδητό και ασυνείδητο νου του ατόμου που πειραματίζεται, παρατηρεί και ερμηνεύει, και η μελέτη αυτών των λειτουργιών του νου είναι το κύριο αντικείμενο της ψυχανάλυσης.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ - ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Σε μια ιστορική αναδρομή του ζητήματος οφείλουμε να αναφέρουμε ότι, μετά τον Δαρβίνο, ο οποίος το 1872 έθεσε τις βάσεις τής επιστημονικής αντιμετώπισης των συναισθημάτων στο έργο «*Η έκφραση των συναισθημάτων στον άνθρωπο και στα ζώα*» (The expression of the Emotions in Man and Animals), ελάχιστοι επιστήμονες ασχολήθηκαν με αυτό το θέμα, το οποίο είναι τόσο κεντρικό για την ψυχολογία και τις ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες. Αυτή η σχετική έλλειψη ενδιαφέροντος από μέρους των νευροεπιστημόνων για τα συναισθήματα διήρκεσε πολλά χρόνια, αλλά τερματίστηκε από το έργο τού Le Doux (1996), ο οποίος, έναν αιώνα μετά το Δαρβίνο, δημοσίευσε στο *«Συναισθηματικό εγκέφαλο»* (The Emotional Brain) τις βασικές ιδέες σχετικά με το πώς παράγονται οι συναισθηματικές συγκινήσεις στον εγκέφαλο, πώς εκφράζονται, πώς ο εγκέφαλος αντιλαμβάνεται τα συναισθηματικά φορτισμένα ερεθίσματα και ανταποκρίνεται σε αυτά, πώς το υποκείμενο μαθαίνει και θυμάται τα συναισθήματα και πώς τα συνειδητά αισθήματα των ανθρώπων αναδύονται από το ασυνείδητο.

Μία από τις πιο πρωτότυπες συνεισφορές του Le Doux που χρησιμοποιούνται στην ψυχανάλυση σχετίζεται με την επίδραση των συναισθηματικών συγκινήσεων (emotions) στη διαδικασία της μνήμης. Ο Le Doux (2000) επανεξέτασε τα πειραματικά δεδομένα από ζώα και ανθρώπους τα οποία είχαν οδηγήσει στην ανακάλυψη του διπλού συστήματος της μνήμης, άδηλης και έκδηλης (dual memory system, implicit and explicit) (Squire 1994, Schacter 1996), εκ των οποίων η πρώτη διαμεσολαβείται από διάφορες δομές υπό τον έλεγχο της αμυγδαλής και η δεύτερη από τον κροταφικό λοβό, όπου ο ιππόκαμπος παίζει βασικό ρόλο. Η έκδηλη μνήμη ορίζεται ως συνειδητή μνήμη, ενώ η άδηλη μνήμη είναι ασυνείδητη. Ενορχηστρωτής τής έκδηλης μνήμης είναι ο ιππόκαμπος, ο οποίος οργανώνει «εγγράμματα» ή «νευρωνικές διατάξεις» μέσω των οποίων επιλέγει και κωδικοποιεί τις πληροφορίες που δέχεται ώστε να τις αποθηκεύσει, μέσω των θαλαμικών πυρήνων, στον συνειρμικό φλοιό, ο οποίος είναι ιδιαίτερα εκτεταμένος στον εγκέφαλο. Η άδηλη μνήμη είναι η πιο άμεσα συναισθηματική μορφή μνήμης. Τη διαχειρίζονται η αμυγδαλή και οι συνδεόμενες περιοχές, όπως ο υποθάλαμος, το εγκεφαλικό στέλεχος, οι βασικοί πυρήνες, η παρεγκεφαλίδα και περιοχές του συνειρμικού φλοιού.

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Άλλοι, όπως οι Jacobs & Nadel (1985), ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις που θα μπορούσε να έχει ένα τραύμα στην ανάπτυξη του νου, τονίζοντας ότι ένα πρώιμο τραύμα, ακόμη και όταν το άτομο δεν το θυμάται, μπορεί να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ανάπτυξη του νου και ότι η αμυγδαλή ωριμάζει πριν τον ιππόκαμπο. Αυτή η δήλωση αποτέλεσε προάγγελο του έργου του Siegel (1999), ο οποίος ανέδειξε τους διαφορετικούς χρόνους ωρίμανσης των δύο βασικών δομών των συστημάτων της μνήμης, υιοθετώντας την υπόθεση ότι η άδηλη μνήμη ωριμάζει νωρίτερα από την έκδηλη. Αυτή η διαφορά φάσης στην ωρίμανση έχει τεράστιες επιπτώσεις στην ανάπτυξη του βρεφικού νου (infant mind), καθώς και στη διαδικασία που οδηγεί στην οργάνωση του ασυνειδήτου.

Οι επιπτώσεις των τραυμάτων και του στρες στα δύο συστήματα μνήμης είναι σημαντικές τόσο για την ψυχολογία όσο και για την ψυχανάλυση, εφόσον οι επιπτώσεις ενός τραύματος στην αμυγδαλή διαφέρουν από εκείνες στον ιππόκαμπο. Πρόσφατες έρευνες εστιασμένες σε αυτό το ζήτημα επιβεβαίωσαν τον ρόλο των πρώιμων τραυμάτων στις μνημονικές λειτουργίες (Karten et al 2005). Στα θηλαστικά, τραύματα διαφόρων τύπων μπορεί να προκαλέσουν την επανεμφάνιση εξαρτημένων απαντήσεων στον φόβο οι οποίες έδειχναν να έχουν εξαλειφθεί. Αυτό το πειραματικό εύρημα έχει και ψυχαναλυτικό ενδιαφέρον, δεδομένου ότι μάς επιτρέπει να σκεφτούμε πως ορισμένες τραυματικές ή στρεσογόνες εμπειρίες του παρελθόντος μπορεί να επανεμφανιστούν κατά τη μεταβίβαση, καθώς, αν και μοιάζουν να έχουν εξαλειφθεί (δηλαδή δεν είναι ανακλήσιμες), παραμένουν αποθηκευμένες στην άδηλη μνήμη. Αυτή η φαινομενική εξάλειψη δεν έχει ακυρώσει την εμπειρία, η οποία έχει αποθηκευθεί στην άδηλη μνήμη και συνεχίζει να επηρεάζει τις συναισθηματικές και γνωστικές πλευρές του ατόμου για το υπόλοιπο της ζωής του. Ο Le Doux (1996, 2000) διατύπωσε μια νευροφυσιολογική εξήγηση για την αντίσταση στην εξάλειψη ενός εξαρτημένου φόβου που έχει αποθηκευθεί στην άδηλη μνήμη. Η υπόθεσή του ήταν ότι η νευρωνική οργάνωση της αμυγδαλής θα μπορούσε να είναι τέτοια ώστε να δημιουργεί ένα εξαρτημένο δίκτυο το οποίο, μέσω μιας συγκεκριμένης «πλαστικότητας» των νευρώνων, διαμορφώνει τις συνθήκες για την αντίσταση στην εξάλειψη. Έτσι, οι συναισθηματικές εμπειρίες αποτυπώνονται ανεξίτηλα στο άδηλο σύστημα, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η ακύρωσή τους. Ωστόσο, η έκφρασή τους είναι «πλαστική» και μπορεί να ρυθμιστεί και να μετασχηματιστεί από τον εγκέφαλο μέσω του φλοϊικού ελέγχου της ίδιας της αμυγδαλής. Και μάλιστα η αμυγδαλή στέλνει πολλές νευρωνικές προβολές στις περιοχές του φλοιού, συνεπώς τα συναισθηματικά ερεθίσματα μπορούν να μεταβιβαστούν απευθείας από την αμυγδαλή στον συνειρμικό φλοιό. Ωστόσο, ο συνειρμικός φλοιός στέλνει και ο ίδιος νευρωνικές ίνες στην αμυγδαλή, αν και σε μικρότερο βαθμό, δημιουργώντας έτσι έναν σύνθετο βρόχο ανατροφοδότησης (feedback loop) ανάμεσα στην αμυγδαλή και τον συνειρμικό φλοιό. Είναι αυτός ακριβώς ο βρόχος (loop) που δίνει τη δυνατότητα στον φλοιό να ασκεί ρυθμιστική δράση στην αμυγδαλή. Το γεγονός αυτό ενισχύει την υπόθεση ότι η σκέψη που υφίσταται επεξεργασία κατά την ανάλυση, η οποία υποθέτουμε ότι έχει λειτουργική διάταξη στον νεοφλοιό, μπορεί να ρυθμίζει και να ελέγχει τα συναισθήματα μέσω της δράσης της στην αμυγδαλή.

Πιο πρόσφατα, ερευνητές που χρησιμοποίησαν πιο εξελιγμένες μεθόδους *in vivo* ισχυρίστηκαν ότι

το συναίσθημα μπορεί να παρατηρηθεί ως μεταβατική αλλαγή στην κατάσταση του οργανισμού και ως συμπαγές σύνολο «νευρωνικών διατάξεων» οργανωμένο από χάρτες συναφών-σχεσιακών (relational) δομών. Αυτές οι οργανώσεις σχηματίζονται πολύ νωρίς, επηρεάζοντας την ανάπτυξη του βρεφικού νου, ενώ μπορούν να ρυθμίζουν (to condition) τη συμπεριφορά και σκέψη του ατόμου όλη του τη ζωή (Damasio 2000). Γίνεται επίσης η υπόθεση πως οι συναισθηματικές συγκινήσεις (emotions) προηγούνται των αισθημάτων (feelings), στο ότι εμφανίζονται νωρίτερα κατά την πορεία της εξέλιξης, ενώ διατυπώνεται η άποψη ότι οι νοητικές διαδικασίες βασίζονται σε χάρτες του σώματος που ενυπάρχουν στον εγκέφαλο με τη μορφή «νευρωνικών διατάξεων» οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις απαντήσεις σε γεγονότα που προκαλούν συναισθηματικές συγκινήσεις και αισθήματα. Ο Damasio (2003) διακρίνει τις πρωταρχικές (primary) ή βασικές (fundamental) συναισθηματικές συγκινήσεις, που περιλαμβάνουν τον φόβο, τον θυμό, τη χαρά και τη λύπη, από τις κοινωνικές που περιλαμβάνουν την ντροπή, την ενοχή, τη ζήλια, τον φθόνο κ.λπ.

Ο Panksepp (2001) έκανε μια εξαιρετικά σημαντική συνεισφορά στη συζήτηση για τα πρώιμα συναισθήματα, παρέχοντας στοιχεία υπέρ της υπόθεσης ότι οι πρώιμες συναισθηματικές εμπειρίες μπορούν να επηρεάσουν βαθιά την ανάπτυξη του εγκεφάλου και την προσωπικότητα ενός παιδιού, αφού προκαλούν αλλαγή στη νοητική οικονομία του παιδιού. Ο συγκεκριμένος μετασχηματισμός αποτελεί τη βάση αυτού που ο Eldeman (1987) αποκαλούσε «νευρωνικό δαρβινισμό» (neural Darwinism). Είναι τώρα γνωστό ότι τα θετικά πρώιμα συναισθήματα προωθούν μια υγιέστερη και πιο αισιόδοξη προσωπικότητα, ενώ οι αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες μπορεί να αποτελέσουν την αιτία έντονου άγχους και καταθλιπτικών καταστάσεων στο υποκείμενο ακόμη και κατά την ενήλικη ζωή του. Οι συγκεκριμένες επιρροές μπορούν να λειτουργήσουν στο επίπεδο του εγκεφάλου, προωθώντας αναπτυξιακούς παράγοντες ή την έκκριση διαφόρων μορίων, όπως το γλουταμινικό οξύ, ως απάντηση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Αυτές οι ουσίες ενδέχεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της «πλαστικότητας» του κεντρικού νευρικού συστήματος, και οι απαντήσεις μπορούν να εξηγήσουν το γεγονός ότι τα νεογνά και τα παιδιά βιώνουν τα συναισθήματά τους πιο έντονα από τους ενήλικες και έχουν την ικανότητα να ενεργοποιούν διαδικασίες αυτορρύθμισης αυτών των συναισθημάτων.

Η πρώιμη αίσθηση του Εγώ, που γίνεται αντιληπτή από τη γέννηση, ανήκει περισσότερο στη συναισθηματική σφαίρα παρά στη γνωστική. Πρώιμα τραύματα όπως εγκατάλειψη, σωματική και ψυχολογική βία, κακοποίηση και στρες διαφόρων τύπων μπορεί να δημιουργήσουν τις συνθήκες για μια πάγια τάση προς τη θλίψη, την κατάθλιψη, τον θυμό και την πικρία. Η ευχαρίστηση που αντλεί η μητέρα από το νεογνό και η άμεση σωματική επαφή μεταβιβάζουν αισθήματα και συναισθηματικές συγκινήσεις που μπορούν να ενισχύσουν την παραγωγή αναπτυξιακών παραγόντων και την απελευθέρωση ωκυτοκίνης και άλλων ουσιών που μειώνουν το νηπιακό στρες. Η παραγωγή του εκλυτικού παράγοντα κορτικοτροπίνης (CRF) είναι σημαντική από αυτή την άποψη, αφού η συγκεκριμένη ορμόνη έχει αποδειχθεί σε πειραματικές μελέτες θηλαστικών ότι αποτελεί τον παράγοντα ο οποίος επηρεάζεται περισσότερο από το συναισθηματικό στρες που παράγεται όταν το νεογνό αποχωρίζεται τη μητέρα του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Είναι βέβαιο, πλέον, ότι οι πρώιμες περιβαλλοντικές επιρροές μπορεί να επηρεάσουν τη νευρωνική πλαστικότητα (Joseph 1966). Το ανθρώπινο εγκεφαλικό στέλεχος είναι πλήρως λειτουργικό κατά τη γέννηση. Αντιδρά σε ζωτικές αυτόνομες και κινητικές λειτουργίες. Το μεταιχμιακό σύστημα (υποθάλαμος, αμυγδαλή, διάφραγμα, προσαγώγιο και ιππόκαμπος) ελέγχει την πείνα και τη δίψα και είναι υπεύθυνο για την εμπειρία και την έκφραση συναισθημάτων όπως η ευχαρίστηση, ο θυμός, ο φόβος, η χαρά και η επιθυμία για συναισθηματική κοινωνική επαφή. Οι πρώιμες περιβαλλοντικές εμπειρίες μπορούν, συνεπώς, να επηρεάσουν τα συγκεκριμένα νευρωνικά δίκτυα, τροποποιώντας την ικανότητά τους να επιλέγουν και να ελέγχουν τη συμπεριφορά. Γι' αυτόν τον λόγο οι πρώιμες κοινωνικές, συναισθηματικές και περιβαλλοντικές εμπειρίες μπορεί να ασκήσουν σημαντική επιρροή στην οργάνωση του εγκεφάλου και τις πνευματικές, κοινωνικές και συναισθηματικές πλευρές της ανάπτυξης.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σημασία αυτών των παρατηρήσεων για την ψυχολογία και την ψυχανάλυση καθίσταται αμέσως σαφής αν λάβουμε υπ' όψιν μας ότι το νεογνό, με το μεταιχ-

μιακό του σύστημα που μετέχει στην οργάνωση όλων των πλευρών της κοινωνικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς, απαιτεί έναν σημαντικό όγκο κοινωνικών και σωματικών ερεθισμάτων, όπως οι μητρικές, αισθητηριακές και συναισθηματικές επαφές, ώστε να αναπτυχθεί. Αυτή η «μεταιχμιακή ανάγκη» για συναισθηματικά ερεθίσματα είναι τόσο έντονη ώστε κατά το μεγαλύτερο μέρος του πρώτου έτους της ζωής του το νεογνό αναζητά κοινωνική επαφή και χαμόγελα από οποιονδήποτε πλησιάζει, ακόμη και από αγνώστους. Από τα διάφορα όργανα που συγκροτούν το μεταιχμιακό σύστημα, φαίνεται πως η αμυγδαλή είναι εκείνη που καθοδηγεί τις βασικές διαδικασίες της συγκινησιακής και συναισθηματικής συμπεριφοράς των θηλαστικών και ιδίως του ανθρώπου.

Αυτά τα δεδομένα συνιστούν μια λειτουργική βάση για μια αμοιβαία επιρροή ανάμεσα στην άδηλη και την έκδηλη μνήμη, μια ρύθμιση βαρύνουσας σημασίας για την ανάπτυξη του νηπιακού νου και τις διαδικασίες της πρώιμης μάθησης.

Αυτά ήταν ορισμένα τεκμηριωμένα παραδείγματα του πώς οι νευροεπιστήμες μπορούν να συμβάλουν στην ψυχανάλυση, βοηθώντας τους κλινικούς παιδοψυχιάτρους να κατανοήσουν καλύτερα την ψυχονοητική ανάπτυξη του παιδιού.

THE CONTRIBUTION OF NEUROBIOLOGY TO THE PSYCHOANALYTIC UNDERSTANDING OF CHILD'S MIND DEVELOPMENT

INTRODUCTORY APPROACH OF A CHILD PSYCHIATRIC POINT OF VIEW

D. Anagnostopoulos

Associate Professor of Child Psychiatry, 1st Department of Psychiatry, University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2013, 1:48–54

The areas of possible interest and integration between the various neuroscientific disciplines and psychoanalysis are numerous: (1) The study of the emotions and their role in the development of the infant mind, in the organization of the different forms of memory and in human behavior. (2) High – resolution ultrasound studies of the fetus, unraveling behavioral aspects and the development of the central nervous system. (3) Notions on the earliest communication between a neonate and its mother and the environment, as deduced from infant observation. (4) Research on the development of speech, starting from the effect of the maternal voice in the antenatal period, up to the early neurological organization of the sensorimotor, grammatical and semantic centers of language. (5) Neurobiological maturation and mental development in relation to the functions of consciousness and the unconscious. (6) Research on the different memory systems, their neuroscientific correlates and their relationship with the characteristics and functions of the unconscious. (7) The study of empathy and the sharing of emotional and affective states, in relation to the experience of physical pain. (8) The discoveries concerning REM and non-REM sleep and their relationships with dreaming. (9)Analysis of the complex question of mirror neurons, which open up important and fascinating perspectives on how the brain is able to produce "engrams" or "neural configurations" in response to its own movement or the observation of subjects performing the same movements, and in connection with the intentionality, imitation,

embodied simulation and sharing of normal and pathological affective and relational states. There is already enough work which has been done and facilitates further exploration on the common field of interest and is based on research aspect such as: (a) The influence of emotions on memory process. In this process crucial is the function the dual memory system, implicit and explicit; the former mediated by various structures under the control of the amygdale, the latter mediated by the temporal lobe where the hippocampus plays a key role. Explicit memory is defined as conscious memory, where implicit memory is unconscious and matures earlier than explicit memory. This differential maturation has enormous implications for the development of the infant mind and for the process leading to the organization of the unconscious. (b) The impact that the trauma could have on the development of mind. It is stressed that early trauma, even although unconscious, can have a long lasting effect on mind's development, and that the amygdale matures before the hippocampus. The effects of trauma and stress on the two memory systems are important, since the effects of trauma on the amygdala are different from those on the hippocampus. (c) Emotions which can be seen as a transitory change in the state of the organism and as a concrete set of "neural configurations" organized by maps of relational structures. These organizations are formed very early, influencing the development of the infant mind, and are able to condition a person's behavior and thought, throughout his or her entire life. Positive early emotions promote a healthier and more optimistic personality, while negative emotional experiences can be the cause of strong anxiety and depressive states in the subject even in adulthood. These influences can work at the level of the brain, promoting growth factors or the secretion of various molecules, including glutamate, in response to environmental stimuli. These substances can be of great relevance in modulating the "plasticity" of the central nervous system, and the responses can explain the fact that neonates and children live their emotions more intensely than do adults and are able to activate autoregulatory processes of these emotions. Experimental evidences from all of these areas could promote a line of theoretical and clinical thinking that moves away from metapsychology to approach a real and true psychology that enables a connection between neurophysiological and mental functions as the basis for an integrated theory of the mind.

Key words: Neurobiology, psychoanalysis, child psychiatry, implicit memory, explicit memory, early tauma, mind

Βιβλιογραφία

Damasio R. *The feeling of what happens: body and emotions in the making of consciousness*. Harcout Brace, New York, 2000

Damasio R. *Looking for Spinoza. Joy, sorrow and the feeling brain*. Harcout Brace, New York, 2003

Darwin C. *The expression of the emotions in man and animals*. University of Chicago Press, Chicago (original publication 1872), 1965

Edelman GM. *Neural Darwinism: the theory of neuronal group selection*. Basic Books, New York, 1987

Freud S. *Project for a scientific Psychology*. 1895/1950, SE, 1:203–392/ SE, 1:281–397

Freud S. *A note on the unconscious in psychoanalysis*. 1912, SE, 12:255–260

Jacobs WL, Nadel L. Stress-induced recovery of fears and phobias. *Psychol Rev* 1985, 92:512–531

Joseph R. Neuropsychiatry, Neuropsychology and Clinical Neuroscience. Williams and Wilkins, Baltimore, 1966

Karten YJC, Olariu A, Cameron NA. Stress in early life inhibits neurogenesis in adulthood. *Trends Neurosci* 2005, 28:171–172

LeDoux JE . *The Emotional Brain*. Simon and Schuster, New York, 1996

LeDoux JE. Emotion circuits in the brain. *Annu Rev Neyrosci* 2000, 23:155–184

Mancia M. Introduction: How the neurosciences can contribute to psychoanalysis. In: Mancia M (ed) *Psychoanalysis And Neuroscience*. Springer Verlag, Italia, 2006:1–30

Panksepp J. The long term psychobiological consequences of infant emotions: prescriptions for the twenty first century. *Neuropsychoanalysis* 2001, 2:149–178

Schacter DL. *Searching for memory. The brain, the mind and the past*. Basic Books, New York, 1996

Siegel SJ. *The developing mind: towards a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford, New York, 1999

Squire LR. Declarative and nondeclarative memory: multiple brain system supporting learning and memory. In: Schacter DL, Tulvin E (eds) *The memory systems*. MIT Press, Cambridge MA, 1994:203–232

Ανασκόπηση
Review

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΡΤΥΡΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Σ. Στρατιδάκη,[1] Χρ. Ανδρούτσος,[2] Μ. Λειβαδίτης[3]

[1]Συνήγορος του Πολίτη, Κύκλος Δικαιωμάτων του Παιδιού,
[2]Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων, Σισμανόγλειο ΓΝ Αθηνών,
[3] Τμήμα Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2013, 1:55–67

Η κλινική αξιολόγηση ισχυρισμών σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες δεδομένης της απουσίας, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, καθοριστικών αποδεικτικών στοιχείων για την τεκμηρίωση της κακοποίησης. Η σύγχρονη βιβλιογραφία δείχνει ότι η μαρτυρία των ίδιων των παιδιών αποτελεί, σε πολλές περιπτώσεις, μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους και πηγές στοιχείων κατά τη διερευνητική διαδικασία. Η αξιολόγηση της μαρτυρίας αυτής, ωστόσο, επιβάλλει τη συνεκτίμηση μιας σειράς γνωστικών, συναισθηματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την αξιοπιστία της. Αναγκαία είναι επίσης και η εξέταση αντίστοιχων παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την πιθανότητα αποκάλυψης της κακοποίησης από το παιδί, ή να οδηγήσουν στη συγκάλυψή της. Το σύνολο της ερευνητικής βιβλιογραφίας υπογραμμίζει τη σημασία της αναπτυξιακής αξιολόγησης και της προσαρμογής των τεχνικών της συνέντευξης στην ηλικία και τις γνωστικές ικανότητες κάθε παιδιού, και, ειδικότερα, την ανάγκη να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση οι γλωσσικές ικανότητες, η λειτουργία της μνήμης και παράγοντες όπως η αντίληψη του χρόνου και η σημασιοδότηση των γεγονότων, βάσει του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο ευρίσκεται το παιδί. Καθοριστικό ρόλο για την αξιοπιστία της μαρτυρίας του παιδιού παίζουν η καταλληλότητα των ερωτήσεων και των τεχνικών τής συνέντευξης και, ειδικότερα, η χρήση ανοιχτών ερωτήσεων και τεχνικών που ενισχύουν την ελεύθερη ανάκληση και περιορίζουν τον κίνδυνο υποβολής. Σημαντική είναι επίσης η τήρηση από τον αξιολογητή μιας ουδέτερης αλλά υποστηρικτικής στά-

Αλληλογραφία: Χρ. Ανδρούτσος, Οδυσσέως Ανδρούτσου 15, 154 51 Νέο Ψυχικό, Τηλ. 213-20 582 77, e-mail: candroutsos@yahoo.co.uk

σης για τη μείωση του άγχους του παιδιού, και η ικανότητα κατανόησης, εκ μέρους του, των απαντήσεων και εκδηλώσεων του παιδιού. Έρευνες έχουν αναδείξει πλήθος προβλημάτων κατά τη διερευνητική κλινική συνέντευξη, όπως ανάρμοστες μεθόδους διεξαγωγής της, μεροληψία και συστηματικές δυσκολίες των αξιολογητών να εφαρμόσουν στην πράξη μεθόδους και τεχνικές στις οποίες έχουν εκπαιδευτεί. Στο πλαίσιο της προσπάθειας αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών, επιστημονικοί φορείς έχουν προβεί στην έκδοση οδηγιών και παραμέτρων πρακτικής και στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων δομημένων συνεντεύξεων, για την προαγωγή τεχνικών που τεκμηριωμένα παράγουν υψηλά ποσοστά αποκάλυψης πραγματικής κακοποίησης.

Λέξεις ευρετηρίου: Σεξουαλική κακοποίηση παιδιών, κλινική αξιολόγηση, αξιοπιστία μαρτυρίας παιδιών, πρωτόκολλα αξιολόγησης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής του Παιδιού και του Εφήβου, ως σεξουαλική κακοποίηση παιδιού ορίζεται η σεξουαλική συμπεριφορά ανάμεσα σε ένα παιδί (ο όρος συμπεριλαμβάνει και εφήβους) και έναν ενήλικα, ή ανάμεσα σε δύο παιδιά, όταν το ένα από αυτά είναι σημαντικά μεγαλύτερο από το άλλο, ή χρησιμοποιεί εξαναγκασμό (AACAP 1997). Η έννοια της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα σεξουαλικών δραστηριοτήτων, από την κολπική ή πρωκτική διείσδυση και το στοματικό σεξ, έως λιγότερο διεισδυτικές μορφές όπως σεξουαλικά χάδια ή άγγιγμα στα οπίσθια ή τα γεννητικά όργανα του παιδιού από τον ενήλικα, ή του ενήλικα από το παιδί. Περιλαμβάνει επίσης μορφές σεξουαλικής δραστηριότητας όπου δεν υπάρχει φυσική επαφή με το παιδί, όπου ο ενήλικας, για παράδειγμα, μπορεί να γδύσει το παιδί και να το κοιτάζει, να εκθέσει το σώμα του στο παιδί, να αυνανιστεί παρουσία του παιδιού, να εκθέσει το παιδί σε πορνογραφικό υλικό ή να το χρησιμοποιήσει για την παραγωγή του.

Η σεξουαλική κακοποίηση έχει επίσης οριστεί ως εμπλοκή ενός παιδιού σε σεξουαλικές δραστηριότητες τις οποίες δεν κατανοεί, για τις οποίες είναι αναπτυξιακά ανέτοιμο και ανίκανο να δώσει συγκατάθεση, και/ή οι οποίες παραβιάζουν τους νόμους ή τα ταμπού της κοινωνίας (Kellogg et al 2005). Και εδώ, η κακοποίηση διαφοροποιείται από το «σεξουαλικό παιχνίδι» μεταξύ παιδιών βάσει της ύπαρξης αναπτυξιακής ασυμμετρίας μεταξύ των συμμετεχόντων ή της χρήσης εξαναγκασμού.

Με τη σημαντική αύξηση σχετικών καταγγελιών κατά τα τελευταία χρόνια, το ζήτημα της αξιολόγησης ισχυρισμών σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και της διάγνωσής της έχει αποτελέσει διεθνώς αντικείμενο εκτενούς συζήτησης και διερεύνησης. Μια σημαντική διάσταση του θέματος αφορά στις δυσκολίες τεκμηρίωσης, καθώς λόγω της ίδιας της φύσης της σεξουαλικής κακοποίησης και της μυστικότητας που την περιβάλλει, στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων απουσιάζουν μάρτυρες και καθοριστικά αποδεικτικά στοιχεία (Dammeyer 1998).

Αρμόδιοι επιστημονικοί φορείς έχουν δημοσιεύσει πρωτόκολλα και οδηγίες για τη διεξαγωγή της κλινικής αξιολόγησης και της πραγματογνωμοσύνης σε παιδιά και εφήβους που μπορεί να έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση (π.χ. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1988, 1997), American Professional Society on the Abuse of Children (1990, 2002), American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (2005), για την ενημέρωση και καθοδήγηση των κλινικών όσον αφορά στην πολυσύνθετη φύση του θέματος και το φάσμα των παραγόντων που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαγνωστική διαδικασία. Σε γενικές γραμμές, οι ειδικοί σχεδόν ομόφωνα υπογραμμίζουν τη σημασία μιας ολοκληρωμένης, πολυδιάστατης αξιολόγησης σε αντίθεση με τη μονομερή επικέντρωση σε μεμονωμένους «δείκτες» κακοποίησης. Η άποψη αυτή θεωρείται πλέον αδιαμφισβήτητη. Ωστόσο, διαφωνίες εκφράζονται ως προς τον προσδιορισμό της επάρκειας της «ολοκληρωμένης» αξιολόγησης, όσον αφορά στους δείκτες και τους παράγοντες που πρέπει να περιλαμβάνει, ή το πώς πρέπει να ερμηνεύονται και να συνεκτιμώνται τα στοιχεία που προκύπτουν κατά τη διαγνω-

στική διαδικασία, προκειμένου να διασφαλίζεται η ορθότητα και η επάρκειά της. Ως αποτέλεσμα, στην πράξη παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις ως προς τον τρόπο αξιολόγησης ισχυρισμών σεξουαλικής κακοποίησης (Dammeyer 1998).

Επιγραμματικά, ως βασικότερες παράμετροι στη διαδικασία διερεύνησης παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης θεωρούνται: (α) Η αξιολόγηση στοιχείων από την ιατρική εξέταση του παιδιού και από εργαστηριακές εξετάσεις, (β) Η αξιολόγηση συμπτωμάτων ή εκδηλώσεων συμπεριφοράς του παιδιού και, (γ) Η συνέντευξη με το παιδί και αξιολόγηση των ισχυρισμών του (London et al 2008, Werner & Werner 2008, Kellogg et al 2005, Dammeyer 1998).

Όσον αφορά στα ιατρικά ευρήματα, μολονότι μπορεί να συνιστούν στοιχεία υψηλής αξιοπιστίας ή ακόμη και να τεκμηριώνουν την κακοποίηση, στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν είναι καθοριστικά ή απουσιάζουν εντελώς, καθώς σε πολλές μορφές σεξουαλικής κακοποίησης (π.χ. ανάρμοστο άγγιγμα, παιδική πορνογραφία) δεν υπάρχουν στοιχεία που να προκύπτουν από ιατρικές ή εργαστηριακές εξετάσεις (London et al 2008, Werner & Werner 2008).

Όσον αφορά στα ψυχολογικά συμπτώματα ή τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς, οι συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης στην ψυχική υγεία των παιδιών έχουν περιγραφεί εκτενώς και συσχετίζονται με ένα ευρύ φάσμα διαταραχών. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ειδικών τάσσεται κατά της έννοιας ενός συνόλου συμπτωμάτων που χαρακτηρίζει ειδικά τα παιδιά που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, καθώς πολλά κακοποιημένα παιδιά δεν παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ή σαφώς αναγνωρίσιμα συμπτώματα ενώ, συγχρόνως, συμπτώματα ή αλλαγές συμπεριφοράς που συσχετίζονται με τη σεξουαλική κακοποίηση (π.χ. εκδηλώσεις άγχους, κατάθλιψης, αποπροσωποποίησης, σωματικά συμπτώματα, σεξουαλικές διαταραχές ή γνώσεις περί τη σεξουαλικότητα που δεν συμβαδίζουν με την ηλικία του παιδιού) εμφανίζονται συχνά και σε παιδιά που δεν έχουν κακοποιηθεί. Οι εκδηλώσεις αυτές, δηλαδή, δεν είναι ειδικές στη σεξουαλική κακοποίηση και συνεπώς, δεν αποτελούν επαρκή στοιχεία για τη διάγνωσή της και, ιδίως, για τη διαφοροποίησή της από άλλες μορφές κακοποίησης ή παραμέλησης και από άλλες ψυχολογικές διαταραχές (London et al 2008, Werner & Werner 2008, Dammeyer 1998).

Δεδομένων των παραπάνω, σε πολλές περιπτώσεις, η μαρτυρία του ίδιου του παιδιού αποτελεί το σημαντικότερο και πιο αξιόπιστο στοιχείο για τη συλλογή πληροφοριών και τη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης.

Το παρόν άρθρο, λόγω της περιορισμένης έκτασής του, επικεντρώνεται στην εξέταση των κύριων παραγόντων που επηρεάζουν την πιθανότητα αποκάλυψης της κακοποίησης και την αξιοπιστία της μαρτυρίας των παιδιών, καθώς και κάποιων βασικών παραμέτρων που είναι αναγκαίο να περιλαμβάνει η αξιολόγηση αυτή (π.χ. αναπτυξιακές παράμετροι, γλωσσικές ικανότητες, μνήμη). Δεν εξετάζει όλες τις παραμέτρους της διερευνητικής κλινικής αξιολόγησης του παιδιού, ιδίως όσον αφορά σε στοιχεία που προκύπτουν από το ελεύθερο παιχνίδι, τη ζωγραφική ή τη χρήση τεχνικών όπως π.χ. οι ανατομικές κούκλες στο πλαίσιο της συνέντευξης, ούτε το ζήτημα της μαρτυρίας των παιδιών στο πλαίσιο διαδικασιών ποινικής δικονομίας.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΡΤΥΡΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η αξιολόγηση της μαρτυρίας του παιδιού στο πλαίσιο διερεύνησης σεξουαλικής κακοποίησης επιβάλλει την εξέταση μιας σειράς παραγόντων, εσωτερικών (γνωστικών/συναισθηματικών) και εξωτερικών, που μπορεί να επηρεάσουν την αξιοπιστία της. Επιπλέον, η μαρτυρία του παιδιού και η ποιότητα των στοιχείων που θα προκύψουν επηρεάζονται καθοριστικά από την ποιότητα διεξαγωγής της συνέντευξης, δηλαδή την καταλληλότητα των ερωτήσεων και τεχνικών, αλλά και την ικανότητα τού αξιολογητή να κατανοήσει και να ερμηνεύσει σωστά τις απαντήσεις και εκδηλώσεις του παιδιού.

Στις παραμέτρους πρακτικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Ψυχιατρικής του Παιδιού και του Εφήβου (AACAP 1988, 1997) υπογραμμίζεται η ανάγκη αποφυγής καθοδηγητικών ερωτήσεων και έκφρασης από τον αξιολογητή έντονων προσωπικών συναισθημάτων ή κριτικής, καθώς και η σημασία της τήρησης μιας ουδέτερης αλλά υποστηρικτικής στάσης, η οποία θα διευκολύνει το παιδί να διηγηθεί την εμπειρία του. Οι οδηγίες αυτές αποσκοπούν στην αποφυγή του κινδύνου υποβολής και ανάσυρσης παραποιημένων πληροφοριών και στη μείωση του άγχους του παιδιού, το οποίο μπορεί να επηρεάσει

την ικανότητα ή την ακρίβεια της μνημονικής ανάκλησης. Στις ίδιες παραμέτρους επισημαίνεται επίσης η ανάγκη αξιολόγησης, πέραν των όσων λέει το παιδί, του τρόπου με τον οποίο αυτό εκφράζεται και επικοινωνεί με τον αξιολογητή, καθώς και της διερεύνησης, με τη χρήση μη λεκτικών τεχνικών όπως το παιχνίδι ή η ζωγραφική, συναισθηματικών εκδηλώσεων και συμπεριφορών που εγείρουν έμμεσα υπόνοιες κακοποίησης (π.χ. αναπαράσταση της κακοποίησης). Περαιτέρω, τονίζεται ότι ο αξιολογητής θα πρέπει να διατηρεί μια αντικειμενική στάση και να παραμένει «ανοιχτός» ως προς τη διαφοροδιάγνωση και την ερμηνεία των στοιχείων που συλλέγει.

Ως προς το τελευταίο, σε ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας για την αξιολόγηση ισχυρισμών παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, ο Dammeyer (1998) υπογραμμίζει ιδιαίτερα τον κίνδυνο προσωπικής μεροληψίας και τη σημασία της τήρησης από τον αξιολογητή μιας μεθοδολογίας ερευνητή που εξετάζει μια υπόθεση, αντί να προσπαθεί να επιβεβαιώσει την προσωπική του άποψη για το αν η κακοποίηση έχει λάβει χώρα.

Τέλος, στις προαναφερθείσες παραμέτρους πρακτικής περιλαμβάνεται η αναζήτηση πιθανών εξηγήσεων σε περιπτώσεις άρνησης καταφανούς κακοποίησης, ανάκλησης ισχυρισμών κακοποίησης ή ψευδών ισχυρισμών κακοποίησης (AACAP 1997). Οι περιπτώσεις αυτές συνδέονται με σοβαρούς προβληματισμούς που εκφράζονται όσον αφορά στην αξιοπιστία της μαρτυρίας των παιδιών.

Η ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

Στη βιβλιογραφία για τη σεξουαλική κακοποίηση επισημαίνεται συχνά ότι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το αίσθημα ντροπής ή ευθύνης του θύματος, ή ένα αίσθημα αλληλεγγύης προς τον δράστη, μπορεί να ευθύνονται για δυσκολίες αποκάλυψης ή για την ανάκληση ισχυρισμών κακοποίησης, οδηγώντας στην ανάπτυξη συμπτωμάτων τα οποία ο Summit (1983) περιέγραψε ως ένα σύνδρομο "the child sexual abuse accommodation syndrome" που συνδέεται με τη συγκάλυψη της κακοποίησης και την «προσαρμογή» του παιδιού σε αυτήν (Werner & Werner 2008). Μολονότι η θεωρία του Summit έχει ασκήσει σημαντική επιρροή, τα τελευταία χρόνια, πολλοί ερευνητές αμφισβητούν την αντίληψη εκδηλώσεων των παιδιών που συνδέονται με τη συγκάλυψη της κακοποίησης ή την ανάκληση αληθών ισχυρισμών ως σύνδρομο, επισημαίνοντας ότι η έννοια αυτού του «συνδρόμου» αποσκοπεί στο να συμβάλλει στην κατανόηση της δυναμικής της σεξουαλικής κακοποίησης, άλλα όχι στο να περιγράψει ένα σύνολο συμπτωμάτων που μπορεί να οδηγήσουν στην αυτόνομη διάγνωσή του (London et al 2008, Werner & Werner 2008, Green 2003, AACAP 1997).

Μολονότι, αναμφίβολα, υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους τα παιδιά μπορεί να αποκρύψουν την κακοποίηση ή να την αποκαλύψουν με μεγάλη καθυστέρηση, έρευνες έχουν δείξει ότι το ποσοστό παιδιών που ανακαλεί ισχυρισμούς σεξουαλικής κακοποίησης μετά την αρχική αποκάλυψή της είναι σχετικά μικρό και αφορά, κατά μεγάλη πλειονότητα, περιπτώσεις όπου οι αρχικές μαρτυρίες εκμαιεύτηκαν με αναξιόπιστες, υποβλητικές τεχνικές. Έρευνες έχουν επίσης δείξει ότι, μεταξύ παιδιών που αποδεδειγμένα υπέστησαν κακοποίηση, το ποσοστό που στη συνέχεια ανακαλεί, αφορά πρωτίστως σε μειοψηφία παιδιών που δεν είχαν υποστήριξη στο οικογενειακό τους περιβάλλον, ή που απομακρύνθηκαν από αυτό εξαιτίας της κακοποίησης και βρέθηκαν σε δυσμενείς συνθήκες εναλλακτικής φροντίδας (London et al 2008).

Παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα αποκάλυψης της σεξουαλικής κακοποίησης από το παιδί είναι το φύλο, η ηλικία (τόσο της έναρξης όσο και της αποκάλυψης της κακοποίησης), η σχέση με τον δράστη, το πολιτισμικό πλαίσιο και οι αντιλήψεις του περιβάλλοντος. Σε γενικές γραμμές, η ερευνητική βιβλιογραφία που προκύπτει κυρίως από μελέτες σε παιδιά δείχνει ότι η πιθανότητα αποκάλυψης είναι μικρότερη σε περιπτώσεις όπου το θύμα είναι αγόρι, μικρότερης ηλικίας, όπου η περίπτωση αφορά σε ενδο-οικογενειακή κακοποίηση και όπου το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού, ιδιαίτερα οι γονείς (που δεν εμπλέκονται στην κακοποίηση) δεν είναι υποστηρικτικοί (Lippert et al 2009, London et al 2008, Hershkowitz, Lanes & Lamb 2007).

Μελέτες που εξετάζουν αν τα ποσοστά αποκάλυψης κακοποίησης διαφέρουν σε διαφορετικές εθνικές και φυλετικές ομάδες έχουν δείξει μεγαλύτερες δυσκολίες αποκάλυψης μεταξύ κοριτσιών λατινοαμερικανικής και αφροαμερικανικής προέλευσης (London et al 2008). Μία μελέτη καταγράφει σημαντικές διαφορές στα ποσοστά αποκάλυψης σε διαφορετικές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών, τις

οποίες συνδέει με ειδικά χαρακτηριστικά των αντίστοιχων κοινοτήτων (Lippert et al 2009) Τα ευρήματα σχετικών μελετών είναι περιορισμένα και δεν επαρκούν για να παράγουν σαφή συμπεράσματα. Ωστόσο, επισημαίνεται ότι, όταν μελέτες περιλαμβάνουν παιδιά από διαφορετικές περιοχές ή εθνικές ομάδες, υπάρχει δυνητικά το ζήτημα των πολιτισμικών διαφορών ως προς την αποκάλυψη/καταγγελία της κακοποίησης. Συνεπώς, συνιστάται προσοχή κατά τη γενίκευση στοιχείων από μια κοινωνία σε μια άλλη όπου μπορεί να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις, τις μορφές κακοποίησης και τις υποστηρικτικές υπηρεσίες (London et al 2008).

Περαιτέρω, διακυμάνσεις στα ποσοστά αποκάλυψης έχουν παρατηρηθεί σε συγκεκριμένες κοινότητες σε διαφορετικές περιόδους, λόγω αλλαγών στα κριτήρια γονέων ή άλλων προσώπων για το εάν ορισμένες συμπεριφορές των παιδιών δικαιολογούν τη διερεύνηση σεξουαλικής κακοποίησης (London et al 2008). Τα κριτήρια αυτά μπορεί να αλλάζουν λόγω της μεγαλύτερης ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας για τη συχνότητα και τις συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, που οδηγούν σε αυξημένη ετοιμότητα εκ μέρους γονέων, εκπαιδευτικών ή άλλων επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με παιδιά να αναγνωρίσουν συμπεριφορές ή άλλες εκδηλώσεις των παιδιών ως ενδεικτικές πιθανής κακοποίησης και να επιδιώξουν την περαιτέρω διερεύνησή τους.

Αναδρομικές μελέτες σε δείγματα ενηλίκων που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά εξετάζουν αν ορισμένοι παράγοντες συσχετίζονται με την πιθανότητα ή τον χρόνο αποκάλυψής της. Ειδικότερα, εξετάζεται εάν η σχέση του θύματος με τον δράση, η χρήση εκφοβισμού και η σοβαρότητα της κακοποίησης επηρεάζουν την πιθανότητα αποκάλυψης, υπό το πρίσμα της θεωρίας του Summit περί του συνδρόμου προσαρμογής του παιδιού στη σεξουαλική κακοποίηση. Βάσει της θεωρίας αυτής –που αναπτύχθηκε για να εξηγήσει τα αίτια συγκάλυψης σε περιπτώσεις ενδο-οικογενειακής κακοποίησης, αλλά στη συνέχεια επεκτάθηκε και σε περιπτώσεις κακοποίησης εκτός οικογένειας– τα παιδιά συχνά καθυστερούν να αποκαλύψουν την κακοποίηση λόγω αισθημάτων ενοχής, αφοσίωσης στον δράστη, φόβου ότι δεν θα γίνουν πιστευτά και φόβου για τις συνέπειες τής αποκάλυψης στην οικογένεια. Τα ευρήματα μελετών που εξετάζουν την επίδραση της σχέσης με τον δράστη στην πιθανότητα αποκάλυψης διαφέρουν μεταξύ τους. Ορισμένες αναφέρουν μεγαλύτερη καθυστέρηση στην αποκάλυψη σε περιπτώσεις ενδο-οικογενειακής κακοποίησης σε σύγκριση με περιπτώσεις κακοποίησης εκτός οικογένειας, ενώ άλλες ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της σχέσης με τον δράστη και της πιθανότητας αποκάλυψης ή της καθυστέρησης στην αποκάλυψη της κακοποίησης από το παιδί (London et al 2008).

Η επίπτωση εκφοβισμού από τον δράστη προτάσσεται επίσης συχνά ως αιτία άρνησης ή ανάκλησης ισχυρισμών κακοποίησης. Τα σχετικά δεδομένα είναι περιορισμένα, ενώ ευρήματα αναδρομικών μελετών ενδο-οικογενειακής κακοποίησης διαφέρουν μεταξύ τους, καθώς κάποιες αναφέρουν χαμηλότερα και άλλες υψηλότερα ποσοστά αποκάλυψης σε περιπτώσεις όπου χρησιμοποιήθηκε βία ή εκφοβισμός του θύματος. Ως εκ τούτου, από τις μελέτες αυτές δεν τεκμηριώνονται επαρκώς οι επιπτώσεις της χρήσης βίας ή εκφοβισμού στο πλαίσιο της κακοποίησης στην πιθανότητα ή τον χρόνο αποκάλυψής της (London et al 2008). Αντιστοίχως, αντιφατικά είναι τα ευρήματα μελετών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ της πιθανότητας αποκάλυψης και της σοβαρότητας της κακοποίησης, της διάρκειας και της συχνότητάς της (London et al 2008, Lippert et al 2009).

Προοπτική μελέτη που διεξήχθη σε Μονάδα Αξιολόγησης Παιδικής Σεξουαλικής Κακοποίησης σε παιδιατρικό νοσοκομείο στο Δουβλίνο, συγκρίνει ομάδα παιδιών που αξιολογήθηκαν έχοντας προηγουμένως αποκαλύψει την κακοποίηση σε πρόσωπο του περιβάλλοντός τους με παιδιά που προσήχθησαν για διερεύνηση λόγω άλλων συμπτωμάτων ή εκδηλώσεων που ανέγειραν υποψίες κακοποίησης (Keary & Fitzpatrick 1994). Η έρευνα ανέδειξε σταθερή συσχέτιση των ποσοστών αποκάλυψης κατά τη συνέντευξη με την ηλικία, με υψηλότερα ποσοστά αποκάλυψης μεταξύ μεγαλύτερων παιδιών, καθώς και σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αποκάλυψης μεταξύ των παιδιών που αξιολογήθηκαν έπειτα από προηγούμενη αποκάλυψη σε πρόσωπο του περιβάλλοντός τους, σε σύγκριση με εκείνα που δεν είχαν αποκαλύψει σε κανέναν την κακοποίηση προηγουμένως. Επιπλέον, από την έρευνα προέκυψαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά οριστικής τεκμηρίωσης της κακοποίησης μεταξύ των παιδιών που αποκάλυψαν κακοποίηση κατά τη συνέντευξη σε σύγκριση με εκείνα που δεν την παραδέχτηκαν ή την αρνήθηκαν και, αντιστρόφως, σημαντικά υψηλότερα ποσο-

στά μη τεκμηρίωσης μεταξύ παιδιών που αρνήθηκαν την κακοποίηση κατά τη συνέντευξη σε σύγκριση με εκείνα που ισχυρίστηκαν ότι είχαν κακοποιηθεί. Ειδικότερα, μεταξύ των περιπτώσεων όπου η κακοποίηση τεκμηριώθηκε, 91% των παιδιών είχαν αποκαλύψει την κακοποίηση κατά τη συνέντευξη έναντι 9% που δεν την παραδέχτηκαν ή την αρνήθηκαν, ενώ μεταξύ των περιπτώσεων όπου η κακοποίηση δεν τεκμηριώθηκε, 94% των παιδιών είχαν αρνηθεί την κακοποίηση έναντι 6% που υποστήριξαν ότι είχαν κακοποιηθεί (Keary & Fitzpatrick 1994).

Η παραπάνω έρευνα δείχνει ότι η ηλικία αλλά και η προηγούμενη αποκάλυψη της κακοποίησης από το παιδί σε πρόσωπο του περιβάλλοντός του επηρεάζουν σημαντικά τα ποσοστά αποκάλυψης κατά την διερευνητική συνέντευξη. Το υψηλό ποσοστό μετέπειτα τεκμηρίωσης μεταξύ των παιδιών που αποκάλυψαν την κακοποίηση κατά τη συνέντευξη και, αντιστρόφως, το υψηλό ποσοστό μη τεκμηρίωσης μεταξύ εκείνων που την αρνήθηκαν, αναδεικνύει ότι οι ισχυρισμοί των παιδιών είναι σε μεγάλο ποσοστό αληθείς και ότι η μαρτυρία τους παρέχει στοιχεία υψηλής σημασίας και αξιοπιστίας στο πλαίσιο της διερεύνησης.

Όσον αφορά, τα υψηλότερα ποσοστά αποκάλυψης που παρατηρούνται σταθερά σε μελέτες με δείγμα μεγαλύτερων παιδιών, οι επικρατέστερες ερμηνείες είναι δύο: η πρώτη είναι ότι μικρότερα παιδιά μπορεί να μη διαθέτουν τις απαιτούμενες γνωστικές ή γλωσσικές ικανότητες ώστε να κατανοήσουν την κακοποίηση ή τον σκοπό της διερεύνησης και να περιγράψουν την εμπειρία τους κατά τη συνέντευξη. Η δεύτερη, ότι μεταξύ μικρότερων παιδιών που υποβάλλονται σε εξέταση λόγω υποψίας κακοποίησης υπάρχει υψηλότερο ποσοστό ανυπόστατων (ψευδών) περιπτώσεων, ενδεχομένως διότι μικρότερα παιδιά είναι πιθανότερο να κάνουν αναφορές που μπορεί να παρερμηνευτούν από ενήλικες του περιβάλλοντός τους (London et al 2008).

Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΜΑΡΤΥΡΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Το ερώτημα της αξιοπιστίας της μαρτυρίας των παιδιών είναι καθοριστικό για τη διάγνωση και την τεκμηρίωση της σεξουαλικής κακοποίησης και έχει απασχολήσει εκτενώς κλινικούς και ερευνητές.

Όσον αφορά στην πιθανότητα ψευδών ισχυρισμών και τη διαφοροδιάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης, ο W. Bernet (1993) επισημαίνει ότι, παρά την ύπαρξη οδηγιών για τη διάκριση μεταξύ αληθών και ψευδών ισχυρισμών, δεν υπάρχει πάντα «κοινή γλώσσα» μεταξύ των παιδοψυχιάτρων, ή ένα επαρκές σύστημα για την κατανόηση και ταξινόμηση διαφορετικών περιπτώσεων ψευδών ισχυρισμών. Έτσι, για παράδειγμα, ένας κλινικός μπορεί να θεωρήσει ως «φαντασίωση» κάτι που κάποιος άλλος θεωρεί ως «παρερμηνεία», ή ως «μυθοπλασία» αυτό που κάποιος άλλος θεωρεί «παθολογικό ψέμα». Ο Bernet προτείνει την ταξινόμηση των ψευδών ισχυρισμών σε τρεις κύριες κατηγορίες, βάσει του εάν προέρχονται πρωτίστως: (α) Από κάποιον ενήλικα (που υποβάλλει ή παροτρύνει το παιδί με διάφορους τρόπους ή κίνητρα), (β) Από ασυνείδητους ή ακούσιους ψυχικούς μηχανισμούς του παιδιού, ή (γ) Από ψυχικούς μηχανισμούς του παιδιού που συνήθως θεωρούνται ως συνειδητοί και εκούσιοι. Στη συνέχεια, ταξινομεί διαφορετικές υποπεριπτώσεις σε κάθε κατηγορία. Ο συγγραφέας διευκρινίζει ότι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι ισχυρισμοί των παιδιών περί κακοποίησης είναι αληθείς, αλλά υπογραμμίζει τη σημασία της σωστής ταξινόμησης, κατανόησης και ερμηνείας των περιπτώσεων ψευδών ισχυρισμών για τη διαφοροδιάγνωση και την αξιολόγηση της μαρτυρίας των παιδιών, στο πλαίσιο τόσο της κλινικής αξιολόγησης που αποβλέπει στη θεραπεία, όσο και της πραγματογνωμοσύνης.

Σειρά μελετών σε διαφορετικά δείγματα πληθυσμού έχει δείξει ότι τα ποσοστά ψευδών ισχυρισμών σεξουαλικής κακοποίησης από παιδιά είναι χαμηλά, και κυμαίνονται μεταξύ 2% και 8%. Έρευνες δείχνουν επίσης ότι στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων όπου ισχυρισμοί παιδιών περί σεξουαλικής κακοποίησης αποδεικνύονται στη συνέχεια ψευδείς, αυτό οφείλεται σε πιέσεις ενηλίκων ή σε παρανόηση εκ μέρους του παιδιού και όχι σε επινόηση από πρόθεση (Dammeyer 1998).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι σε περιπτώσεις όπου παιδιά αναφέρουν σεξουαλική κακοποίηση, η πιθανότητα αυτή να έχει πράγματι λάβει χώρα είναι υψηλή. Ωστόσο, η αξιοπιστία της μαρτυρίας των παιδιών αμφισβητείται συχνά, για διάφορους λόγους. Σε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, ο Dammeyer (1998) παραθέτει ως επικρατέστερους προβληματισμούς:

1. *Την ερευνητική μεθοδολογία* που χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό των ποσοστών ψευδών ισχυρισμών, την αμφισβήτηση δηλαδή των κριτη-

ρίων διαφοροποίησης «αληθών» και «ψευδών» ισχυρισμών.

2. *Τις καταγγελίες σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη διάρκεια διαδικασιών διαζυγίου ή επιμέλειας*, καθώς συχνά θεωρείται ότι, υπό τις συνθήκες αυτές, η πιθανότητα αναληθών ισχυρισμών είναι μεγαλύτερη - μολονότι ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν πως δεν τεκμηριώνεται ότι οι καταγγελίες κακοποίησης είναι συχνότερες κατά τη διάρκεια διαδικασιών επιμέλειας (Conte 1992, Dammeyer 1998).
3. *Το ζήτημα της υποβολιμότητας των παιδιών*, το οποίο γενικώς προτάσσεται ως το σοβαρότερο επιχείρημα κατά της αξιοπιστίας της μαρτυρίας τους: παρά την ομόφωνη παραδοχή των ειδικών ότι ακόμη και παιδιά μικρής ηλικίας είναι ικανά να περιγράψουν με ακρίβεια την εμπειρία τους, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα παιδιά μπορεί να παρασυρθούν από ανάρμοστες τεχνικές συνέντευξης. Για παράδειγμα, έρευνες έχουν δείξει ότι, υπό ορισμένες συνθήκες (επαναλαμβανόμενες συνεντεύξεις, καθοδηγητικές ερωτήσεις κ.λπ.), παιδιά μπορεί να οδηγηθούν από ενήλικες σε εξαιρετικά πειστικές περιγραφές φανταστικών γεγονότων (βλ. για παράδειγμα, Ceci & Bruck 1993), ενώ έχουν καταγραφεί περιπτώσεις όπου και γονείς, άθελά τους, μπορεί να ωθήσουν ένα παιδί σε αναληθείς ισχυρισμούς σεξουαλικής κακοποίησης (Dammeyer 1998).

Βάσει των παραπάνω, ο Dammeyer (1998) καταλήγει στο ότι, μολονότι υπό «ιδεώδεις» συνθήκες (υπό συνθήκες, δηλαδή, απουσίας επαναλαμβανόμενων ερωτήσεων από γονείς ή συνεντεύξεων από επαγγελματίες, «παρότρυνσης», δευτερογενούς οφέλους για το παιδί, κ.λπ.) η μαρτυρία του παιδιού παρέχει στοιχεία μέτριας έως υψηλής σημασίας στο πλαίσιο της διερεύνησης σεξουαλικής κακοποίησης, είναι εξαιρετικά δύσκολο να καθοριστεί κατά πόσο πράγματι συντρέχουν τέτοιες ιδεώδεις συνθήκες.

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΜΑΡΤΥΡΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ: ΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της μαρτυρίας των παιδιών παίζουν *γνωστικοί και αναπτυξιακοί παράγοντες* που συνδέονται με την ικανότητά τους να ανακαλέσουν ή να περιγράψουν την εμπειρία τους, καθώς και με θέματα όπως η υποβολιμότητα, που αναφέρεται παραπάνω, και η λειτουργία της φαντασίας σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο.

Το σύνολο της ερευνητικής βιβλιογραφίας για τη συνέντευξη με το παιδί κατά τη διερεύνηση σεξουαλικής κακοποίησης υπογραμμίζει τη σημασία τής αναπτυξιακής αξιολόγησης και της προσαρμογής των τεχνικών της συνέντευξης στην ηλικία και τις γνωστικές ικανότητες του παιδιού, καθώς και την ανάγκη να λαμβάνονται υπόψη οι γλωσσικές ικανότητες και η λειτουργία της μνήμης και της ανάκλησης, βάσει του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκεται (Stewart et al 1993, AACAP 1988, 1997, Saywitz & Camparo 1998, Dammeyer 1998, Cronch et al 2006, Θεμελή 2010).

Οι ηλικιακές διαφορές επιβάλλεται να λαμβάνονται υπόψη λόγω σημαντικών διαφορών στη λειτουργία της μνήμης, καθώς και στην ικανότητα και τον τρόπο ανάκλησης της αυτοβιογραφικής μνήμης μεταξύ παιδιών προσχολικής ηλικίας και μεγαλύτερων παιδιών. Σε γενικές γραμμές, στα μικρότερα παιδιά η ανάκληση δεν είναι τόσο λεπτομερής και οι περιγραφές τείνουν να είναι πιο σύντομες από ό,τι στα μεγαλύτερα. Επίσης, μικρότερα παιδιά είναι πιο ευάλωτα σε καθοδηγητικές ερωτήσεις και πιο πιθανό να κάνουν λανθασμένες επιλογές σε ερωτήσεις όπου καλούνται να επιλέξουν μεταξύ διαφορετικών απαντήσεων (Lamb et al 2007). Επιπλέον, μικρότερα παιδιά μπορεί να έχουν δυσκολίες ως προς την αναγνώριση της προέλευσης των αναμνήσεών τους (source memory), ως προς το να διακρίνουν, δηλαδή, αν θυμούνται κάτι που πράγματι συνέβη, ή που κάποιος τους είπε, ή ακόμη και που φαντάστηκαν. Κατά συνέπεια, παιδιά μικρής ηλικίας θα πρέπει να ερωτώνται πώς θυμούνται ένα γεγονός, αν άκουσαν ή είδαν κάτι σχετικό, αν είδαν να συμβαίνει σε κάποιον άλλον, ή αν συνέβη στα ίδια (Μπέκα 2006).

Το θέμα έχει απασχολήσει εκτενώς τους ερευνητές, και πλήθος μελετών επικεντρώνεται στην ικανότητα ακόμη και παιδιών μικρής ηλικίας να παρέχουν ακριβείς περιγραφές της εμπειρίας τους, ενώ άλλες υπογραμμίζουν τον κίνδυνο υποβολής. Συμπερασματικά, η ερευνητική βιβλιογραφία έχει δείξει ότι ακόμη και μικρά παιδιά σαφώς μπορούν να ανακαλέσουν και να περιγράψουν την εμπειρία τους αλλά, συγχρόνως, ο αξιολογητής θα πρέπει να έχει κατά νου ότι η σχέση της ηλικίας με τη μνήμη είναι πολυσύνθετη και ότι πλήθος παραγόντων επηρεάζουν την ποιότητα των πληροφοριών που προκύπτουν από τη μαρτυρία των παιδιών. Ωστόσο, επισημαίνεται ότι ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η ικανότητα του αξιολογητή να εκμαιεύσει πλη-

ροφορίες και η προθυμία και ικανότητα του παιδιού να αποκαλύψει, και όχι να ανακαλέσει στη μνήμη του την κακοποίηση (Lamb et al 2007).

Όσον αφορά στη λειτουργία της μνήμης, πέραν της ηλικίας, σημαντικό ρόλο παίζουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των παραγόμενων πληροφοριών, όπως ότι *«οι περιορισμένες δυνατότητες αποθήκευσης τόσο στη βραχυχρόνια όσο και στη μακροχρόνια μνήμη, το διάστημα συγκράτησης, ο τύπος ανάκλησης, ο αριθμός προσπαθειών ανάκλησης, οι μεταγενέστερες του γεγονότος παρεμβολές και οι καθοδηγητικές ερωτήσεις οδηγούν συχνά στην παραφθορά της μνήμης»* (Καπαρδής 2004, Θεμελή 2010). Έρευνες για τη λειτουργία της μνήμης δείχνουν επίσης ότι τα παιδιά, όπως και οι ενήλικες, δεν συγκρατούν στη μνήμη τους όλες τις λεπτομέρειες ενός συμβάντος, ιδίως εκείνες που θεωρούν ασήμαντες. Επιπλέον, η μνήμη εξασθενεί με τον χρόνο και, ως εκ τούτου, με την πάροδο του χρόνου μειώνεται η δυνατότητα λεπτομερούς ανάκλησης ακόμη και γεγονότων μεγάλης προσωπικής σημασίας. Για τους λόγους αυτούς, οι ειδικοί επισημαίνουν ότι η συνέντευξη με το παιδί είναι σημαντικό να γίνεται το συντομότερο δυνατό μετά την παραβίαση (Stewart et al 1993, Lamb et al 2007).

Ένας άλλος παράγοντας που συνδέεται άμεσα με την αξιολόγηση της μαρτυρίας των παιδιών αφορά στη σταδιακή ανάπτυξη της κατανόησης και της ικανότητας χρήσης της γλώσσας (η οποία έπεται της πρώτης). Η ικανότητα κατανόησης και χρήσης της γλώσσας του παιδιού βάσει του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκεται είναι αναγκαίο να λαμβάνεται υπόψη τόσο σε σχέση με τη διατύπωση των ερωτήσεων τής συνέντευξης, όσο και κατά την αξιολόγηση των απαντήσεών του. Πολλοί ειδικοί μάλιστα υπογραμμίζουν την ανάγκη ελέγχου της ορθής κατανόησης σημαντικών εννοιών που εμπεριέχουν οι ερωτήσεις που απευθύνονται σε μικρότερα παιδιά (Stewart et al 1993).

Έρευνες που επικεντρώνονται σε αναπτυξιακούς παράγοντες σε σχέση με τη γλώσσα αναδεικνύουν επίσης ότι, πολλές φορές, αυτό που τα παιδιά προσπαθούν να περιγράψουν μπορεί να είναι ακριβές, αλλά ο τρόπος με τον οποίο το περιγράφουν να φαίνεται ανακριβής ή παράδοξος σε έναν ενήλικα. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, για την αποφυγή παρανοήσεων, ο αξιολογητής θα πρέπει να *επαληθεύει* ότι το παιδί αναφέρεται στο γεγονός για το οποίο έχει ερωτηθεί και όχι σε κάτι άλλο. Περαιτέρω, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι τα παιδιά συχνά δυσκολεύονται να προσδιορίσουν την ακριβή χρονική στιγμή κατά την οποία συνέβη κάτι, καθώς και ορισμένα χαρακτηριστικά προσώπων όπως η ηλικία, το ύψος ή το βάρος (Stewart et al 1993). Οι παράγοντες αυτοί αναδεικνύουν δυσκολίες διαφοροποίησης τέτοιων προβλημάτων επικοινωνίας από τα προβλήματα μυθοπλασίας που αναφέρονται παραπάνω, καθώς και τη σημασία της καλής γνώσης και κατανόησης γνωστικών και αναπτυξιακών παραγόντων από τον αξιολογητή.

Αναπτυξιακοί παράγοντες που συνδέονται με την ηλικία και επηρεάζουν τα ποσοστά αποκάλυψης σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να ευθύνονται επίσης για διαφορές στη *σημασιοδότηση* των γεγονότων, καθώς παιδιά μικρότερης ηλικίας είναι πιο πιθανό να μην αντιληφθούν την κακοποιητική φύση της εμπειρίας τους λόγω περιορισμών των γνωστικών δυνατοτήτων τους (Lippert et al 2009), ή λόγω της αθωότητάς τους και της διαφορετικής απόδοσης κινήτρων από ό,τι μεγαλύτερα παιδιά (Fundudis 1989).

Επιπλέον, επισημαίνεται ότι λόγω σημαντικών ατομικών διαφορών μεταξύ παιδιών της ίδιας ηλικίας, η ηλικία του παιδιού από μόνη της δεν αποτελεί ασφαλές κριτήριο προσδιορισμού των δυνατοτήτων του. Ως εκ τούτου, κατά την επιλογή της τεχνικής τής συνέντευξης, ο αξιολογητής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη, πέραν της ηλικίας, τις γνωστικές ικανότητες και την ικανότητα διαχείρισης του άγχους κάθε παιδιού ατομικά, για την αύξηση της πιθανότητας αξιόπιστης ανάκλησης πληροφοριών (Θεμελή 2008).

Οι Orbach & Lamb (2007) επισημαίνουν ότι, συχνά, οι απαντήσεις των παιδιών αμφισβητούνται διότι ελλιπής κατανόηση των αναπτυξιακών τους ικανοτήτων οδηγεί τους αξιολογητές στην αμφισβήτηση της ικανότητάς τους να περιγράψουν ή να ανακαλέσουν στη μνήμη τους γεγονότα. Ο Piaget (1946/1969) υποστήριξε ότι τα παιδιά φτάνουν να κατανοήσουν την έννοια του χρόνου σε μεταγενέστερο στάδιο της ανάπτυξης (στα 9 ή 10 έτη) σε σχέση με την κατανόηση αντικειμένων και πράξεων, εν μέρει διότι η κατανόηση εννοιών που σχετίζονται με τον χρόνο δεν βασίζεται στην άμεση αντίληψη, αλλά στην ικανότητα λογικής επαγωγής των συνεπειών των πράξεων, στην κατανόηση σχέσεων αιτιότητας και στην επεξήγηση μεταγενέστερων συμβάντων σε σχέση με προγενέστερα. Βασιζόμενοι στη θέση αυτή και σε μεταγενέστερες μελέτες που αναδεικνύουν ότι η ικανότητα κρίσεων σχετικά με τον χρόνο αυξάνεται σταθερά με την ηλικία, οι συγγραφείς εξετάζουν διαφορές σχετιζόμενες με την ηλικία, στον τρόπο με τον οποίο παι-

διά 4–10 ετών αναφέρονται *σε έννοιες που συνδέονται με την αντίληψη του χρόνου* (temporal attributes) κατά την περιγραφή εμπειριών κακοποίησης. Καταλήγουν ότι, λόγω της σταδιακής κατάκτησης εννοιών που σχετίζονται με την αντίληψη του χρόνου όπως *της αλληλουχίας, του χρονικού προσδιορισμού ενός συμβάντος, του αριθμού των συμβάντων* (σε περιπτώσεις επαναλαμβανόμενης κακοποίησης), *της διάρκειας ή της συχνότητας*, μικρότερα παιδιά δυσκολεύονται να δώσουν συγκεκριμένες, ακριβείς πληροφορίες όταν διηγούνται την εμπειρία τους, γεγονός που συχνά οδηγεί στην αμφισβήτηση της μαρτυρίας τους, ιδίως στο πλαίσιο δικαστικών διαδικασιών. Συνεπώς η κατανόηση των γνωστικών ικανοτήτων του παιδιού ως προς την αντίληψη του χρόνου βάσει του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκεται, ενισχύει την ικανότητα του αξιολογητή να εκμαιεύει τις αναγκαίες πληροφορίες που συνδέονται με την αντίληψη του χρόνου, χρησιμοποιώντας τεχνικές κατάλληλες για την ηλικία του παιδιού (Orbach & Lamb 2007).

Περαιτέρω, στο πλαίσιο της αναπτυξιακής αξιολόγησης, πέραν της κατανόησης των γνωστικών ικανοτήτων βάσει της ηλικίας και ωριμότητας του παιδιού, ο αξιολογητής θα πρέπει να γνωρίζει καλά τη φυσιολογική σεξουαλική ανάπτυξη και συμπεριφορά των παιδιών σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο. Ιδίως δε σε περιπτώσεις όπου ο υποτιθέμενος θύτης είναι ανήλικος, ο αξιολογητής είναι αναγκαίο να γνωρίζει τι συνιστά σεξουαλικό παιχνίδι ή φυσιολογική σεξουαλική συμπεριφορά μεταξύ παιδιών βάσει του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκονται, και πώς αυτή διαφοροποιείται από τη μη φυσιολογική (Kellogg 2005).

Τέλος, σημαντικό ρόλο για την αξιολόγηση των λεγομένων και της συμπεριφοράς του παιδιού καθώς και για την προσέγγισή του με τρόπο που ενισχύει την αξιοπιστία της μαρτυρίας του, παίζει η καλή γνώση εκ μέρους του αξιολογητή της «δυναμικής» της σεξουαλικής κακοποίησης: το να κατανοεί, για παράδειγμα, ότι το παιδί μπορεί να διστάζει να δώσει πληροφορίες επειδή έχει δεχτεί εκφοβισμό από τον δράστη ή επειδή φοβάται ότι θα του αποδοθεί ευθύνη για συμμετοχή στην κακοποίηση. Επίσης, ότι, δυσκολίες αποκάλυψης ή ανάκληση ισχυρισμών κακοποίησης μπορεί να αποτελούν εκδηλώσεις ή να συνδέονται με τις επιπτώσεις της κατάστασης που ο Summit (1983), περιέγραψε ως «σύνδρομο προσαρμογής του παιδιού στη σεξουαλική κακοποίηση», που περιγράφεται παραπάνω (Γιαννοπούλου 2010).

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Όσον αφορά στη συνέντευξη με το παιδί κατά τη διερεύνηση σεξουαλικής κακοποίησης, μια προσεκτική ανασκόπηση όλων των διαθέσιμων πληροφοριών σχετικά με την κακοποίηση θα πρέπει να προηγείται της συνέντευξης καθαυτής, για την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση της μαρτυρίας του παιδιού, καθώς η αξιοπιστία της μαρτυρίας μπορεί να συναρτάται άμεσα με τις συνθήκες τής αποκάλυψης-καταγγελίας (Μπέκα 2006). Πολλοί υποστηρίζουν ότι η εξέταση της οικογένειας θα πρέπει πάντα να προηγείται εκείνης του παιδιού. Ωστόσο κάποιοι θεωρούν ότι, εφόσον οι αναφορές και η συμπεριφορά του παιδιού είναι τα βασικά μέσα προκειμένου να προσδιοριστεί εάν η κακοποίηση έχει λάβει χώρα, ο εξεταστής μπορεί να διερευνήσει συγκεκριμένες πληροφορίες που αποκόμισε από τη συνέντευξη με το παιδί σε μετέπειτα συνεντεύξεις με τον μη παραβάτη γονέα και τον υποτιθέμενο δράστη (Γιαννοπούλου 2010). Πέραν της λήψης ενός εμπεριστατωμένου ιστορικού και της διερεύνησης των σχέσεων της οικογένειας, οι γονείς θα πρέπει επίσης να ερωτώνται, ανάλογα με το ιστορικό κάθε περίπτωσης, για τη σεξουαλική συμπεριφορά και τις σεξουαλικές γνώσεις του παιδιού, για τυχόν έκθεσή του σε σεξουαλικά ερεθίσματα, καθώς και για τις στάσεις της οικογένειας σε καθημερινά θέματα που συνδέονται με το σώμα και τη φροντίδα του (Μπέκα 2006, Γιαννοπούλου 2010).

Οι βασικές αρχές διεξαγωγής της συνέντευξης με το παιδί, για την ενίσχυση της αξιοπιστίας της μαρτυρίας του, περιλαμβάνουν καταρχήν την «προετοιμασία» του, με την επεξήγηση της διαδικασίας και του ρόλου τού αξιολογητή. Σημαντική θεωρείται μια φάση «γνωριμίας» του αξιολογητή με το παιδί, με γενικότερες ερωτήσεις για το ευρύτερο πλαίσιο της ζωής του τελευταίου (όπως οι φίλοι, το σχολείο ή τα ενδιαφέροντά του), για τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και τη μείωση του άγχους του (AACAP, 1997, Saywitz & Camparo 1998, Lamb et al 2007). Πολλοί ειδικοί στη φάση αυτή περιλαμβάνουν τον έλεγχο της ικανότητας διάκρισης μεταξύ αλήθειας και ψεύδους στα παιδιά μικρότερης ηλικίας, με την υποβολή κατάλληλων προκαταρκτικών ερωτήσεων (Lamb et al 2007, Yuille et al 1993, Saywitz & Camparo 1998, APSAC 2002, Vrije 2002, Θεμελή 2010), καθώς και την εγκαθίδρυση μιας «συμφωνίας» με το παιδί ότι κατά τη διάρκεια της συνέντευ-

ξης θα πει την αλήθεια και ότι, αν δεν είναι σίγουρο για κάτι ή δεν κατανοεί κάποια ερώτηση, θα το πει ή θα ζητήσει εξηγήσεις (Huffman, Crossman & Ceci 1997, Lamb et al 2007, Μπέκα 2006, Θεμελή 2010).

Όσον αφορά στην κυρίως φάση της συνέντευξης, στο σύνολο της βιβλιογραφίας υπογραμμίζεται η σημασία των ανοιχτών ερωτήσεων που ενισχύουν την ελεύθερη ανάκληση και η ανάγκη να αποφεύγονται κλειστού τύπου, καθοδηγητικές ή επαναληπτικές ερωτήσεις.

Η μαρτυρία των παιδιών είναι πιο ακριβής και αξιόπιστη όταν βασίζεται στην ελεύθερη ανάκληση (όταν δηλαδή προκύπτει από ανοιχτού τύπου ερωτήσεις όπως «τι συνέβη;»). Ωστόσο, πολλές φορές, παιδιά, ιδίως μικρότερης ηλικίας, δυσκολεύονται να δώσουν λεπτομερείς ή συγκεκριμένες πληροφορίες απαντώντας σε ανοιχτές ερωτήσεις. Ως εκ τούτου, στις συνεντεύξεις με μικρότερα παιδιά συχνά θεωρείται αναγκαία η χρήση ορισμένων «σημείων» ή «ερεθισμάτων» που ενισχύουν την ελεύθερη ανάκληση ή την αναγνώριση στοιχείων που συνδέονται με την εμπειρία της κακοποίησης (recall or recognition prompts), καθώς και κλειστού τύπου ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής ή διευκρινιστικών ερωτήσεων. Τέτοιες ερωτήσεις επιλέγονται προκειμένου να αποσαφηνιστούν από τον ειδικό συγκεκριμένα σημεία ή πληροφορίες που προέκυψαν από τις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις. Παρόλα αυτά, τα ερεθίσματα ή οι ερωτήσεις αυτές ενέχουν τον κίνδυνο να λειτουργήσουν καθοδηγητικά και, ως εκ τούτου, συνιστάται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χρήση τους (Stewart et al 1993, AACAP 1997, Orbach et al 2000, Lamb et al 2007, Cronch et al 2006 Μπέκα 2006). Σε κάθε περίπτωση, συνιστάται οι ερωτήσεις να είναι ανοιχτές κατά τα αρχικά στάδια και να γίνονται πιο συγκεκριμένες η κλειστού τύπου όσο προχωράει η συνέντευξη και αφού εξαντληθούν οι τεχνικές των ανοιχτών ερωτήσεων (Lamb et al 2007).

Περαιτέρω, τονίζεται η σημασία του πλαισίου, δηλαδή του χώρου και των συνθηκών διεξαγωγής της συνέντευξης, καθώς και ο καθοριστικός ρόλος που αποδίδεται από το σύνολο της διεθνούς βιβλιογραφίας στα χαρακτηριστικά του εξεταστή (ικανότητα ενσυναίσθησης, αλληλεπίδρασης με παιδιά, ευελιξίας στη χρήση διαφορετικών προσεγγίσεων κ.ά.) ως προς την αξιοπιστία των στοιχείων και την ποιότητα των πληροφοριών που μπορεί να εκμαιευτούν (Θεμελή 2010). Χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η ανεκτικότητα, η ηρεμία, η ευαισθησία και η ζεστασιά, έχει αποδειχτεί ότι συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης και ουσιαστικής επικοινωνίας με το παιδί, η οποία με τη σειρά της μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στην αξιοπιστία της μαρτυρίας του (Cronch et al 2006, Θεμελή 2010).

Αναφορικά με την αξιολόγηση των στοιχείων που προκύπτουν από τη συνέντευξη, οι οδηγίες της Αμερικανικής Ακαδημίας Ψυχιατρικής του Παιδιού και του Εφήβου (AACAP 1988) αναφέρουν ως παράγοντες που ενισχύουν την αξιοπιστία του παιδιού τις περιγραφικές λεπτομέρειες με τη γλώσσα και από την οπτική του ίδιου του παιδιού, τον αυθορμητισμό, το κατάλληλο επίπεδο άγχους, τη συνέπεια των ισχυρισμών (οι περιγραφικοί όροι και λεπτομέρειες της αφήγησης μπορεί να αλλάζουν αλλά η περιγραφή των γεγονότων θα πρέπει να παραμένει βασικά η ίδια), συμπεριφορικές αλλαγές που συνάδουν με την κακοποίηση, και την απουσία κινήτρου ή επιρροής για επινόηση γεγονότων, σε συνδυασμό με άλλα αποδεικτικά στοιχεία (AACAP 1988).

Η Γιαννοπούλου (2010) προτείνει την αξιολόγηση της συνέντευξης με το παιδί ως προς τις εξής παραμέτρους:

- Την αυθόρμητη αφήγηση (ελεύθερη ανάκληση), δηλαδή τη λεπτομέρεια των περιγραφών, το λεξιλόγιο και τις εκφράσεις που χρησιμοποιεί το παιδί για να περιγράψει τα γεγονότα, ως προς τα εάν είναι τα αναμενόμενα για την ηλικία και το νοητικό του επίπεδο
- Τις πληροφορίες σχετικά με το πλαίσιο και τις συνθήκες της κακοποίησης
- Τις συναισθηματικές αντιδράσεις του παιδιού (προσφορότητα συναισθημάτων) και το επίπεδο λειτουργικότητάς του
- Την εσωτερική και εξωτερική συνέπεια των αναφορών.

Τα παραπάνω αξιολογούνται υπό το πρίσμα της αναπτυξιακής αξιολόγησης, σε συνδυασμό με συμπεριφορικά σημεία, συναισθηματικές εκδηλώσεις ή τυχόν σεξουαλικές συμπεριφορές που εγείρουν υπόνοιες κακοποίησης.

Έρευνες έχουν αναδείξει πλήθος προβλημάτων στη διεξαγωγή της συνέντευξης με παιδιά κατά την διερεύνηση σεξουαλικής κακοποίησης: μεροληψία εκ μέρους αξιολογητών, ανάρμοστες μεθόδους διεξαγωγής της (επαναλαμβανόμενες συνεντεύξεις,

καθοδηγητικές ή επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις, επιλεκτική ενίσχυση, ανορθόδοξη χρήση μη λεκτικών τεχνικών όπως οι ανατομικές κούκλες από άτομα με ανεπαρκή εκπαίδευση, κ.ά.), αλλά και συστηματικές δυσκολίες των αξιολογητών να εφαρμόσουν στην πράξη μεθόδους και τεχνικές στις οποίες εκπαιδεύονται, όσον αφορά στη μέγιστη δυνατή αξιοποίηση των ερωτήσεων ανοιχτού τύπου. Υπογραμμίζεται ότι τέτοιες δυσκολίες έχουν διαπιστωθεί ακόμη και σε περιπτώσεις αξιολογητών που είχαν λάβει εκτενή εκπαίδευση και οι οποίοι γνώριζαν καλά τις σωστές πρακτικές, ή ακόμη κι αν πίστευαν ότι τις εφάρμοζαν (Lamb et al 2007).

Προσπάθειες αντιμετώπισης τέτοιων προβλημάτων οδήγησαν στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων δομημένων συνεντεύξεων, τα οποία αποσκοπούν στην καθιέρωση ενιαίου τρόπου διεξαγωγής της συνέντευξης, στην προαγωγή τεχνικών που τεκμηριωμένα παράγουν υψηλά ποσοστά αποκάλυψης πραγματικής κακοποίησης ακόμη και από μικρά παιδιά –με ιδιαίτερη έμφαση στην ενίσχυση της ελεύθερης ανάκλησης– και στην αποφυγή τεχνικών που διαπιστωμένα οδηγούν σε αναληθή αποτελέσματα (London et al 2005, Cronch et al 2006, Lamb et al 2007).

Ένα παράδειγμα τέτοιου πρωτοκόλλου είναι το Πρωτόκολλο Διερευνητικής Συνέντευξης που αναπτύχθηκε στο National Institute of Child Health and Human Development του Λονδίνου (Investigative Interview Protocol of the NICHD) (Orbach et al 2000, Lamb et al 2007). Σε γενικές γραμμές, το πρωτόκολλο περιλαμβάνει αρχικά την προετοιμασία του παιδιού, με την επεξήγηση σε αυτό των κανόνων της συνέντευξης, του τύπου των πληροφοριών που αναμένεται να δώσει και της σημασίας του να πει την αλήθεια, καθώς και τον έλεγχο ότι κατανοεί τη διαφορά μεταξύ αλήθειας και ψεύδους. Η ελεύθερη ανάκληση ενισχύεται μέσω της δημιουργίας υποστηρικτικού κλίματος για τη μείωση του άγχους και της προσαρμογής τής τεχνικής στο αναπτυξιακό επίπεδο και τις ικανότητες του παιδιού. Οι αξιολογητές εκπαιδεύονται στη χρήση ανοιχτού τύπου ερωτήσεων και κατάλληλων ερεθισμάτων που βοηθούν τα παιδιά –ιδίως μικρής ηλικίας– να ανακαλέσουν στη μνήμη τους τα γεγονότα, και στην αποφυγή υποβλητικών ερωτήσεων και τεχνικών. Επικεντρωμένες ή κλειστού τύπου διευκρινιστικές ερωτήσεις συνιστάται να γίνονται μόνο εφόσον κριθεί αναγκαίο και αφού ο αξιολογητής εξαντλήσει τις τεχνικές ανοιχτών ερωτήσεων. Σε κάθε περίπτωση, τέτοιες ερωτήσεις συνιστάται να αποφεύγονται στα αρχικά στάδια της συνέντευξης (Lamb et al 2007: σε παράρτημα του άρθρου περιλαμβάνεται αναθεωρημένη μορφή του Πρωτοκόλλου). Έρευνες για την αποτελεσματικότητά του έδειξαν ότι συνεντεύξεις που βασίζονται στο εν λόγω πρωτόκολλο περιλαμβάνουν περισσότερες ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και, επίσης, ότι οι ερωτήσεις κλειστού τύπου περιορίζονται σε πιο προχωρημένα στάδια της συνέντευξης, σε σύγκριση με συνεντεύξεις που δεν ακολουθούν το πρωτόκολλο (Orbach et al 2000). Επιπλέον, η χρήση του πρωτοκόλλου παράγει υψηλότερα ποσοστά δυνατότητας εκφοράς οριστικής κρίσης για το αν η κακοποίηση έλαβε χώρα με την ολοκλήρωση της συνέντευξης, σε σύγκριση με τα ποσοστά εκφοράς οριστικής κρίσης σε συνεντεύξεις που διεξήχθησαν χωρίς τη χρήση του πρωτοκόλλου (Hershkowitz et al 2007).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η διερεύνηση ισχυρισμών σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών είναι μια δύσκολη και πολυσύνθετη διαδικασία. Οι παράγοντες που παρουσιάζονται στο άρθρο αυτό αναδεικνύουν δυσκολίες στην αξιολόγηση της μαρτυρίας των παιδιών, οι οποίες συχνά οδηγούν στη μείωση ή την αμφισβήτηση της αξιοπιστίας της. Δεδομένου ότι, όπως αναφέρεται και παραπάνω, σε πολλές περιπτώσεις, η μαρτυρία του παιδιού αποτελεί τη σημαντικότερη πηγή στοιχείων για την αξιολόγηση ισχυρισμών σεξουαλικής κακοποίησης, το ερώτημα της αξιοπιστίας είναι καθοριστικής σημασίας για τη διάγνωση και τεκμηρίωση της κακοποίησης και, συνακόλουθα, για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού, τη διασφάλιση της μελλοντικής του προστασίας, αλλά και την ποινική ή θεραπευτική μεταχείριση του δράστη. Η εξέταση των παραγόντων αυτών αναδεικνύει τη σημασία της χρήσης πρωτοκόλλων και τεχνικών που κατοχυρώνονται από την κλινική εμπειρία και την έρευνα, της τήρησης της επαγγελματικής δεοντολογίας, της επαρκούς εκπαίδευσης, της εξειδίκευσης, αλλά και της συνεχούς εποπτείας και επανεξέτασης της πρακτικής των ειδικών που εμπλέκονται στη διαδικασία αξιολόγησης, για την αποφυγή λαθών, παρανοήσεων και δευτερογενούς θυματοποίησης των παιδιών.

THE ASSESSMENT OF CHILDREN'S STATEMENTS WITHIN THE INVESTIGATION OF CHILD SEXUAL ABUSE ALLEGATIONS

S. Stratidaki,[1] Ch. Androutsos,[2] M. Leivaditis[3]

[1]The Greek Ombudsman, Department of Children's Rights, Athens
[2]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Sismanoglio General Hospital of Athens, [3]Department of Psychiatry, Medical School, Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2013, 1:55–67

The clinical assessment of child sexual abuse allegations is a complex and often difficult process, due to the lack of conclusive evidence, in the majority of cases. Contemporary literature indicates that, within the assessment process, the child's own report is often among the most important parameters and sources of information. The assessment of children's allegations, however, requires the evaluation of a number of cognitive, emotional and environmental factors, which may come to bear on their credibility, as well as of factors that affect the possibility of disclosure of abuse by children. Research literature indicates the importance of developmental assessment and the need to adjust interviewing techniques to the age and cognitive capacity of each child, as well as of taking into account the child's verbal abilities and the function of memory in each developmental stage. There are also other important factors such as the perception of time and the child's attribution of meaning to events, in accordance, again, with their developmental stage. The appropriateness of the questions asked and the techniques used in the investigative interview (and, in particular, the use by the interviewer of open-ended questions that facilitate free recollection of events and minimize the risk of suggestibility) may be of decisive importance in establishing the credibility of the child's statements. Also crucial are a neutral and supportive style of inquiry that helps diminish the child's anxiety, and the clinician's ability to understand and interpret correctly the child"s verbal and non verbal responses. Research reveals numerous problems in investigative interviews with children who may have suffered sexual abuse, including inappropriate interview techniques, bias, and systematic difficulties of professionals in applying methods and techniques in which they have been trained. In an attempt to address these problems, professional mental health and medical associations have issued guidelines and practice parameters and have developed structured interview protocols, in order to promote techniques that evidently facilitate higher rates of true disclosure of abuse.

Key words: child sexual abuse, child witnesses, clinical assessment, evaluation protocols

Βιβλιογραφία

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), Guidelines for the clinical evaluation of child and adolescent sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1988, 27:655–657
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36:423–442
3. American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), *Guidelines for psychosocial evaluations of suspected sexual abuse in young children*. Chicago, IL: American Professional Society on the Abuse of Children 1990
4. American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC), *Practice guidelines: Interviewing in cases of alleged child abuse*, American Professional Society on the Abuse of Children 2002
5. Bernet W. False statements and the differential diagnosis of abuse allegations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:903–910
6. Ceci SJ, Bruck M. Suggestibility of the child witness: A historical review and synthesis. *Psychological Bulletin* 1993, 113:403–439
7. Conte JR. Has this child been sexually abused? Dilemmas for the mental health professional who seeks the answer. *Crim Just Behavior* 1992, 19:54–73
8. Cronch LE, Viljoen JL, Hansen DJ, Forensic interviewing in child sexual abuse cases: Current techniques and future directions, *Aggression and Violent Behaviour* 11, 2006:195–207
9. Dammeyer MD. The Assessment of child sexual abuse allegations: Using research to guide clinical decision making. *Behav Sci Law* 1998, 16:21–34
10. Fundudis T. Children's memory and the assessment of possible child sex abuse. *J Child Psychol Psychiatry* 1989, 30:337–346
11. Green AH. Child sexual abuse: immediate and long term effects and intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1992, 32:800–902
12. Hershkowitz I, Fisher S, Lamb ME, Horowitz D. Improving credibility assessment in child sexual abuse allegations: the role of the NICHD investigative interview protocol. *Child Abuse Neglect* 2007, 31:99–110
13. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse Negle* 2007, 31:111–123
14. Huffman ML, Crossman AM, Ceci SJ. Are false memories permanent? An investigation of the long-term effects of source misattributions, *Consciousness Cognit* 1997, 6:482–490
15. Keary K, Fitzpatrick C. Children's disclosure of sexual abuse during formal investigation. *Child Abuse Negl* 1994, 18:543–548
16. Kellogg N. and the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics* 2005, 116:506–512
17. Lamb M.E. et al, Structured forensic interview protocols improve the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview. *Child Abuse and Neglect* 2007, 31:1201–1231
18. Lippert T, Cross PC, Jones L, Walsh W. Telling interviewers about sexual abuse: Predictors of child disclosure at forensic interviews, *Child Maltreatm* 2009, 14:100–113
19. London K et al. Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: findings, methodological issues and implications for forensic interviewers. *Memory* 2008, 16:29–47
20. Orbach Y, Lamb ME. Young children's references to temporal attributes of allegedly experienced events in the course of forensic interviews. *Child Dev* 2007, 78:1100–1120
21. Orbach Y. et al, Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims. *Child Abuse and Neglect* 2000, 24:733–752
22. Piaget J. The child's conception of Time, London: Routledge and Kegan Paul, 1969 [Τίτλος πρωτοτύπου: *Le développement de la notion de temps chez l'enfant* (1946)]
23. Saywitz K, Camparo L. Interviewing Child Witnesses: a developmental perspective. *Child Abuse Neglect* 1998, 22:825–843
24. Steward MS et al, Implications of developmental research for interviewing children. *Child Abuse Neglect* 1993, 17:25–37
25. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Neg* 1983, 7:177–193
26. Vrije A. Deception in Children: A Literature Review and Implication for Children's Testimony. In: HL Westcott, GM Davies, R HC Bull (eds) *Children's Testimony: A Handbook of Psychological Research and Forensic Practice*, New York, Wiley, 2002:175–194
27. Werner J. and Werner MCM. Child sexual abuse in clinical and forensic psychiatry: a review of recent literature, Current Opinion in Psychiatry 2008, 21:499-504
28. Yuille J, Hunter R, Joffe R, Zaparnuik J. Interviewing children in sexual abuse cases. In: Goodman G, Bottoms B (eds) Child Victims, Child Witnesses: Understanding and improving testimony, New York, Guildford 1993:95–115
29. Γιαννοπούλου Ι. Σεξουαλική κακοποίηση: Συνέντευξη με το παιδί. Στο: Γιαννοπούλου Ι, Δουζένης Α, Λύκουρας Λ (επιμ.) Ψυχιατροδικαστική Παιδιών & Εφήβων, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, Αθήνα, 2010:108–133
30. Θεμελή Ο. Η προστασία της ανηλικότητας: Βασικές αρχές της συνέντευξης με κακοποιημένα παιδιά. Στο: Γιωτάκος Ο, Τσιλιάκου Μ (επιμ.) *Ο κύκλος της κακοποίησης*, Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2008:106–127
31. Θεμελή Ο. Όταν «τα παιδία καταθέτει»: Η δικανική συνέντευξη με κακοποιημένους ανηλίκους. Στο: Πιτσελά Α (Επιμ.). *Τιμητικός τόμος Σ. Αλεξιάδη*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 2010:319–340
32. Καπαρδής Α. *Ψυχολογία και Δίκαιο* (Μεταφ. Ε.Καλαντζή) Εκδ. Μεσόγειος, Αθήνα 2004, Τίτλος πρωτοτύπου: Psychology and Law – A Critical Introduction, Cambridge University Press, 1997
33. Μπέκα Α. Διερεύνηση περιπτώσεων σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων από τον ειδικό ψυχικής υγείας. *Ψυχιατρική* 2006, 17:355–370

Ανασκόπηση
Review

ΝΕΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΓΟΝΕΪΚΟΤΗΤΑΣ: Οικογένειες ομόφυλων γονέων και παρένθετη μητρότητα

Χρ. Ανομίτρη,[1] Ε. Λαζαράτου[2]

[1]*Ειδικευόμενη Παιδοψυχίατρος,* Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, *Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής,*
[2]*Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων,*
Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Α' Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2013, 1:68–77

Τα τελευταία 30 χρόνια οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας είναι δραματικές. Οι υποβοηθούμενες μέθοδοι αναπαραγωγής οδηγούν στη δημιουργία οικογενειών όπου προκύπτει σαφής διαφοροποίηση των βιολογικών γονέων από τους γονείς που ανατρέφουν τα παιδιά. Τις τελευταίες δεκαετίες επίσης παρατηρούνται έντονες αλλαγές και στους γονεϊκούς ρόλους και όλο και πιο συχνά στις μέρες μας παρατηρούνται οικογένειες όπου και οι δύο γονείς είναι του ίδιου φύλου. Οι αλλαγές στην οικογένεια και οι νέοι τρόποι απόκτησης παιδιών δημιούργησαν μια σειρά από ερωτήματα σχετικά με τη διαμόρφωση της ταυτότητας, την ανατροφή και την ψυχική ισορροπία του παιδιού, καθώς και πληθώρα νομικών θεμάτων. Ενώ πρόσφατες μελέτες σχετικές με την ανατροφή παιδιών από ομοφυλόφιλους γονείς δείχνουν ότι τα παιδιά αυτά έχουν καλή προσαρμοστικότητα και αναπτύσσονται φυσιολογικά χωρίς δυσκολίες σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, ιδιαίτερες ανησυχίες συνεχίζουν να υπάρχουν όσον αφορά στον σεξουαλικό τους προσανατολισμό και τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Προκύπτουν επίσης ερωτήματα σχετικά με την κοινωνική αποδοχή αυτών των παιδιών και για την ψυχοσυναισθηματική τους εξέλιξη μέχρι την ενήλικη ζωή. Στο συγκεκριμένο κείμενο γίνεται μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τις οικογένειες των ομοφυλόφιλων γονέων κι εκείνων που δημιουργούνται με τη βοήθεια παρένθετης μητρότητας. Συζητούνται θέματα που προκύπτουν από τη σύνθεση των νέων μορφών οικογένειας και τείνουν να αλλάξουν ριζικά τις αντιλήψεις μας για τη γονεϊκότητα.

Λέξεις κλειδιά: Γονεϊκός ρόλος, ομοφυλόφιλοι γονείς, παρένθετη μητρότητα

Αλληλογραφία: Ε. Λαζαράτου, Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Καισαριανής-Βύρωνα, Δήλου 16, 161 21 Καισαριανή
Τηλ.: 210-76 40 111, 210-76 69 584, e-mail: elazar@med.uoa.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία 30 χρόνια οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας και στους γονεϊκούς ρόλους είναι δραματικές. Τα διαζύγια έχουν αυξηθεί, ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται εκτός γάμου το ίδιο, έτσι ώστε οι μονογονικές οικογένειες να μην αποτελούν πια κάτι ασυνήθιστο (Mander 2001). Επίσης όλο και πιο συχνά στις μέρες μας παρατηρούνται οικογένειες όπου και οι δύο γονείς είναι του ίδιου φύλου.

Οι αλλαγές στην πυρηνική δομή της οικογένειας τις τελευταίες δεκαετίες προκαλούν έντονες αλλαγές και στους γονεϊκούς ρόλους. Ο ρόλος του πατέρα διαφοροποιήθηκε σταδιακά. Αρχικά, ήταν ο χορηγός των υλικών αγαθών και εκπροσωπούσε τον ηθικό, και όχι μόνο, νόμο μέσα στην οικογένεια. Με τη βιομηχανική επανάσταση συνέχιζε να είναι ο κύριος προμηθευτής των απαραίτητων για τη διαβίωση των μελών της οικογένειας, υλικών αγαθών, αποτελούσε όμως και το φύλο-πρότυπο. Στην παρούσα κατάσταση, είναι ένας συν-γονέας, εκφραστικός και διαθέσιμος απέναντι σε όλες τις ανάγκες των παιδιών του (Lamb 1997). Και ο μητρικός ρόλος όμως έχει υποστεί πολλές αλλαγές λόγω της αυτονόμησης της γυναίκας και της εισόδου της στον επαγγελματικό χώρο που οδηγεί σε τεκνοποίηση σε μεγαλύτερη ηλικία (Jones 2008).

Η ραγδαία εξέλιξη των τεχνικών τής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έδωσε τη δυνατότητα σε υπογόνιμα ζευγάρια να αποκτήσουν παιδί, είτε με το δικό τους γενετικό υλικό είτε με γενετικό υλικό από δότη ή δότρια. Η συνεχής αυξανόμενη κοινωνική αποδοχή της ομοφυλόφιλης σεξουαλικότητας και η δυνατότητα, σε ορισμένα κράτη, σύναψης γάμου μεταξύ ατόμων του ίδιου φύλου οδήγησε μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη δημιουργία οικογενειών όπου τα παιδιά ανατρέφονται από γονείς του ίδιου φύλου.

Ο σκοπός του συγκεκριμένου κειμένου είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με αυτές τις νέες μορφές οικογένειας και η συζήτηση των ποικίλων θεμάτων που προκύπτουν όσον αφορά στην υγιή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών που σχετίζονται βιολογικά ή ανατρέφονται από οικογένειες ομοφυλόφιλων.

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Οι συζητήσεις για τη δυνατότητα δημιουργίας οικογένειας από ομοφυλόφιλους είναι πολύ συχνές τα τελευταία χρόνια και εμπλέκονται σ΄ αυτές πολιτικές, κοινωνικές, θρησκευτικές παράμετροι (Rosenfeld 2010). Τα ερωτήματα που αναζητούν απαντήσεις είναι ποικίλα όπως το αν θα πρέπει να αναγνωρίζεται νομικά ο γάμος μεταξύ ομοφυλόφιλων ζευγαριών, αν μπορούν τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια να γίνονται ανάδοχοι ή/και θετοί γονείς, αν μπορούν να χρησιμοποιήσουν την ιατρική τεχνολογία ή παρένθετη μητέρα για να αποκτήσουν παιδί, πώς πρέπει να καθορίζεται η σχέση με τον γονέα (επισκέψεις, γονεϊκός ρόλος) όταν ο ένας από τους δύο γονείς μετά τον ετερόφυλο γάμο και την απόκτηση παιδιών δηλώνει πως είναι ομοφυλόφιλος, τι γίνεται όταν ένας από τους ομοφυλόφιλους γονείς είναι ο βιολογικός γονέας και ο άλλος όχι, πώς η νομοθεσία πρέπει να αντιμετωπίσει τα παραπάνω ζητήματα (Patterson 2009).

Οι ειδικοί καλούνται να πάρουν θέση σχετικά με το αν ο σεξουαλικός προσανατολισμός του γονέα επηρεάζει και με ποιον τρόπο τον ρόλο του και αν πρέπει η σεξουαλική προτίμηση του γονέα να είναι παράγοντας που θα καθορίζει την κηδεμονία, την επιμέλεια, τον αριθμό και το πλαίσιο των συναντήσεων του ομοφυλόφιλου γονέα με το παιδί του από προηγούμενους ετεροσεξουαλικούς γάμους, το δικαίωμα να μπορεί να υιοθετήσει και να αναθρέψει ένα παιδί κ.ά. (Joslin & Minter 2008, Richman 2009).

Σύμφωνα με την αμερικανική νομοθεσία, το δικαίωμα στον γάμο και στην ανατροφή παιδιών είναι θεμελιώδες. Όμως, παρόλο που τα δικαιώματα αυτά θεωρούνται αδιαμφισβήτητα και δεδομένα, πολλές φορές καταστρατηγήθηκαν όταν τα διεκδικούσαν ομοφυλόφιλα ζευγάρια.

Το 1990 καμιά πολιτεία των ΗΠΑ δεν πρόσφερε νομική αναγνώριση στη σχέση ομοφυλόφιλων ζευγαριών. Το 2005 κάποιες πολιτείες αναγνώρισαν ως νόμιμους τους γάμους ομοφυλόφιλων ζευγαριών, ενώ άλλες δεν κατοχύρωναν από μόνες τους νομικά τέτοιους γάμους αλλά δέχονταν τον γάμο αν αυτός είχε τελεστεί σε άλλη πολιτεία. Τα τελευταία 20 χρόνια οι αλλαγές στη σχετική νομοθεσία είναι αρκετές και διαφέρουν σημαντικά από πολιτεία σε πολιτεία (Joslin & Minter 2008).

Καθοριστικό ρόλο στην αλλαγή της νομοθεσίας έπαιξε η Αμερικανική Ένωση Ψυχιάτρων και η Αμερικανική Ένωση Ψυχολόγων (American Psychiatric Association 2005, APA 2004) οι οποίες το 2004 ανακοίνωσαν ότι τα παιδιά που ζουν σε μια οικογένεια όπου οι γονείς είναι νόμιμα παντρεμένοι έχουν

πολλά περισσότερα πλεονεκτήματα (καλύτερη ασφαλιστική κάλυψη, εξασφάλιση αν οι γονείς χωρίσουν, κ.ά.) σε σχέση με τα παιδιά που μεγάλωναν εκτός γάμου (Waite & Gallagher 2000). Διαπιστώθηκε ότι αν η οικογένεια είναι σταθερή –κάτι που ενισχύεται με τον νόμιμο γάμο– τα παιδιά αναπτύσσονται καλύτερα. Τα παιδιά αντίθετα που ζουν σε «εύθραυστες» οικογένειες είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για σχολική αποτυχία, ψυχολογικά προβλήματα, κακοποίηση/παραμέληση, φτωχή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη (Waldfogel 2011).

Στην Ευρώπη, σε ορισμένες χώρες όπως το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Δανία, η Σουηδία, η Νορβηγία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισπανία, και η Ισλανδία, έχει ήδη κατοχυρωθεί νομικά η δυνατότητα σύναψης γάμου μεταξύ ομοφυλοφίλων. Στη Γαλλία πρόσφατα ψηφίστηκε η νομοθεσία υπέρ του γάμου των ομοφυλοφίλων, αλλά η υιοθεσία παιδιών από ομοφυλόφιλα ζευγάρια εγείρει πολλές αντιδράσεις.

Στην Ελλάδα ακόμα δεν έχει λυθεί το θέμα του γάμου των ομοφυλόφιλων ατόμων. Εξετάστηκε όμως το ενδεχόμενο να δίνεται σε ομόφυλα ζευγάρια η δυνατότητα υιοθεσίας ή αναδοχής παιδιού που έχει εγκαταλειφθεί ή κακοποιηθεί ή που εμφανίζει παραβατική συμπεριφορά. Κάποιοι ειδικοί τάσσονται υπέρ της άποψης αυτής αναγνωρίζοντας την πολυμορφία της οικογενειακής δομής στη σύγχρονη κοινωνία και βασιζόμενοι στις μελέτες που αποδεικνύουν ότι ο σεξουαλικός προσανατολισμός των γονέων έχει λιγότερο σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη του παιδιού από την ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων. Άλλοι, αντίθετα, υποστηρίζουν ότι το συγκεκριμένο ζήτημα εισάγεται πρόωρα στην ελληνική κοινωνία η οποία διακατέχεται από κοινωνικά στερεότυπα. Έρευνες δείχνουν ότι το 90% των ερωτηθέντων εμφανίζεται αρνητικό στην υιοθεσία παιδιών από ομοφυλόφιλα ζευγάρια και θεωρούν ότι η νομοθεσία της χώρας πρέπει πρώτα να εξαντλήσει τα περιθώρια διευκόλυνσης των ετερόφυλων ζευγαριών να υιοθετήσουν.

Πιστεύουν επίσης ότι, σύμφωνα με τα κοινωνικά δεδομένα της χώρας, τα παιδιά αυτά έχουν πολλές πιθανότητες να αποτελέσουν στόχο χλευασμού, ειρωνείας, στιγματισμού και ρατσισμού και να επιβαρυνθούν με έντονο άγχος (Γιαννοπούλου, Τσακλακίδου 2011).

ΤΡΟΠΟΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΟΙ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΙ ΑΠΟΚΤΟΥΝ ΠΑΙΔΙΑ

Σύγχρονη με την εμφάνιση του γάμου των ομοφυλόφιλων ζευγαριών είναι και η επιθυμία τους να αποκτήσουν παιδιά και να δημιουργήσουν οικογένεια. Στις ΗΠΑ το 2010 υπήρχαν 594.000 ομοφυλόφιλα ζευγάρια από τα οποία τα 115.000 είχαν παιδιά και το 73% είχαν τα βιολογικά τους παιδιά (US Census Bureau 2011).

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού φαίνεται να είναι πιο έντονη στα ζευγάρια ομοφυλόφιλων γυναικών καθώς είναι πιο εύκολο να αποκτήσουν ένα βιολογικό παιδί με ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (Human Fertilisation and Embryology Authority, 2009). Αντίθετα, τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια ανδρών αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στο να υιοθετήσουν ή να αποκτήσουν παιδί με οποιονδήποτε τρόπο (Pennings 2012). Ενώ μπορούν να αποκτήσουν δικά τους παιδιά με δωρήτρια ωαρίου και παρένθετη μητέρα, τα περισσότερα κέντρα γονιμοποίησης δεν κάνουν δεκτό το αίτημά τους (Greenfeld 2007).

Τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια αποκτούν παιδιά με τρεις κυρίως τρόπους:

α. Από προηγούμενη ετερόφυλη σχέση του ενός από τους δύο γονείς (συνήθως το παιδί προϋπάρχει της ομοφυλόφιλης σχέσης).

β. Από υιοθεσία, επίσημα επιτρέπεται σε πολύ λίγες χώρες.

γ. Με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, δότη σπέρματος ή παρένθετη μητέρα.

Τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια γυναικών χρησιμοποιούν δότη σπέρματος, ο οποίος μπορεί να είναι γνωστός ή άγνωστος και στη συνέχεια μία από τις δύο γυναίκες κυοφορεί το παιδί (Gates 2009). Τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια ανδρών χρησιμοποιούν ένα υποκατάστατο γονέα. Μια γυναίκα αναλαμβάνει να κυοφορήσει και να γεννήσει το παιδί με δότη σπέρματος τον έναν από τους δύο ομοφυλόφιλους άνδρες (Stacey 2006).

Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ομοφυλόφιλοι δεν έχουν δυσκολίες να βοηθηθούν από άτομα άλλων εθνικοτήτων προκειμένου να αποκτήσουν παιδί (Rosenfeld 2007).

ΠΑΡΕΝΘΕΤΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Σήμερα, όχι μόνο τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια ανδρών, αλλά όλο και περισσότερα ζευγάρια που δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν (για οργανικούς ή άλλους λόγους) επιλέγουν να αποκτήσουν παιδιά μέσω παρένθετης μητέρας.

Οργανισμοί και φορείς όπως η American Society for Reproductive Medicine (2006), American College of Obstetricians and Gynecologists (2008), Council for Reproductive Genetics (2010), προσπάθησαν τα τελευταία χρόνια να ορίσουν τις έννοιες γύρω από το συγκεκριμένο είδος μητρότητας. Έτσι προέκυψαν μέχρι σήμερα οι παρακάτω ορισμοί:

- Βιολογική μητέρα: είναι η γυναίκα που συμβάλλει προσφέροντας το ωάριό της
- Βιολογικός πατέρας: είναι ο άντρας που συμβάλλει προσφέροντας το σπερματοζωάριό του
- Προοριζόμενη μητέρα: είναι το άτομο που προορίζεται να γίνει ο νόμιμος γονέας του παιδιού που θα γεννηθεί μέσω παρένθετης μητέρας. Μπορεί να είναι (αν χρησιμοποιηθούν δικά της ωάρια) ή να μην είναι βιολογικά συνδεδεμένη με το παιδί
- Παραδοσιακή παρένθετη μητέρα: είναι η γυναίκα που προσφέρει το ωάριό της και που κυοφορεί στη θέση κάποιου άλλου
- Παρένθετη μητέρα κύησης: είναι η γυναίκα που κυοφορεί χωρίς να είναι γεννετικά συνδεδεμένη με το έμβρυο
- Παραδοσιακή παρένθετη μητρότητα: σύλληψη που πραγματοποιείται συνήθως μέσω της τεχνητής γονιμοποίησης με ωάριο της παρένθετης μητέρας και με το σπέρμα του πατέρα (Golombok et al 2011).

Τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που έχουν προκύψει σχετικά με τις παρένθετες μητέρες είναι πολλά και απεικονίζονται στις βασικές διαφορές στη σχετική νομοθεσία των διαφόρων χωρών. Στην Αγγλία, στην Ελλάδα, στην Ιταλία, στη Γερμανία και πρόσφατα και στο Ισραήλ επιτρέπεται μόνο η αλτρουιστική (χωρίς χρηματική αμοιβή) παρένθετη κύηση ενώ σε άλλες χώρες π.χ κάποιες πολιτείες των ΗΠΑ μπορεί να γίνει «ενοικίαση μήτρας» (Erickson 2010). Λόγω αυτών των νομικών διαφορών, πολλά ζευγάρια αναζητούν εκτός συνόρων παρένθετη μητέρα (Nosheen 2010).

Οι νέες παράμετροι που προκύπτουν από την παρένθετη μητρότητα είναι πολλές. Υπάρχουν ερωτήματα για τη νομιμότητα της οικονομικής συνδιαλλαγής, για το αν ο δότης πρέπει να διατηρήσει την ανωνυμία του, για το αν το παιδί που θα γεννηθεί πρέπει ή όχι να γνωρίσει τον δότη και την παρένθετη μητέρα του, τι γίνεται με την εθνικότητα και υπηκοότητα του μωρού όταν η παρένθετη μητέρα είναι αλλοδαπή κ.ά. Υπάρχουν επίσης ζητήματα διότι εξαιτίας του ότι συμμετέχουν πολλές γυναίκες στην αναπαραγωγική λειτουργία (η βιολογική μητέρα, η κυοφορούσα μητέρα, η μητέρα από πρόθεση) η κάθε μια, από τη δική της πλευρά, μπορεί να διεκδικήσει τη θέση της μητέρας.

Ορισμένες μελέτες εξετάζουν τα χαρακτηριστικά των γυναικών που επιλέγουν να συμμετέχουν σε παρένθετη κύηση, αλλά και τους δεσμούς που δημιουργούνται με τους προοριζόμενους γονείς. Οι ίδιες οι παρένθετες μητέρες υποστηρίζουν ότι απαιτείται ένας συγκεκριμένος χαρακτήρας για να γίνει κάποια παρένθετη μητέρα. Η παρένθετη μητέρα ενθαρρύνεται να μη δημιουργήσει σχέση με το έμβρυο και με το νεογέννητο, να μην κάνει όνειρα γι΄ αυτό, να μη σκέφτεται το όνομά του, να έχει στον νου της ότι είναι μόνο τροφός του εμβρύου και ότι το μωρό θα δοθεί στον πατέρα και τη μητέρα του. Τόσο οι παρένθετες μητέρες όσο και οι μητέρες που πρόκειται μετά να αναλάβουν την ανατροφή του παιδιού θα πρέπει κατά τη διάρκεια της κύησης να υποστηριχθούν ψυχολογικά προκειμένου να διατηρήσουν χαμηλά επίπεδα άγχους.

Μελέτες υποστηρίζουν ότι αν η παρένθετη μητέρα έχει δώσει το ωάριό της αυτό κάνει την όλη διαδικασία περισσότερο στρεσογόνα (Van den Akker 2007).

Οι μελλοντικοί γονείς φαίνεται να νιώθουν καλύτερα με την παρένθετη μητέρα όταν η συμμετοχή της είναι περιορισμένη χρονικά. Αντίθετα η δότρια ωαρίου μεταδίδει κληρονομικά χαρακτηριστικά, έννοια που ξεπερνά το ίδιο το πρόσωπο και εγγράφεται σε μια διαγενεαλογική αλυσίδα.

Συνήθως οι μελλοντικοί γονείς δεν θέλουν να γνωρίζουν τον δότη ενώ αντίθετα οι γονείς των υιοθετημένων παιδιών ζητούν πολλές πληροφορίες για τους βιολογικούς γονείς. Οι γονείς παιδιών που προέρχονται μέσω δωρεάς εμβρύου, αισθάνονται ευγνωμοσύνη για τους δότες αλλά κατά τα άλλα δεν τους θεωρούν σημαντικά πρόσωπα στη ζωή τους (MacCallum 2009).

Στην περίπτωση που χρησιμοποιείται υποβοηθούμενη γονιμοποίηση με δότρια ωαρίου και παρένθετη

μητέρα, τότε, οι ομοφυλόφιλοι άνδρες επιλέγουν να δώσουν και οι δύο το σπέρμα τους προκειμένου να γονιμοποιηθούν τα ωάρια και έτσι συνήθως δεν γνωρίζουν ποιος είναι ο πατέρας. Οι δύο άνδρες γονείς έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη (Hanafin 2006) ενώ φαίνεται να διατηρούν και στενή σχέση με την παρένθετη μητέρα τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και μετά τη γέννηση του παιδιού (Greenfeld 2011).

Όσα ζευγάρια καταφεύγουν στην παρένθετη μητέρα προκειμένου να αποκτήσουν απόγονο, είτε είναι ετερόφυλα, είτε ομοφυλόφιλα, έχουν ορισμένα κοινά στοιχεία όπως:

- Τη μεγάλη τους επιθυμία να αποκτήσουν παιδί
- Το παιδί που θα αποκτήσουν θα είναι το προϊόν υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και δεν θα προέρχεται από σεξουαλική συνεύρεση
- Ο ένας από τους δύο γονείς θα έχει γενετική σχέση με το παιδί ενώ ο άλλος όχι
- Στη γέννηση του παιδιού θα έχει συμμετάσχει και ένα τρίτο πρόσωπο εκτός του ζευγαριού

Υπάρχουν όμως και σημαντικές διαφορές:

- Τα ετερόφυλα ζευγάρια είναι απελπισμένα και θλιμμένα διότι αναγκάζονται να καταφύγουν στις τεχνικές αυτές λόγω υπογονιμότητας. Αντίθετα τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια είναι ευτυχισμένα γιατί τους δίνεται η δυνατότητα να αποκτήσουν τον απόγονο που από μόνα τους δεν μπορούν.
- Στα ετερόφυλα ζευγάρια ο ένας μόνο από τους δύο γονείς θα είναι γενετικά συνδεδεμένος με το παιδί ενώ ο άλλος όχι. Αντίθετα στα ζευγάρια των ομοφυλόφιλων γυναικών η μία γυναίκα μπορεί να δώσει το ωάριό της και η άλλη να παρέχει τη μήτρα της με αποτέλεσμα το παιδί να είναι προϊόν και των δύο γυναικών.
- Τα ετερόφυλα ζευγάρια συχνά προσπαθούν να κρύψουν από το παιδί τους το πώς δημιουργήθηκε ενώ τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια δεν έχουν περιθώρια για τέτοια μυστικά (Ehrensaft 2008).

ΡΟΛΟΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΩΝ

Η δημιουργία οικογενειών από ομοφυλόφιλους γονείς τείνει να ανατρέψει τις παραδοσιακές απόψεις για τους γονεϊκούς ρόλους.

Το ότι τα παιδιά χρειάζονται ετερόφυλους γονείς με διαφορετικούς γονεϊκούς ρόλους για να αναπτυχθούν σωστά και να αποκτήσουν την ταυτότητα του φύλου τους ήταν μέχρι πρόσφατα μια κοινά παραδεκτή άποψη που δεν επιδεχόταν κανενός είδους αμφισβήτηση.

Σύγχρονες μελέτες υποστηρίζουν ότι η ποιότητα του γονεϊκού ρόλου στις οικογένειες που δημιουργούν τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια δεν διαφέρει από εκείνη των γονεϊκών ρόλων ετερόφυλων ζευγαριών (Hunfeld 2001). Συμπεραίνεται ότι δεν είναι το φύλο που καθορίζει την ποιότητα του γονεϊκού ρόλου αλλά η συναισθηματική σταθερότητα και η προβλεψιμότητα του γονέα (Silvertein & Auerbach 1999). Η Drexler μάλιστα στις μελέτες της δείχνει ότι οι ομοφυλόφιλες γυναίκες ήταν σε θέση να καλύψουν τόσο τον μητρικό όσο και τον πατρικό ρόλο μέσα στην οικογένειά τους (Drexler 2006).

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία η ύπαρξη τριαδικότητας είναι θεμελιώδης για την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Ο S. Freud (1927) τόνισε τη σημασία της παρουσίας του πατέρα στην προ-οιδιποδειακή και οιδιποδειακή φάση της ζωής του παιδιού. Ο Winnicott (1960) μίλησε για τον ρόλο του πατέρα από τη στιγμή της σύλληψης. Η ταύτιση των αγοριών με τον πατέρα τους στη λανθάνουσα περίοδο αποτελεί καθοριστικό στοιχείο για την ανάπτυξη της αρρενωπότητας και τη διαχείριση της επιθετικότητάς τους (Lamb 1997). Ο πατέρας παρέχει την επιθυμητή ασφάλεια στο παιδί έτσι ώστε αυτό να μπορέσει να αποχωριστεί από τη μητέρα του και να περάσει από μια εξαρτητική σχέση στην ανεξαρτητοποίησή και στην ανάπτυξη της δικής του ταυτότητας. Η σχέση πατέρα-παιδιού βοηθά επίσης το παιδί να αντιληφθεί τη σχέση που έχουν οι γονείς μεταξύ τους.

Ο Pruett (2000) με τη σειρά του υποστήριξε ότι η ανάγκη του παιδιού για την παρουσία του πατέρα είναι βιολογικά καθορισμένη και τόνισε τον διαφορετικό τρόπο που ο πατέρας αλληλεπιδρά με το παιδί, σε σχέση με τη μητέρα.

Σήμερα που η δομή και οι ρόλοι στην οικογένεια αλλάζουν φαίνεται να αλλάζουν και οι θεωρίες για την παρουσία ή/και απουσία του πατέρα από την οικογένεια. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η παρουσία του πατέρα δεν είναι από μόνη της τόσο ουσιώδης και ότι η απουσία του πατέρα δεν προκαλεί σοβαρή βλάβη στην ανάπτυξη του παιδιού (Human Fertilisation and Embryology Authority 2009).

Σε πρόσφατη δημοσίευση ο Lamb (2012) αναφέρει ότι στην καλή προσαρμοστικότητα ενός παιδιού, δηλαδή το σύνολο εκείνων των χαρακτηριστικών του παιδιού που του επιτρέπουν να έχει ικανοποιητική λειτουργικότητα στην καθημερινότητά του, συμβάλλουν:

α. Η καλή σχέση γονέα-παιδιού δηλαδή η σχέση που χαρακτηρίζεται από στοργή, συνέπεια, αξιοπιστία, δέσμευση, ανταπόκριση.

β. Η καλή σχέση μεταξύ των δύο γονέων, αλλά και των γονέων με άλλους σημαντικούς ενήλικες.

γ. Το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο της οικογένειας. Επαναπροσδιορίζει έτσι τη θέση του και προτείνει ότι ο πατέρας και η μητέρα είναι σημαντικοί στο παιδί ως γονείς και όχι ως άνδρας ή γυναίκα και συνεπώς το φύλο δεν επηρεάζει τον γονεϊκό ρόλο και την ανάπτυξη του παιδιού.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΜΕΓΑΛΩΝΟΥΝ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Τα ζευγάρια ομοφυλοφίλων που τελικά καταφέρνουν να δημιουργήσουν τη δική τους οικογένεια είναι λίγα. Μέσα από αυτά όμως μπορούμε να αντλήσουμε πολλές πληροφορίες σχετικά με το πώς η οικογένεια και οι γονείς συμβάλλουν στην ανάπτυξη του παιδιού (Rosenfeld 2010).

Οι συνθήκες μεγαλώματος των παιδιών διαφέρουν ανάλογα με τον τρόπο που προκύπτει η τελική μορφή της οικογένειας. Έτσι μπορεί να έχουμε:

- Παιδιά διαζευγμένων που ζουν τώρα σε ζευγάρια ομοφυλόφιλων, όταν η αποκάλυψη της ομοφυλοφιλίας του ενός γονέα ήταν η αιτία του χωρισμού
- Παιδιά που προήλθαν μέσω τεχνητής γονιμοποίησης η οποία έχει γίνει με φιλικό διακανονισμό από γνωστό δωρητή σπέρματος ή δότρια ωαρίων
- Παιδιά που έχουν συλληφθεί με τεχνητή σπερματέγχυση από ανώνυμο δότη και ζουν σε ζευγάρι γυναικών
- Υιοθετημένα παιδιά.

Ιδιαίτερη σημασία για τα παιδιά που ανατρέφονται από ομοφυλόφιλα ζευγάρια φαίνεται να έχουν θέματα που αφορούν στην ψυχολογική τους ανάπτυξη, την κοινωνική τους λειτουργικότητα, τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό και τη σεξουαλική τους συμπεριφορά κ.ά. (Tasker & Golombok 1997, Speziale & Gopalakrishna 2004).

Μελέτες σχετικές με την ανατροφή παιδιών από ομοφυλόφιλους γονείς έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά έχουν καλή προσαρμοστικότητα (Golombok 2003), αναπτύσσονται φυσιολογικά χωρίς δυσκολίες σε ψυχο-κοινωνικό επίπεδο (Rosenfeld 2010, Golombok & Badger 2010) και δεν διαφέρουν από τα παιδιά που μεγάλωναν με τους βιολογικούς τους γονείς (Golombok et al 2011).

Τα παιδιά ομοφυλόφιλων ζευγαριών:

- Μοιράζονται το ίδιο κοινωνικό και σχολικό περιβάλλον με τα άλλα παιδιά (Rosenfeld 2010)
- Διατηρούν τις σχολικές επιδόσεις σε ικανοποιητικά επίπεδα (η διατήρηση των σχολικών επιδόσεων είναι σημαντική έμμεση παράμετρος αξιολόγησης του γονεϊκού ρόλου αφού η χαμηλή σχολική επίδοση αντανακλά δυσκολίες στην οικογένεια Brooks-Gunn & Markman 2005) χαμηλότερα όμως από τα άλλα παιδιά (Hamilton et al 2007)
- Θυματοποιούνται ευκολότερα από τα άλλα παιδιά γιατί συχνά τα κοροϊδεύουν για τη σχέση των γονιών τους (Chesir-Teran 2003)
- Χρησιμοποιούν όλα τα υποστηρικτικά δίκτυα, εκτός του σχολείου, με τον ίδιο τρόπο όπως τα άλλα παιδιά (Murdock & Bolch 2005)
- Παρουσιάζουν, σε παρόμοια με τα άλλα παιδιά ποσοστά, εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα όπως κατάχρηση ουσιών, παραβατική συμπεριφορά κ.ά.
- Αναπτύσσουν το ίδιο καλά τις κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους αλλά και τους ενηλίκους (Wainright & Patterson 2008)
- Εμφανίζουν λιγότερο φοβικά και ρατσιστικά συναισθήματα απέναντι σε ομοφυλόφιλα άτομα (Tasker & Golombok 1997).

Σχετικά με το ιδιαίτερο ζήτημα της απόκτησης ταυτότητας φύλου και του σεξουαλικού προσανατολισμού των παιδιών που μεγαλώνουν με ομοφυλόφιλους γονείς πολλές μελέτες αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει καμιά διαφορά στη σεξουαλική ανάπτυξη και στον σεξουαλικό προσανατολισμό των παιδιών αυτών σε σχέση με τα υπόλοιπα. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι τα παιδιά ομοφυλόφιλων ζευγαριών γίνονται ετερόφυλα (Patterson et al 2009).

Στην κλινική πρακτική όμως βλέπουμε ότι τα παιδιών των ομοφυλοφίλων αναρωτιούνται συχνά για τη σεξουαλική τους διαφοροποίηση. Οι έφηβοι ιδίως που προέρχονται από ομοφυλόφιλους γονείς προ-

βληματίζονται για τη σεξουαλική τους ταυτότητα και είναι πολύ ανήσυχοι για το αν είναι ομοφυλόφιλοι. Για να αποδείξουν ότι είναι «σαν τους άλλους», έχουν την τάση να αναπτύσσουν πρόωρα ρομαντικές σχέσεις που συχνά αποβαίνουν ατυχείς.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΠΟ ΟΜΟΦΥΛΟΦΙΛΟΥΣ

Τα παραπάνω δεδομένα φέρνουν ριζικές αλλαγές στα όσα πιστεύαμε για τη συμμετοχή της οικογένειας στη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών και έχουν διχάσει τις γνώμες των ειδικών. Έντονες πολεμικές έχουν ξεσπάσει ανάμεσα σε εκείνους που υποστηρίζουν την απόκτηση παιδιών από ομοφυλόφιλα ζευγάρια κι εκείνους που αντιτίθενται σ΄αυτό.

Όσοι την υποστηρίζουν πιστεύουν ότι:

- Η διαφορά των γονεϊκών ρόλων στην ανατροφή των παιδιών είναι τουλάχιστον εξίσου σημαντική με τη διαφορά στο φύλο. Η γονεϊκή λειτουργία των ομοφυλοφίλων δεν δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα όταν υπάρχει διαφορά των ρόλων μέσα στο ζευγάρι. Αυτό που είναι σημαντικό για το παιδί είναι να έχει απέναντί του δύο διαφορετικούς γονείς και όχι γονείς που διαφέρουν σεξουαλικά
- Κανείς δεν μπορεί να υποστηρίξει ότι η ετεροφυλία των γονιών εγγυάται την καλύτερη συναισθηματική ισορροπία των παιδιών και ότι προστατεύει ενάντια στη συζυγική ασυμφωνία, τις οικογενειακές συγκρούσεις ή τις εκπαιδευτικές εκτροπές.
- Η ψυχική λειτουργία του παιδιού έχει μεγάλη πλαστικότητα και το παιδί είναι εξαιρετικά προσαρμόσιμο, με την προϋπόθεση ότι έχει αγάπη γύρω του.
- Οι ανησυχίες που προκύπτουν σήμερα οφείλονται στο ότι δεν υπάρχει προηγούμενο στην ιστορία των ανθρώπινων κοινωνιών. Όσο με το πέρασμα των χρόνων οι οικογένειες αυτές γίνουν πιο συνηθισμένες τόσο το παιδί πιο εύκολα θα βρει απαντήσεις στις ελλείψεις, στις ταυτισιακές του ανάγκες και στα ζητήματα που τίθενται από το άμεσο περιβάλλον-οικογένεια, δασκάλους, φίλους.

Αντίθετα, όσοι είναι κατά της απόκτησης παιδιών από ομοφυλόφιλα ζευγάρια (Cadoret et al 2006, Godelier 2004):

- Καταγγέλλουν τους κινδύνους ενός πειράματος που θα μπορούσε να μετατρέψει τα παιδιά σε πειραματόζωα
- Θεωρούν ότι η ταυτότητα φύλου δεν είναι ένα πρόβλημα των γονιδίων, είναι μια ιστορική κατασκευή κι έχει να κάνει με τη σχέση που έχουν οι γονείς με τη δική τους σεξουαλική ταυτότητα
- Αμφισβητούν την επιστημονική ακρίβεια και την αμεροληψία των σχετικών με το θέμα μελετών.

Είναι σίγουρο ότι οι μελέτες αυτές επικεντρώνονται κατά κύριο λόγο στη κοινωνική προσαρμογή (νοημοσύνη, συμπεριφορά) και παραμελούν άλλες πτυχές που είναι σε θέση να ανιχνεύσουν μόνο οι ψυχοδυναμικές προβολικές δοκιμασίες. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα παιδιά αυτά αναπτύσσουν στρατηγικές υπερ-προσαρμογής με την έννοια που ο Winnicott έχει περιγράψει τον «ψεύτικο εαυτό». Δεδομένου ότι δεν έχουν δοκιμασθεί ακόμη στη ζωή, η πανοπλία της «ομαλότητας» τα προστατεύει. Ψυχοδυναμικά, η πλήρης αποδοχή των κοινωνικών απαιτήσεων παραπέμπει σε μια παθολογία της προσωπικότητας. Το άτομο μπορεί να διαθέτει τέτοια συστήματα άμυνας ώστε να οδηγείται στην τέλεια προσαρμογή σε όλες τις εξωτερικές καταστάσεις, σε βάρος όμως της ψυχικής του ζωής. Πρόκειται για παθολογικές οργανώσεις προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από έλλειψη φαντασιωσικής ζωής και δυσκολίες στη συμβολική λειτουργία.

Το ότι τα παιδιά των ομοφυλοφίλων δεν παρουσιάζουν διαταραχές διαγωγής ή σχολική αποτυχία δεν διαβεβαιώνει ότι θα ζήσουν ευτυχισμένη ενήλικη ζωή. Οι ψυχαναλυτές αντιμετωπίζουν κάθε μέρα ανθρώπους που ποτέ δεν έχουν προκαλέσει κανένα πρόβλημα στην οικογένειά τους ή την κοινωνία. Και όμως αποτυγχάνουν να ζήσουν ευτυχισμένοι είτε λόγω της θέσης που κατείχαν στον ψυχισμό των γονιών τους ή επειδή η σχέση που είχαν οι γονείς με τη σεξουαλικότητα –τη δική τους ή του συντρόφου τους– έκαναν αδύνατη την κατασκευή μιας σεξουαλικής ταυτότητας. Κατασκευή που δεν μπορεί να φανεί μέχρι την ενηλικίωση, προπάντων όταν συνυπάρχουν η απουσία ιστορικής και γενεαλογικής εγγραφής (Ansermet 1999).

Στην παιδοψυχιατρική πρακτική γνωρίζουμε ότι κάθε παιδί χρειάζεται όρια που θα το βοηθήσουν στη δόμηση της προσωπικότητάς του. Η σεξουαλική διαφορά είναι ένα το πρώτο από αυτά τα όρια. Το παιδί απαντά αρχικά στο είμαι κορίτσι ή αγόρι. Το δεύτερο όριο σχετίζεται με την προέλευση (είμαι ο γιος ή η κόρη αυτής της μητέρας και αυτού του πατέρα). Προέρχομαι από την επιθυμία και μια πράξη αναπαραγωγής που μπορεί να αναπαρασταθεί και μου δίνει σιγουριά για την προέλευσή μου. Τρίτον, ως γιος του

πατέρα μου ή κόρη της μητέρας μου, μπορώ άμεσα να ταυτιστώ με τον γονέα του ίδιου φύλου, ή εξ αντιθέσεως με τον γονέα του αντίθετου φύλου (έχω αυτά τα χαρακτηριστικά της μητέρας μου και εκείνα του πατέρα μου). Αυτά τα οικογενειακά μοντέλα συμμετείχαν στην κατασκευή της κοινωνίας μας και είναι παρόντα στη φύση και τον πολιτισμό μας.

Για την G. Delaisi de Parseval (2007, 2008) είναι σημαντικό να διαχωρισθεί η περίπτωση παιδιών ομοφυλόφιλων ζευγαριών που προέρχονται από υιοθεσία ή που έχουν γεννηθεί με εξωσωματική. Στην πρώτη περίπτωση, η υιοθεσία γίνεται από άτομα που θέλουν ένα παιδί για να το αγαπήσουν και να το γαλουχήσουν. Είτε πρόκειται για δύο άνδρες, είτε για δύο γυναίκες, ο εκπαιδευτικός ρόλος μπορεί κάλλιστα να πληρούται. Στην περίπτωση που τα παιδιά έχουν γεννηθεί με εξωσωματική η προβληματική είναι διαφορετική. Λέγεται στο παιδί ότι είναι το προϊόν της επιθυμίας δύο ανδρών ή δύο γυναικών, αλλά για λόγους «της φύσης», χρησιμοποιήθηκε ένας τρίτος, ένας δότης σπέρματος ή μια γυναίκα που θέλησε να δανείσει ευγενικά την κοιλιά της. Πρέπει να ειπωθεί η αλήθεια στο παιδί. Αλλά ποια αλήθεια; Δεν είναι ο μηχανισμός της αναπαραγωγής που ενδιαφέρει το παιδί, είναι η επιθυμία που οδήγησε στη γέννησή του. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να διαχειριστεί μια αναπάντητη ερώτηση: «Εγώ είμαι το προϊόν της επιθυμίας των δύο αυτών ανθρώπων, αλλά το προϊόν της επιθυμίας αυτών των δύο δεν μπορεί να δώσει ένα παιδί. Έτσι, ποιος είμαι εγώ;»

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δομή της οικογένειας και ο γονεϊκός ρόλος αλλάζει συνεχώς τις τελευταίες δεκαετίες. Μπροστά στα νέα αυτά δεδομένα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί. Πιθανόν θα χρειαστεί να αναθεωρήσουμε πολλές θεωρίες και απόψεις, αποφεύγοντας δογματισμούς και προκαταλήψεις έτσι ώστε να μπορέσουμε να εξαγάγουμε τα σωστά συμπεράσματα όσον αφορά στην ανατροφή των παιδιών.

Θα χρειαστεί ίσως να ξεπεράσουμε τους δικούς μας φόβους (μελέτες π.χ. δείχνουν ότι συχνά οι επαγγελματίες εμφανίζουν ομοφοβία Goldberg 2007) στη συνδιαλλαγή μας με τις οικογένειες νέας μορφής. Γι' αυτό θα απαιτηθεί κατάλληλη εκπαίδευση των ειδικών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία αλλά και των εκπαιδευτικών και του ευρύτερου κοινού, για την αποδοχή των παιδιών ομοφυλόφιλων γονέων και την αποφυγή του στίγματος. Θα χρειαστεί επίσης να εκφράσουμε την επιστημονική μας άποψη έτσι ώστε να ρυθμιστεί κατάλληλα η νομοθεσία προκειμένου να διασφαλίσουμε την ολοκληρωμένη και χωρίς προβλήματα ανάπτυξη των παιδιών σε όποιου είδους οικογένεια και αν μεγαλώνουν.

Τέλος είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ακούσουμε τα παιδιά πρωταγωνιστές των νέων τρόπων αναπαραγωγής και εκείνα που ζουν και μεγαλώνουν μέσα στις οικογένειες νέας μορφής προκειμένου να αντιληφθούμε και να καλύψουμε, όσο είναι δυνατόν, τις ενδεχόμενες ανάγκες τους.

NEW FORMS OF FAMILY: GAY PARENTS AND SURROGATE MOTHERHOOD

Ch. Anomitri, H. Lazaratou

A΄ Department of Psychiatry, Athens University Medical School
Community Mental Health Centre-Child and Adolescent Unit, Kessariani-Byron, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2013, 1:68–77

During the last 30 years changes in family structure and parental roles are dramatic. New breeding methods lead to the creation of families where there is a clear differentiation between the biological parents and the parents who raise the child. In the last decades we also observe profound changes in parental roles and more and more often, in our days, families are formed from parents who are both of the same sex. Changes in

family and the new ways to have children have created a series of questions about the new parenting role, the consequences of these changes in identity, development and psychological well being of the child and a plethora of legal issues. While recent studies on the upbringing of children by gay parents show that these children have good adaptability particular concerns still exist regarding their sexual orientation and sexual behaviour. Questions also arise regarding the social acceptance of these children and their psycho-emotional development till the adult life. This text is an overview of the literature on families of gay parents and those who have obtained a child with the help of a surrogate mother. Issues arising from the composition of these new forms of families and tend to radically change our perceptions of parenting are also discussed.

Key words: Parenting role, gay parents, surrogate motherhood

Βιβλιογραφία

American College of Obstetricians and Gynecologists. Surrogate motherhood, committee opinion, 2008

American Psychiatric Association (2005). Support of legal recognition of same-sex civil marriage (Position statement). Retrieved, 2009

American Psychological Association (2004). Resolution on sexual orientation, parents, and children (Policy statement). Adopted by the APA Council of Representatives, 2004

American Society for Reproductive Medicine. Third party reproduction (sperm, egg and embryo donation and surrogacy). A guide for patients, 2006

Ansermet F. Clinique de l'origine. L'enfant entre la médecine et la psychanalyse. Lausanne, Payot, 1999

Brooks-Gunn J, Markman LB. The Contribution of Parenting to Ethnic and Racial Gaps in School Readiness. *The Future of Children* 2005, 15:139–168

Cadoret A et al (eds) Homoparentalités: approches scientifiques et politiques. Paris 2006, PUF:187–197

Chesir-Teran D. Conceptualizing and assessing heterosexism in high schools. A setting-level approach. *Am J Comm Psychol* 2003, 31:267–279

Council for Reproductive Genetics and Gugucheva M. Surrogacy in America, 2010

Delaisi de Parseval G, Collard C. La gestation pour autrui. Un bricolage des représentations de la paternité et de la maternité euro-américaines. L' Homme. Editions de l'EHESS, 2007:29–53

Delaisi de Parseval G. Famille à tout prix. Le Seuil, Paris, 2008

Ehrensaft D. Just Mooly and Me, and Donor makes three: Lesbian motherhood in the age of assisted reproductive technology. *J Lesbian studies* 2008, 12:2–3

Erickson M. Fertility law. *GPSolo* 2010, 27:56–59

Freud S. The future of an illusion (1927). In: Strachey J (ed) The standard edition of the complete works of Sigmund Freud. London, Hogarth Press, 1961, 21:3–56

Gates G. Same-sex spouses and unmarried partners in the American Community Survey, 2008. UCLA School of Law, Williams Institute, Los Angeles, 2009

Godelier M. Métamorphoses de la parenté. Fayard, Paris, 2004

Goldberg E, Downing B, Sauck C. Choises, challenges, and tensions: Perspectives of prospective lesbian adoptive parents. *Adoption Quarterly* 2007, 10:33–63

Golombok S, Perry B, Burston A, Murray C, Mooney-Somers J, Stevens M et al. Children With Lesbian Parents: *A Community Study. Developmental Psychology* 2003, 39:20–33

Golombok S, Readings J, Blake L, Casey P, Marks A, Jadva V. Families created through surrogacy: mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. Developmental psychology 2011, 47:1579–1588

Greenfeld DA, Seli E. Gay men choosing parenthood through assisted reproduction: medical and psychosocial considerations. *Fertility and Sterility* 2011, 95,1:225–229

Greenfeld DA. Gay male couples and assisted reproduction: should we assist? *Fertil steril* 2007, 83:61–67

Hanafin H. Surrogacy and gestational carrier participants. In: Convington SN, Burns LH. (eds) Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, New York 2006, 370–386

Human Fertilisation and Embryology Authority. General FAQs about the new parenthood law 2009

Hunfeld JAM, Fauser BCJM, de Beaufort ID et al. Child development and quality of parenting in lesbian families: no psychosocial indications for a-priori withholding of infertility treatment. A systematic review. *Hum Reprod Update* 2001, 7:579–590

Jones K. Reconsidering Psychoanalytic Notions of Paternal and Maternal Roles in Situations of Father-Absence. *J Contemp Psychother* 2008, 38:205–213

Joslin CG, Minter SP. Lesbian, gay, bisexual and transgender family law. Thomson West, New York 2008

Lamb ME. Mothers, Fathers, Families, and Circumstances: Factors Affecting Children's Adjustment, Applied Developmental Science 2012, 16:2,98–111

Lamb ME. The development of father- infant relationships. In: Lamb ME (ed). The role of father in child development. John Wiley and Sons, Inc, New York 1997, 104–120

MacCallum F. Embryo donation parents' attitudes towards donors: comparison with adoption. *Human Reproduction* 2009, 24:517–523

Mander G. Fatherhood today: variations on a theme. *Psychodynamic Counseling* 2001, 7:141–158

Murdock TB, Bolch MB. Risk and protective factors for poor school adjustment in lesbian, gay, and bisexual (LGB) high school youth: Variable and person-centered analyses. Psychology in the Schools 2005, 42:159–172

Nosheen H, Schellmann H. The most wanted surrogates in the world. Glamour 2010, 226–236

Patterson C. Children of Lesbian and Gay Parents: Psychology, Law, and Policy. *American Psychologist* 2009

Patterson CJ, Farr RH, Forssell SL. Sexual orientation, parenting, and child development in adoptive families. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, Colorado 2009

Pennings G, Heidi Mertes G. Ethical issues in infertility treatment. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2012, 26:853–863

Pruett KD. *Fatherneed*. The Free Press, New York, 2000

Richman KD. Courting change: Queer parents, judges, and the transformation of American family law. University Press, New York 2009

Rosenfeld M. Non traditional families and childhood progress through school. *Demography* 2010, 47:755–775

Rosenfeld MJ. The age of independence: Interracial unions, same-sex unions, and the changing American family. MA: Harvard University Press, Cambridge 2007

Silvertein LB, Auerbach CF. Deconstructing the essential father. *American Psychologist* 1999, 54:397–407

Speziale B, Gopalakrishna V. Social support and functioning of nuclear families headed by lesbian couples. *Affilia* 2004, 19:174–184

Stacey J. Gay Parenthood and the Decline of Paternity as We Knew It. *Sexualities* 2006, 9:27–55

Tasker FL, Golombok S. *Growing up in a lesbian family: Effects on child development*. Guilford Press, New York 1997

US Census Bureau. Same-sex couple households. American community survey briefs. US Department of Commerce 2011

Van den Akker O. Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reproduction* 2007, 22:2287–2295

Wainright JL, Patterson CJ. Peer relations among adolescents with female same-sex parents. *Developmental Psychology* 2008, 44:117–126

Waite LJ, Gallagher M. The Case for Marriage: Why Married People Are Happier, Healthier, and Better Off Financially. Doubleday, New York 2000

Waldfogel J, Craigie T, Brooks-Gunn J. Fragile Families and Child Wellbeing. *Future Child* 2010, 20:87–112

Winnicott WD. The theory of the parent–infant relationship. In: Winnicott WD (ed) The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. International Universities Press, Inc, NY 1960, 37–55

Γιαννοπούλου Ι, Τσακλακίδου Δ. *Υιοθεσία από ομόφυλα ζευγάρια*. Άτη 2011, 2:32–35

Ερευνητική εργασία
Research article

ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Β. Ντρέ,[1] Αικ. Παπανικολάου,[1] Μ. Κοκκώση,[2] Ι. Κουρνιανός,[1] Λ. Πέππου,[3] Γ. Γιαννακόπουλος,[1] Γ. Κολαΐτης[1]

[1]Παιδοψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», [2]Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα, [3]Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, ΕΠΙΨΥ, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2013, 1:78–85

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επιβάρυνσης και των αναγκών οικογενειών και ιδιαιτέρως μητέρων με παιδί με διαταραχή φάσματος αυτισμού (ΔΦΑ). **Μέθοδος**: Εξήντα μία μητέρες (μέση ηλικία: 43,69±5,84 έτη) παιδιών με ΔΦΑ (86,9% αγόρια, μέση ηλικία: 10,33±2,9 έτη) αξιολογήθηκαν, τη χρονική περίοδο από τον Μάρτιο έως τον Νοέμβριο 2010, με ερωτηματολόγιο, για την επιβάρυνση και τις ανάγκες της οικογένειας αναφορικά με το παιδί με ΔΦΑ, καθώς και με την κλίμακα κατάθλιψης, του κέντρου επιδημιολογικών μελετών, για συμπτωματολογία κατάθλιψης. **Αποτελέσματα**: Το 67,5% των μητέρων εμφάνιζε συμπτώματα κατάθλιψης. Οι συχνότερες ανησυχίες τους αφορούσαν στη στήριξη (61,82%) και φροντίδα (58,18%) του παιδιού όταν εκείνες δεν θα είναι σε θέση να εκπληρώσουν αυτόν τον ρόλο. Σε ποσοστό 18,52% χαρακτήρισαν την οικογενειακή ατμόσφαιρα ως «χαοτική» και ως «έντονη-μη συνεργάσιμη» σε ποσοστό 11,12%. Το 65% δήλωσαν ότι η οικογένεια δαπανούσε 800–1200 ευρώ μηνιαίως για ειδικές θεραπείες/μετακινήσεις του παιδιού τους με το 13,2% να δαπανά πάνω από 2000 ευρώ μηνιαίως. Αναφορικά με τις ανάγκες πληροφόρησης, προέκυψε ότι η ανάπτυξη των εφήβων (66,6%) και οι διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας (55,3%) ήταν τα πιο συχνά αναφερόμενα θέματα από τις μητέρες. **Συμπεράσματα**: τα παρόντα ευρήματα υποστηρίζουν ότι οι μητέρες παιδιών με ΔΦΑ παρουσιάζουν συχνά προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας και η παρουσία παιδιού με ΔΦΑ έχει σημαντικές επιπτώσεις στη λειτουργία και τη ζωή της οικογένειας. Επιτακτική είναι η ανάγκη για υποστήριξη, οικονομική ενίσχυση και ποιοτικές δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς και εκπαίδευσης των παιδιών και εφήβων με ΔΦΑ.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαταραχή φάσματος αυτισμού, παιδιά, μητέρες, επιβάρυνση, ανάγκες οικογενειών.

Αλληλογραφία: Παιδοψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Θηβών @ Παπαδιαμαντοπούλου 115 27, Αθήνα, Τηλ: 213-2013000, 213-2013124, e-mail: vassilikintre@yahoo.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλοί ερευνητές θεωρούν σημαντική την αξιολόγηση της υγείας και της συναισθηματικής επιβάρυνσης των μητέρων παιδιών με διαταραχή φάσματος αυτισμού (ΔΦΑ). Η διερεύνηση των αναγκών τους, μπορεί να συμβάλει σε παρεμβάσεις με στόχο τη μείωση του στρες που βιώνουν (Cappe 2011, Koegel 1996, Krantz 1993, 1998). Ο αντίκτυπος της διαταραχής είναι πολυδιάστατος και αφορά στην προσωπική σφαίρα με επέκταση στην ευρύτερη κοινότητα (Divan 2012).

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι μητέρες παιδιών με ΔΦΑ συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες ή μητέρες παιδιών με άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές αναφέρουν μη ικανοποιητικά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας (Emerson 2003, Mugno 2007, Oelofsen 2006). Πιο συγκεκριμένα οι μητέρες αυτές παρουσιάζουν περισσότερα σωματικά προβλήματα, υψηλότερα επίπεδα στρες, αγωνίας, αβεβαιότητας, αλεξιθυμίας, θυμού, άγχους, απόσυρσης και κατάθλιψης (Dale 2006, Dunn 2001, Firat 2002, Hastings 2005, Honey 2005, Schieve 2007, Weiss 2002, Wolf 1999).

Η ψυχοσυναισθηματική εξουθένωση και δυσφορία των μητέρων σχετίζεται κυρίως με τις πρακτικές και οικονομικές δυσκολίες στην ανατροφή των παιδιών και τη μεγαλύτερη εμπλοκή στη φροντίδα τους (Hastings 2005, Firat 2002, Schieve 2007, Sivberg 2006, Weiss 2002). Επίσης σχετίζεται με τη δυσαρέσκεια και την αναστάτωση που προκαλεί η διαταραγμένη συμπεριφορά του παιδιού (Hastings 2005, Schieve 2007, Schmidt 2003), καθώς και με τη χαμηλή λειτουργικότητα, την υπερκινητικότητα και την απουσία λόγου στο παιδί (Konstantareas 2006) Επιπλέον, οι μητέρες αισθάνονται απογοήτευση και δυσφορία από την εξάρτηση και τις αυξημένες ανάγκες των παιδιών τους (Schieve 2007, Seltzer 2004, Wolf 1999), και έχουν υπαρξιακές ανησυχίες που οφείλονται στην άγνωστη αιτιολογία των ΔΦΑ (Dale 2006). Φαίνεται ότι οι μητέρες εγκαταλείπουν πιο συχνά την προσωπική τους ζωή και τους ατομικούς στόχους και περιορίζουν την προσωπική εξέλιξη και σταδιοδρομία τους (Jarbrink 2003, Schieve 2007, Wolf 1999). Εκτός από τις μητέρες, υψηλά επίπεδα στρες εμφανίζονται και στους πατέρες, αν και οι μητέρες υποφέρουν συχνότερα από συμπτώματα κατάθλιψης (Hastings 2005). Μάλιστα, η υγεία της μητέρας είναι πιο επιβαρυμένη στην περίπτωση που ο πατέρας έχει κατάθλιψη.

Αναφορικά με τις επιπτώσεις στη ζωή και τη λειτουργία της οικογένειας, έχει βρεθεί ότι η παρουσία παιδιού με ΔΦΑ σχετίζεται με σημαντική μείωση του οικογενειακού εισοδήματος, υψηλές δαπάνες και οικονομικές δυσκολίες από τις αυξημένες ανάγκες υγείας και εκπαίδευσης του παιδιού (Järbrink 2003, Montes 2008). Επιπλέον, αλλαγές στις οικογενειακές συνήθειες (Wolf 1999) δημιουργούνται από την ανάγκη των γονέων να βρουν πηγές στήριξης και διαθέσιμες υπηρεσίες από επίσημους κρατικούς φορείς (Moes 1992). Οι οικογένειες αυτές υφίστανται περισσότερη κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση και έχουν χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη. Η κατάσταση της υγείας του παιδιού επιφέρει μια τεράστια πίεση στις οικογένειες λόγω των πολλαπλών δεσμεύσεων που δεν τους επιτρέπουν να χαρούν τη ζωή (Dellve 2006, Divan 2012, Dunn 2001, Sivberg 2002, 2006). Επίσης, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα συζυγικής ευτυχίας και οικογενειακής συνοχής και προσαρμοστικότητας (Higgins 2005, Sivberg 2006). Τα παιδιά με ΔΦΑ δυσκολεύονται να συμμετέχουν σε οργανωμένες δραστηριότητες της οικογένειας και του σχολείου, γεγονός το οποίο φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των οικογενειών σε διάφορους τομείς (Lee 2008).

Επίσης στο οικογενειακό περιβάλλον παρατηρούνται θετικές ή αρνητικές αλληλεπιδράσεις με τα άλλα παιδιά της οικογένειας (Eisenberg 1998, Faux 1993). Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν κάποιες αναφορές που υποστηρίζουν ότι οι γονείς παιδιών με ΔΦΑ διατηρούν φυσιολογικά επίπεδα αυτοεκτίμησης, εκτιμούν περισσότερο τη ζωή, την υγεία και τους ανθρώπους, επιτυγχάνουν πνευματική και προσωπική πρόοδο λόγω της εμπειρίας της διαταραχής του παιδιού τους και η αγάπη και η σύνδεση με το παιδί τους δεν επηρεάζεται (Bayat 2007, Higgins 2005, Schieve 2007).

Η ενημέρωση σχετικά με τις μοναδικές ανάγκες και την εκπαίδευση των οικογενειών με παιδί με ΔΦΑ από επαγγελματίες υγείας είναι περιορισμένη και οδηγεί σε σημαντική οικονομική και συναισθηματική επιβάρυνση. Οι ανάγκες που μπορεί να εντοπιστούν αφορούν κυρίως στη στήριξη των πιο απομονωμένων οικογενειών με περιορισμένη πρόσβαση σε διεπιστημονικά τεκμηριωμένες υπηρεσίες για παιδιά με ΔΦΑ (Divan 2012). Γενικότερα όμως υπάρχει ανάγκη για προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης των γονέων, στη διαχείριση των συναισθημάτων και του στρες, την

τροποποίηση ψευδών πεποιθήσεων και την επίλυση των καθημερινών προβλημάτων που προκύπτουν από τη ΔΦΑ (Cappe 2011).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αναγκών (π.χ. πληροφόρησης, υποστήριξης) και της επιβάρυνσης, οικονομικής και ψυχολογικής, σε μητέρες παιδιών με ΔΦΑ στον ελληνικό πληθυσμό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες και διαδικασία

Στη μελέτη συμμετείχε το σύνολο των μητέρων παιδιών με ΔΦΑ ηλικίας 6–17 ετών, τα οποία επανεξετάστηκαν στο Ειδικό Ιατρείο Διάχυτων Διαταραχών Ανάπτυξης της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής, στο Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία», από τον Μάρτιο έως τον Νοέμβριο 2010. Κριτήριο αποκλεισμού ήταν η μη ικανότητα ανάγνωσης και γραφής στα ελληνικά. Από τις 66 μητέρες που προσκλήθηκαν, 61 (μέση ηλικία: 43,69±5,84 έτη) αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η πλειοψηφία (88,7%) ήταν έγγαμες, είχαν δύο παιδιά (59%), ενώ ποσοστό 17,3% είχε και δεύτερο παιδί με σοβαρό πρόβλημα υγείας. Το 39,3% ήταν απόφοιτες ΑΕΙ, το 24,2% ήταν απόφοιτες Λυκείου, ενώ το 13,1% ήταν απόφοιτες Δημοτικού Σχολείου. Το 14,8% είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κάτω των 10 000 ευρώ, το 40,8% είχε εισόδημα μεταξύ 10.000 και 30.000 ευρώ, ενώ το 44,4% είχε εισόδημα άνω των 30.000 ευρώ. Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν 10,33±2,9 έτη, με τα αγόρια να υπερτερούν (86,9%). Οι μητέρες που αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στη μελέτη δεν διέφεραν κατά την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο από εκείνες που επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια που τους χορηγήθηκαν. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στην Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική ή με επίσκεψη στο σπίτι. Προηγουμένως είχε εξασφαλιστεί η έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία». Δόθηκε έγγραφη συγκατάθεση από όλες τις μητέρες που συμμετείχαν, αφού ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό της έρευνας, την τήρηση του απορρήτου και τα δικαιώματά τους.

Εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο Αναγκών και Επιβάρυνσης Οικογενειών που έχουν παιδί με ΔΦΑ (ΕΑΕΟ): το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε για τον σκοπό της μελέτης και βασίστηκε στο Ερωτηματολόγιο Αναγκών Οικογένειας Bailey (1988, 1992). Αποτελείται από είκοσι οκτώ (28) ερωτήσεις που εξετάζουν την παρουσία προβλήματος υγείας στις μητέρες, την οικογενειακή ατμόσφαιρα, τον χρόνο αποκλειστικής φροντίδας και ευθύνης του παιδιού, τον βαθμό συμφωνίας των συζύγων για την ανατροφή του παιδιού, τις πηγές υποστήριξης (π.χ. σύζυγος, συγγενείς, φίλοι, υπηρεσίες κ.λπ.), τις αγωνίες για το μέλλον των παιδιών, ανάγκες πληροφόρησης (π.χ. για τη διάγνωση, τους τρόπους αντιμετώπισης δύσκολης συμπεριφοράς, τις διαθέσιμες υπηρεσίες κ.λπ.) και την οικονομική επιβάρυνση (κόστος ειδικών θεραπειών, ασφαλιστική κάλυψη, χορήγηση επιδόματος).
2. Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών (The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, CES-D, Radloff 1977), που έχει μεταφραστεί και δοκιμαστεί σε ελληνικό πληθυσμό με συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 16 ενδεικτική για την ύπαρξη κατάθλιψης (Madianos & Stefanis 1992). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο το οποίο αξιολογεί συμπτώματα κατάθλιψης. Αποτελείται από είκοσι (20) ερωτήματα τα οποία καλύπτουν συναισθηματικά, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Προσδιορίζει τη συχνότητα με την οποία βιώνει το άτομο τα παραπάνω συμπτώματα.

Στατιστική ανάλυση

Οι αναλύσεις διεξήχθησαν αναφορικά με τα πλήρη δεδομένα χωρίς ελλείπουσες τιμές. Οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται με απόλυτες τιμές και σχετικές συχνότητες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

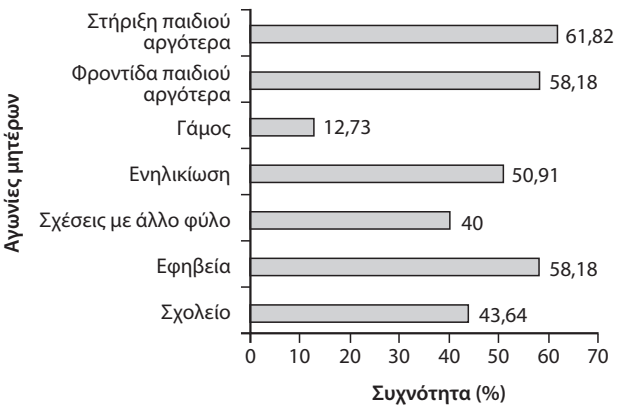
Υγεία: (α) Από το ερωτηματολόγιο CES-D προέκυψε ότι το 65,7% του δείγματος εμφάνιζε συμπτωματολογία κατάθλιψης. (β) Από το Ερωτηματολόγιο Αναγκών και Επιβάρυνσης, το 26,83% των μητέρων ανέφερε την παρουσία προβλήματος ψυχικής υγείας. Επίσης, ως κυριότερο πρόβλημα σωματικής υγείας ανέφεραν, το 17,07% προβλήματα με τον θυρεοειδή, το 11,3% πόνους στα άκρα, το 9,2% γαστρεντερολογικά προβλήματα, το 5,2% καρδιολογικά, το 5,1% αυξημένη χοληστερίνη, το 4,9% μυοσκελετικά, το 3,1% υπέρταση και το 17,3% άλλα προβλήματα υγείας.

Οικογενειακές σχέσεις: Η οικογενειακή ατμόσφαιρα χαρακτηρίστηκε ως «χαρούμενη» από το 16,67%, «ήρεμη» από το 11,1%, «συνεργάσιμη» από το 42,59%, «έντονη-μη συνεργάσιμη» από το 11,12%, «συγκεχυμένη» από το 3,7%, «ανταγωνιστική» από το 7,41%, «δυσάρεστη» από το 3,7% και «χαοτική» από το 18,52%. Το 100% των μητέρων ανέφεραν ότι οι ίδιες επωμίζονται τη μεγαλύτερη ευθύνη φροντίδας/ανατροφής του παιδιού, ενώ το 35,29% δήλωσε πως μοιράζεται την ευθύνη με τον πατέρα. Φροντίδα παιδιού: οι μητέρες σε ποσοστό 62% ασχολούνται κατά μέσον όρο μέχρι 5 ώρες ημερησίως αποκλειστικά με το παιδί τους, το 16,5% περίπου 5–7,5 ώρες, το 12% περίπου 7,5–10 ώρες και το 9,5% πάνω από 10 ώρες. Στο ερώτημα «κατά πόσο συμφωνούν οι απόψεις σας με αυτές του συζύγου για την ανατροφή και φροντίδα του παιδιού», το 4,75% ανέφερε «καθόλου», το 31,5% «λίγο», το 35,9% «αρκετά», το 18,5% «πολύ» και το 9,35% «πάρα πολύ».

Πηγές υποστήριξης των μητέρων: αφορούν στην ανατροφή και φροντίδα των παιδιών τους και αποτυπώνονται στον πίνακα 1. Φάνηκε ότι μία από τις κυριότερες πηγές υποστήριξης των μητέρων, μετά από τους συζύγους τους, ήταν οι ειδικοί επαγγελματίες (εκπαιδευτικοί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, θεραπευτές), δεδομένου ότι το 37,2% των μητέρων δήλωσε ότι οι διάφοροι επαγγελματίες τούς παρέχουν «πολύ» και «πάρα πολύ» υποστήριξη. Αντίθετα, αναφέρθηκε ότι οι δημόσιες υπηρεσίες/φορείς (νοσοκομεία, υπηρεσίες πρόνοιας, διευθύνσεις ειδικής αγωγής, κέντρα διαφοροδιάγνωσης, διάγνωσης και υποστήριξης ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών (ΚΕΔΔΥ), ιατροπαιδαγωγικά κέντρα κ.ά.), και οι φίλοι παρέχουν υποστήριξη «πολύ/πάρα πολύ» μόλις στο 13,4% και 7,6% των περιπτώσεων αντίστοιχα.

Ανησυχίες για το μέλλον: οι ανησυχίες των μητέρων για το μέλλον των παιδιών τους φαίνονται στο σχήμα 1. Φάνηκε ότι το κυριότερο ζήτημα αφορούσε το ποιος θα αναλάβει να στηρίξει το παιδί με τη ΔΦΑ αργότερα, όταν εκείνες δεν θα είναι σε θέση να εκπληρώσουν αυτό το ρόλο επαρκώς και επιτυχώς (61,82%) και ποιος θα το φροντίζει (58,18%).

Οι οικογενειακές ανάγκες πληροφόρησης περιλαμβάνονται στον πίνακα 2. Οι απαιτήσεις της παιδικής και εφηβικής ηλικίας σχετικά με την ψυχολογική και σωματική ανάπτυξη όταν υπάρχει ΔΦΑ, αποτελούν το πιο φλέγον ζήτημα, καθώς το 66,6% των μητέρων αναφέρει ότι χρειάζεται «πολλές/πάρα πολλές» πληροφορίες. Εξίσου σημαντικό για τις μητέρες είναι να πληροφορηθούν σχετικά με τις υπηρεσίες στις οποίες θα μπορούσαν να απευθυνθούν στο μέλλον (55,3% αναφέρουν πως χρειάζονται «πολλές/πάρα πολλές» πληροφορίες). Αντίθετα, η πληροφόρηση σχετικά με διαγνωστικά ζητήματα/προβλήματα του παιδιού/δυσκολίες κ.λπ. καθώς και με τρόπους δια-



Σχήμα 1. Αγωνίες των μητέρων για το μέλλον του παιδιού με ΔΦΑ.

Πίνακας Ι. Πηγές υποστήριξης στη φροντίδα-ανατροφή παιδιού με ΔΦΑ.

Πηγή στήριξης	*Καθόλου*	*Μερικές/Αρκετές φορές*	*Πολύ/Πάρα πολύ*
	N (%)	*N (%)*	*N (%)*
Σύζυγος	8 (15,1%)	18 (33,9%)	27 (50,9%)
Γονείς/πεθερικά	14 (26,4%)	27 (51,0%)	12 (22,6%)
Φίλοι/συνάδελφοι	35 (66,0%)	14 (26,4%)	4 (7,6%)
Ειδικοί επαγγελματίες (εκπαιδευτικοί, ψυχολόγοι κοινωνικοί λειτουργοί, θεραπευτές)	4 (7,8%)	28 (54,9%)	20 (37,2%)
Δημόσιες υπηρεσίες/φορείς (Νοσοκομεία, Πρόνοια, ΚΕΔΔΥ, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα κ.ά.)	8 (15,4%)	37 (71,2%)	7 (13,4%)

*Οι αριθμοί στην παρένθεση δηλώνουν την ποσοστιαία συχνότητα

Πίνακας 2. Οικογενειακές ανάγκες για πληροφόρηση.

Ανάγκες πληροφόρησης για:	*Καθόλου*	*Μερικές/Αρκετές φορές*	*Πολύ/Πάρα πολύ*
	N (%)	*N (%)*	*N (%)*
Αναπηρία/διάγνωση/δυσκολίες ή προβλήματα του παιδιού	6 (10,9%)	30 (54,6%)	19 (25,5%)
Τρόπους διαχείρισης συμπεριφοράς του	0 (0%)	34 (60,7%)	22 (39,3%)
Τρόπους σχετικά με εκπαίδευση/ δραστηριότητες συζήτησης ή παιχνιδιού	7 (12,7%)	30 (54,6%)	18 (32,7%)
Διαθέσιμες υπηρεσίες	9 (16,7%)	24 (44,5%)	21 (38,9%)
Μελλοντικές υπηρεσίες	2 (3,6%)	23 (41,1%)	31 (55,4%)
Τρόπους ανάπτυξης παιδιών ή εφήβων	2 (3,7%)	16 (29,7%)	36 (66,6%)
Κατάλληλους τρόπους ενημέρωσης για τη σεξουαλική ανάπτυξη	2 (3,7%)	24 (44,4%)	28 (51,5%)

χείρισής του ή προσέγγισής του σε πλαίσιο εκπαίδευσης, συνομιλίας ή παιχνιδιού αποτελούν ζητήματα μάλλον δευτερεύουσας σημασίας για τις μητέρες.

Οικονομική επιβάρυνση: αναφορικά με την οικονομική επιβάρυνση των οικογενειών, το 15,1% δήλωσε ότι δαπανά 200–400 ευρώ για ειδικές θεραπείες του παιδιού, το 13,2%, 401–800 ευρώ, το 41,65%, 801–1200 ευρώ, το 17%, 1201–2000 ευρώ και το 13,2% πάνω από 2001. Ωστόσο, το 94,4% λαμβάνει οικονομική βοήθεια από κάποιο ασφαλιστικό ταμείο, αν και η βοήθεια δεν ξεπερνούσε τα 500 € για τις περισσότερες οικογένειες (69,1%). Να σημειωθεί ότι μία στις δύο οικογένειες λαμβάνει και κάποιο επίδομα Πρόνοιας (55,8%).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επιβάρυνσης και των αναγκών μητέρων και οικογενειών με παιδί με ΔΦΑ σε ελληνικό πληθυσμό. Σε συμφωνία με άλλες διεθνείς μελέτες, οι μητέρες ανέφεραν σε υψηλά ποσοστά προβλήματα υγείας και ιδιαίτερα παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης (Dunn 2001, Dale 2006, Firat 2002, Hastings 2005, Weiss 2002, Wolf 1999). Δεν υπάρχουν, εξ όσων γνωρίζουμε, ελληνικές μελέτες που να αφορούν στη σωματική και ψυχική υγεία των γονέων παιδιών με ΔΦΑ ή την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα πάντως είναι σε συμφωνία με μία πρόσφατη μελέτη σε ελληνικό δείγμα γονέων παιδιών με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, οι οποίοι αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ζωής από γονείς παιδιών χωρίς τη διάγνωση αυτή (Ginieri-Coccossis et al 2012). Οι δύο διαταραχές αυτές δεν είναι συγκρίσιμες αλλά η παραπάνω πληροφορία είναι μια ακόμη ένδειξη των δυσκολιών των ελληνικών οικογενειών με πρόβλημα στο παιδί τους.

Ορισμένες μελέτες έχουν συσχετίσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας των μητέρων με την εξάρτηση και τις αυξημένες ανάγκες των παιδιών τους (Schieve 2007, Seltzer 2004, Wolf 1999). Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε συγκεκριμένα ότι μόλις το 1/3 των μητέρων μοιράζονται την ευθύνη φροντίδας και ανατροφής του παιδιού τους με τον πατέρα και συγκεκριμένα αφιερώνουν υπερβολικές ώρες αποκλειστικής φροντίδας του παιδιού με ΔΦΑ ημερησίως. Επιπρόσθετα, το 1/3 των μητέρων δήλωσε ότι οι δύο γονείς δεν συμφωνούσαν αρκετά όσον αφορά στην ανατροφή του παιδιού τους. Επίσης, φάνηκε ότι οι κυριότερες πηγές υποστήριξης των μητέρων, πέρα από τους πατέρες των παιδιών, ήταν οι ειδικοί επαγγελματίες (εκπαιδευτικοί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, θεραπευτές), που ασχολούνταν με τις ειδικές θεραπείες των παιδιών, αλλά όχι οι αντίστοιχες υπηρεσίες. Πιθανόν οι μητέρες δεν είναι σε θέση να γενικεύσουν τις προσωπικές θετικές εμπειρίες υποστήριξης από κάποιον επαγγελματία σε μια ολόκληρη υπηρεσία, που ενδεχομένως να αντιλαμβάνονται πιο απρόσωπη και λιγότερο υποστηρικτική. Επίσης λόγω φόρτου εργασίας ο χρόνος που μπορεί να διατεθεί ανά οικογένεια στις δημόσιες υπηρεσίες είναι πιο περιορισμένος σε σχέση με τον χρόνο που διαθέτουν οι επαγγελματίες που παρέχουν τις ειδικές θεραπείες των παιδιών.

Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι πολύ περιορισμένη ήταν η κοινωνική υποστήριξη των οικογενειών από φίλους και συναδέλφους, εύρημα το οποίο μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από την πιθανή κοινω-

νική απομόνωση των οικογενειών και τη δυσκολία των γονέων να μοιραστούν το πρόβλημα και τις ανησυχίες τους με άτομα εκτός οικογένειας (Dunn 2001, Sivberg 2002). Επιπλέον, η οικογενειακή ατμόσφαιρα χαρακτηρίστηκε ως χαοτική σχεδόν από το 1/5 των μητέρων και γενικά ως αρνητική (μη συνεργάσιμη, συγκεχυμένη, ανταγωνιστική, δυσάρεστη, χαοτική) σχεδόν από το ήμισυ των περιπτώσεων. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αποτελέσματα άλλης μελέτης (Higgins 2005) όπου βρέθηκε ότι η οικογενειακή συνοχή και προσαρμοστικότητα ήταν χαμηλότερη σε οικογένειες με παιδιά με ΔΦΑ. Αναφορικά με τις κυριότερες ανησυχίες των μητέρων για το μέλλον του παιδιού τους, το συχνότερα αναφερόμενο ζήτημα ήταν η στήριξη και φροντίδα του παιδιού όταν οι ίδιες δεν θα είναι σε θέση να εκπληρώσουν αυτόν τον ρόλο επαρκώς. Ενδεχομένως, οι ανησυχίες αυτές να συνδέονται με την έλλειψη κατάλληλων στεγαστικών δομών, υπηρεσιών εκπαίδευσης, ψυχικής και σωματικής υγείας, υποστήριξης και φροντίδας ατόμων με ΔΦΑ. Παρομοίως, οι μητέρες δήλωσαν ως σημαντικότερες οικογενειακές ανάγκες πληροφόρησης, αυτές που αφορούσαν στις διαθέσιμες υπηρεσίες τις οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν στο μέλλον για τα παιδιά με ΔΦΑ. Επίσης τις απασχολούσαν το είδος των δυσκολιών των παιδιών τους και η αντιμετώπισή τους κατά την εφηβεία. Η πληροφόρηση όμως σχετικά με διαγνωστικά ζητήματα/προβλήματα του παιδιού/δυσκολίες κ.λπ., καθώς και με τρόπους διαχείρισής του ή προσέγγισής του σε πλαίσιο εκπαίδευσης, συνομιλίας ή παιχνιδιού φαίνεται να παρουσιάζονται ως ζητήματα δευτερεύουσας σημασίας για τις μητέρες. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι οι μητέρες ενδεχομένως αισθάνονται ότι έχουν λάβει ήδη αρκετές πληροφορίες σχετικά με αυτά τα ζητήματα, με αποτέλεσμα να μην αξιολογούν ότι χρειάζονται περισσότερη πληροφόρηση, ή ότι σε συγκεκριμένα θέματα όπως η διαχείριση του παιδιού ή οι κοινές δραστηριότητες μαζί του, να αισθάνονται επάρκεια, δηλαδή ότι έχουν μάθει/διαπιστώσει εμπειρικά τι πρέπει να κάνουν, μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση και ενασχόληση με το παιδί. Μια άλλη εξήγηση αποτελεί η υπόθεση ότι ίσως αυτά τα ζητήματα να δημιουργούν άγχος και οι μητέρες να αποφεύγουν να τα διαπραγματευτούν. Τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν στο ότι οι μητέρες των παιδιών με ΔΦΑ ανησυχούν, ιδιαίτερα για το μέλλον των παιδιών τους, γεγονός το οποίο χρειάζεται να απασχολήσει τους ειδικούς επαγγελματίες που φροντίζουν τα παιδιά με ΔΦΑ και τις οικογένειές τους. Αυτές οι αγωνίες μπορούν αφενός να γίνουν αντικείμενο διεξοδικής επεξεργασίας, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των γονέων και αφετέρου να αποτελέσουν έρεισμα για συνηγορία εκ μέρους των ειδικών και των οικογενειών με σκοπό τη συστηματική δημιουργία υπηρεσιών κατάλληλων για εφήβους και ενηλίκους με ΔΦΑ.

Τέλος, από την παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι οικογένειες επιβαρύνονται οικονομικά σε πολύ σημαντικό βαθμό προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους. Η επιβάρυνση αυτή, η οποία έχει διαφανεί και σε μελέτες σε άλλα κράτη, ενδεχομένως να σχετίζεται, πέρα από τις αυξημένες ανάγκες υγείας και εκπαίδευσης των παιδιών, με την έλλειψη διαθέσιμων δημόσιων υπηρεσιών, την απουσία κατάλληλης ενημέρωσης και τον περιορισμό της επαγγελματικής ζωής των γονέων (Montes 2008, Schieve 2007). Το φαινόμενο αυτό, το οποίο συνεπάγεται διεύρυνση των ανισοτήτων στην υγεία και την εκπαίδευση παιδιών και εφήβων με ΔΦΑ, αποτελεί, ιδιαίτερα στην περίοδο οικονομικής ύφεσης που διέρχεται η ελληνική οικονομία, κρίσιμο ζήτημα για το οποίο χρειάζεται να ληφθούν αποφάσεις και να χαραχθούν στοχευμένες πολιτικές υγείας προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων που αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα πολλαπλές δυσχέρειες και αντιξοότητες. Δεδομένου ότι μέχρι σήμερα οι πολιτικές φροντίδας των οικογενειών παιδιών με ΔΦΑ είχαν επιδοματικό χαρακτήρα –οδηγώντας άλλωστε στη δημιουργία ενός ιδιωτικού τομέα υπηρεσιών υποστήριξης των οποίων η ποιότητα δε διασφαλίζεται– η επερχόμενη μείωση των κοινωνικών επιδομάτων προβλέπεται να έχει δραματικές επιπτώσεις για τα παιδιά με ΔΦΑ και τις οικογένειές τους, καθώς και για τις υπηρεσίες που εμπλέκονται στην υγεία, την εκπαίδευση και την προστασία των παιδιών και εφήβων.

Στους περιορισμούς της παρούσας μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί η έλλειψη ομάδας σύγκρισης με υγιείς μάρτυρες ή παιδιά με άλλη νευροαναπτυξιακή διαταραχή ή χρόνιο νόσημα, ο σχετικά μικρός μέχρι σήμερα αριθμός δείγματος και η προέλευσή του βασικά από την περιοχή της Αττικής που μειώνουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων, καθώς και η μη αντιπροσώπευση των πατέρων και η υποαντιπροσώπευση οικογενειών χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Παρά τους περιορισμούς, η μελέτη αυτή αναδεικνύει την τεράστια ανάγκη των μητέρων για υποστήριξη στο βαρύ έργο της ανατροφής ενός παιδιού με ΔΦΑ και την ανασφάλειά τους ως προς τις δυνατότητες αντιμετώπισης τού προβλήματος του παιδιού τους κατά την εφηβεία και μετέπειτα. Επίσης αναδεικνύει την οικονομική επιβάρυνση που δημιουργείται στην οικογένεια και η οποία έχει επιπτώσεις στα μέλη, αλλά και στις λειτουργίες της οικογένειας. Δεδομένης της παρούσας περιορισμένης δυνατότητας για αύξηση των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και εκπαίδευση των παιδιών με ΔΦΑ, είναι σημαντικό και αναγκαίο να ενισχυθούν τα άτυπα δίκτυα οικογενειακής υποστήριξης και να ευαισθητοποιηθεί η ευρύτερη κοινότητα. Τέλος, επιτακτική είναι η ανάγκη δημιουργίας ενός αποτελεσματικού σε σχέση με το κόστος οργανωμένου δικτύου υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης, ικανού να ανταποκριθεί στις διά βίου μεταβαλλόμενες ανάγκες των παιδιών με ΔΦΑ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι συγγραφείς θα ήθελαν να ευχαριστήσουν θερμά τις οικογένειες για τη συμμετοχή τους στη μελέτη.

EXPLORING THE BURDEN AND NEEDS AMONG FAMILIES WITH CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

V. Vtre,[1] K. Papanikolaou,[1] M. Coccosi,[2] J. Kournianos,[1] L. Peppou,[3] G. Giannakopoulos,[1] G. Kolaitis[1]

[1]Department of Child Psychiatry, Athens University, "Agia Sophia" Children's Hospital, Athens, [2]1st Psychiatric Department, Athens University, "Eginitio" Hospital, Greece
[3]University Mental Health Research Institute, Athens, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2013, 1:78–85

The objective of the present study was to explore the burden and the needs among mothers and families of children with Autism Spectrum Disorders (ASD). **Methods**: Sixty one mothers (mean age: 43.69±5.84 years) of children with ASD (86.9% boys, mean age: 10.33±2.9 years) completed, during the period March–November 2010, a questionnaire assessing the families' burden and needs regarding their child with ASD, as well as the Center for Epidemiology Studies Depression Scale. **Results**: Over sixty seven per cent of mothers presented with depressive symptoms. The most frequent maternal concerns included the child's support (61.82%) and care (58.18%) when it will not be possible for themselves to fulfill their caring role. Of the total, 18.52% characterized the family atmosphere as "chaotic" and 11.12% as "intense-non cooperative". Sixty-five percent reported that the family spent 800–1200 Euros per month on special therapies/travels, with a 13.2% spending more than 2000 Euros per month. With regard to information needs, the adolescents' developmental issues (66.6%) and the need for having access to health services (55.3%) were the most frequent topics reported by mothers. **Conclusions**: The present findings support the hypothesis that mothers of children with ASD present with frequent physical and mental health problems; it seems that the presence of a child with ASD has substantial impact on family functioning and family life. It is crucial to address the needs for support, funding as well as accessibility and quality of public services regarding mental health and education for the families of children and adolescents with ASD.

Key words: Autism Spectrum Disorder, children, mothers, burden, family needs

Βιβλιογραφία

Bailey DB, Blasco PM, Simeonsson RJ. Needs expressed by mothers and fathers of young children with disabilities. *Am J Ment Retard* 1992, 97:1–10

Bailey DB, Simeonsson RJ. Assessing needs of families with handicapped infants. *The J Spec Educ* 1988, 22:117–127

Bayat M. Evidence of resilience in families of children with autism. *J Intellect Disabil Res* 2007, 51:702–714

Cappe E, Wolff M, Bobet R, Adrien JL. Quality of life: a key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Qual Life Res* 2011, 20:1279–1294

Dale E, Jahoda A, Knott F. Mothers' attributions following their child's diagnosis of autistic spectrum disorder: Exploring link with maternal level of stress, depression and expectations about their child's future. *Autism* 2006, 10:463–479

Divan G, Vajaratkar V, Desai MU, Strik-Lievers L, Patel V. Challenges, coping strategies, and unmet needs of families with a child with autism spectrum disorder in Goa, India. *Autism Res* 2012, 5:190–200

Dunn ME, BurbineT, Bowers CA, Tantleff-Dunn S. Moderators of stress in parents of children with autism. *Commun Ment Health J* 2001, 37:39–52

Eisenberg L, Baker B, Blacher J. Sibling of children with retardation living at home or in residential placement. *Child Psychol Psychiat* 1998, 39:355–363

Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: Social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *J Intellect Disabil Res* 2003, 47:385–399

Faux SA. Sibling of children with chronic physical and cognitive disabilities issues in comprehensive. *Pediatr Nurs* 1993, 8:305–317

Firat S, Diler RS, Avci A, Seydaoglu G. Comparison of Psychopathology in the Mothers of Autistic and Mentally Retarded Children. *J Korean Med Sci* 2002, 17:679– 685

Ginieri-Coccossis M, Rotsika V, Skevington S, Papaevangelou S, Malliori Tomaras V, Kokkevi A. Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports. *Child Care Health Development* 2012. doi:10.1111/j.1365–2214.2012.01369.x

Ginieri-Coccossis M, Rotsika V, Skevington S, Papaevangelou S, Malliori M, Hastings RP et al. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *J Autism Dev Disord* 2005, 35:635–644

Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ, degli Espinosa F, Brown T, Remington B. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *J Autism Dev Disord* 2005, 35:635–644

Higgins DJ, Bailey SR, Pearce JC. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism* 2005, 9:125–137

Honey, E, Hastings RP, Mc Conachie H. Use of the questionnaire on resources and stress (QRS-F) with parents of young children with autism. *Autism* 2005, 9:246–255

Järbrink K, Fombonne E, Knapp M. Measuring the parental, service and cost impacts of children with autistic spectrum disorder: a pilot study. *J Autism Dev Disord* 2003, 33:395–402

Koegel RL, Bimbela A, Shreibman L. Collateral effects of parent training on family interactions. *J Autism Dev Disord* 1996, 2:347–359

Konstantareas MM, Papageorgiou V. Effects of temperament, symptom severity and level of functioning on maternal stress in Greek children and youth with ASD. *Autism* 2006, 10:593–607

Krantz PJ, MacDuff MT, McClannahan LE. Programming participation in family activities for children with autism: parents' use of photographic activity schedules. *J Appl Behav Anal* 1993, 26:137–138

Krantz PJ, Mc Clannahan LE. Social interaction skills for children with autism: a script-fading procedure for beginning readers. *J Appl Behav Anal* 1998, 31:191–202

Lee LC, Harrington RA, Louie BB, Newschaffer CJ. Children with autism: quality of life and parental concerns. *J Autism Dev Disord* 2008, 38:1147–1160

Madianos MG, Stefanis CN. Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992, 27:211–219

Marmot MG, Bell R. How the financial crisis affect health? *Br Med J* 2009, 338:13–14

Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents of pervasive developmental disorders. *Health Qual life Outcom* 2007, 8:22–38

Moes D, Koegel RL, Schreibman L, Loos LM. Stress profiles for mothers and fathers of children with autism. *Psychol Rep* 1992, 71:1272–1274

Oelofsen N, Richardson P. Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *J Intellect Dev Disabil* 2006, 31:1–12

Radloff LS. The Center for Epidemiological Studies-depression Scale(CES-D): A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurem* 1977, 1:385–401

Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics* 2007, 119:S114–S121

Schmidt C, Bosa C. The autism burden in the family: A critical review and new model proposal. *Interacaoem Psicologia* 2003, 7:111–120

Seltzer MM, Abbedoto L, Krauss MW, Greeberg J, Swe A. Compa rison Groups in Autism Family Research: Down Syndrome, Fragile X Syndrome and Schizophrenia. *J Autism Dev Disord* 2004, 34:41–48

Sivberg B. Family system and coping behaviors: A comparison between parents of children with autistic spectrum disorders and parents with non-autistic children. *Autism* 2002, 6:397–409

Weiss, MJ. Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism* 2002, 6:115–130

Wolf LC, Noh S, Fishman SN, Speechley M. Brief report: Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. *J Autism Dev Disord* 1999, 19:157–166

Κλινικά Θέματα
Clinical topics

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΟΣ Ή ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ;
Διαγνωστικά διλήμματα στη Διασυνδετική Παιδοψυχιατρική

Ε. Μαρίνη, Β. Θεοδώρου, Α.Μ. Τσίλια, Μ. Λιακοπούλου

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2013, 1:86–94

Παρόλο που οι σωματόμορφες διαταραχές και η διαταραχή προσποίησης έχουν αναγνωριστεί εδώ και καιρό και τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αυξανόμενο ενδιαφέρον για αυτές, εξακολουθούν να κατατάσσονται στις ψυχιατρικές διαταραχές που δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως από τους κλινικούς. Δεν υπάρχει συστηματική καταγραφή των περιστατικών και η διάγνωση τίθεται συνήθως εξ αποκλεισμού. Οι σωματόμορφες διαταραχές χαρακτηρίζονται από «ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα» τα οποία παράγονται ασυνείδητα και χωρίς, προφανές εξ αρχής δευτερογενές όφελος, ενώ η διαταραχή προσποίησης και η υπόκριση χαρακτηρίζονται από ενσυνείδητη παραγωγή συμπτωμάτων. Ο διαχωρισμός μεταξύ των τριών διαταραχών είναι ιδιαίτερα δύσκολος. Ειδικά κατά την παιδική ηλικία, έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο της υπερδιάγνωσης της μετατρεπτικής διαταραχής και της υποδιάγνωσης των άλλων δύο. Οι παιδίατροι και άλλοι ειδικοί δεν περιλαμβάνουν πάντα εύκολα στο σκεπτικό τους την εμπρόθετη παραγωγή συμπτωμάτων από τα παιδιά. Έτσι μπορεί να διαλάθουν διαγνώσεις. Όμως, η έγκαιρη παρέμβαση και θεραπεία μπορεί να αναστείλει την εξέλιξη μιας χρόνιας, συνήθως πολυδάπανης διαταραχής. Από την άλλη πλευρά, πριν καταλήξει κανείς σε αυτή τη διάγνωση, οφείλει να αποκλείσει την ύπαρξη οργανικής νόσου, καθώς και οι τρεις παραπάνω διαταραχές παρουσιάζονται με σωματικά συμπτώματα. Η επιμονή των γονέων και η ανησυχία των ιατρών μήπως παραλειφθεί κάτι, εντείνουν την οργανική διερεύνηση. Παρουσιάζουμε την περίπτωση 8χρονου κοριτσιού που εμφανίστηκε με θορυβώδη νευρολογική σημειολογία και υπεβλήθη σε μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων προτού καταλήξουμε στη διάγνωση διαταραχής προσποίησης. Η ασθενής μας είχε παρουσιάσει κατατονικού τύπου συμπτωματολογία

Αλληλογραφία: Ε. Μαρίνη, ..., 115 ..... Αθήνα, Τηλ. 210-....., e-mail: marini@yahoo.com

με επεισόδια που περιγράφονταν ως επεισόδια απώλειας συνείδησης. Τα επεισόδια αυτά επαναλαμβάνονταν και σταδιακά αυξήθηκε η συχνότητά τους. Όπως προέκυψε από την αξιολόγηση, συνδέονταν με δυσκολίες που αντιμετώπιζε στο σχολείο και με συναισθηματικά ελλείμματα σχετιζόμενα με τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειάς της. Εκτός από την κλινική εικόνα, παρουσιάζεται η διαφοροδιαγνωστική διαδικασία και επακολουθεί συζήτηση λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία.

Λέξεις ευρετηρίου: Υπόκριση, προσποίηση, διαταραχή μετατροπής, ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα, συναισθηματική αποστέρηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρόλο που οι σωματόμορφες διαταραχές και η διαταραχή προσποίησης έχουν αναγνωριστεί εδώ και καιρό, τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αυξανόμενο ενδιαφέρον για αυτές. Η αιτία του ενδιαφέροντος είναι ότι εξακολουθούν να κατατάσσονται στις ψυχιατρικές διαταραχές που δεν έχουν κατανοηθεί πλήρως από τους κλινικούς. Δεν υπάρχει συστηματική καταγραφή των περιστατικών και η διάγνωση τίθεται συνήθως εξ αποκλεισμού, βασισμένη όχι στην ύπαρξη σημείων αλλά συμπτωμάτων, ο ουδός των οποίων καθορίζεται αυθαίρετα (Iezzi Tony 2001). Οι σωματόμορφες διαταραχές, μεταξύ των οποίων η μετατροπή, χαρακτηρίζονται από «ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα» τα οποία παράγονται ασυνείδητα και χωρίς, εξ αρχής προφανές δευτερογενές όφελος, ενώ η διαταραχή προσποίησης και η υπόκριση χαρακτηρίζονται από ενσυνείδητη παραγωγή συμπτωμάτων. Ο διαχωρισμός μεταξύ των τριών διαταραχών στους ενήλικες αλλά και στα παιδιά είναι ιδιαίτερα δύσκολος.

Η διαταραχή προσποίησης εμφανίζεται και στα παιδιά, αν και υποδιαγιγνώσκεται, καθώς οι κλινικοί δεν αναμένουν συνήθως από ένα μικρό παιδί να προσποιηθεί ασθένεια. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο πιο απλοϊκοί είναι οι τρόποι πρόκλησης ασθένειας και τόσο πιο υπερβολική η περιγραφή των συμπτωμάτων (Libow 2000). Το πρώτο βήμα στη διαγνωστική διαδικασία είναι να αποκλειστεί η ύπαρξη σωματικής νόσου και εφόσον αποκλειστεί, η διαφορική διάγνωση θα εστιαστεί στο κατά πόσον η εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι ασυνείδητη ή προκαλείται από τον ασθενή (Campo 2012). Οι δυσκολίες της διαφορικής διάγνωσης της διαταραχής μετατροπής από την προσποίηση είναι μεγάλες (Nicholson et al 2011). Έτσι, η διάγνωση κινείται μεταξύ οργανικών, σωματόμορφων ή αποσυνδετικών διαταραχών, προσποίησης και υπόκρισης.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση 8χρονου κοριτσιού που εξετάστηκε από την ομάδα της Διασυνδετικής Παιδοψυχιατρικής κατά τη νοσηλεία του στη Νευρολογική Κλινική λόγω επεισοδίων αδυναμίας αφύπνισης και διαταραχής του επιπέδου συνείδησης, συμπτώματα που ανησυχούσαν την οικογένεια και προβλημάτιζαν τους ειδικούς.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η Α. ηλικίας 8 χρονών (7 9/12) διεκομίσθη στην Νευρολογική Κλινική του ΓΝ Παίδων «Η Αγία Σοφία» με κατατονικού τύπου συμπτωματολογία. Το επεισόδιο αυτό ήταν το τέταρτο τους τελευταίους 7 μήνες και διήρκησε 18 min. Το επεισόδιο συνέβη κατά την αφύπνιση από τη μεσημεριανή κατάκλιση. Η ασθενής «έδειχνε να μην αντιλαμβάνεται το περιβάλλον, δεν ανταποκρινόταν σε επώδυνα ερεθίσματα, ήταν ωχρή και είχε κρύα άκρα», όπως περιέγραψε η μητέρα. Παρουσίαζε επίσης πλαστικότητα στις κινήσεις των άκρων που παρέπεμπε σε κηρώδη ακαμψία, ρεγχώδη αναπνοή και κινήσεις της κεφαλής και των άκρων. Δεν αναφέρθηκαν περιστοματική κυάνωση, ανισοκορία, απώλεια ούρων ή κοπράνων, εστιακοί ή γενικευμένοι σπασμοί. Το επεισόδιο λύθηκε όταν το πλήρωμα του ασθενοφόρου που κλήθηκε την ξύπνησε με επώδυνο ερέθισμα και έφτασε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών πλήρως προσανατολισμένη, σε εγρήγορση.

Είχαν προηγηθεί 3 παρόμοια επεισόδια: κατά το πρώτο επεισόδιο, προ 7 μηνών, το οποίο συνέβη κατά την πρωινή αφύπνιση, η Α. διεκομίσθη στο ΓΝ Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» και ξύπνησε στη ΜΕΘ μετά από χορήγηση φαινοβαρβιτάλης. Την τρίτη μέρα

νοσηλείας παρουσίασε αντίστοιχο επεισόδιο κατά την αφύπνιση από τον μεσημεριανό ύπνο, αλλά συνήλθε μόνη της. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας έγινε εκτεταμένος οργανικός, εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος που ήταν αρνητικός. Η ασθενής εξήλθε με διάγνωση πιθανού επεισοδίου σπασμών και οδηγίες για έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με βαλπροϊκό οξύ (syr Depakine 900 mg/ημ). Περίπου 1 μήνα μετά, συνέβη νέο επεισόδιο κατά την πρωινή αφύπνιση για το σχολείο, μικρότερης χρονικής διάρκειας, για το οποίο επίσης νοσηλεύτηκε.

Στην κλινική συνέντευξη παρουσιάστηκε ένα συμπαθητικό, ευτραφές κορίτσι. Ήταν ψηλή για την ηλικία της και φορούσε γυαλιά υπερμετρωπίας. Στην πρώτη συνάντηση ήταν αρκετά συνεσταλμένη και απέφευγε τη βλεμματική επαφή ενώ στην πορεία ήταν πρόθυμη να συνεργαστεί με τον εξεταστή. Το λεξιλόγιο και το περιεχόμενο της σκέψης της ήταν απλοϊκά και το επίπεδο αυθόρμητου λόγου δεν ήταν ικανοποιητικό για την ηλικία της. Το συναίσθημά της ήταν αγχώδες, και η συμπεριφορά της παρέπεμπε σε παιδί μικρότερης ηλικίας. Σε ερώτηση σχετικά με τα επεισόδια, η ίδια δεν τα συνέδεε με δυσάρεστα ή άλλα ψυχοπιεστικά γεγονότα, ούτε η οικογένεια ανέφερε κάτι σχετικό. Οι ζωγραφιές της ήταν απλοϊκές, χαρακτηρίζονταν από έντονα χρώματα με πολλές καρδιές και ζωάκια στη θέση ανθρώπων, ενώ το παιχνίδι της δεν είχε συνοχή και εμπεριείχε το στοιχείο του τραυματισμού-εξαφάνισης-θανάτου της μητέρας.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

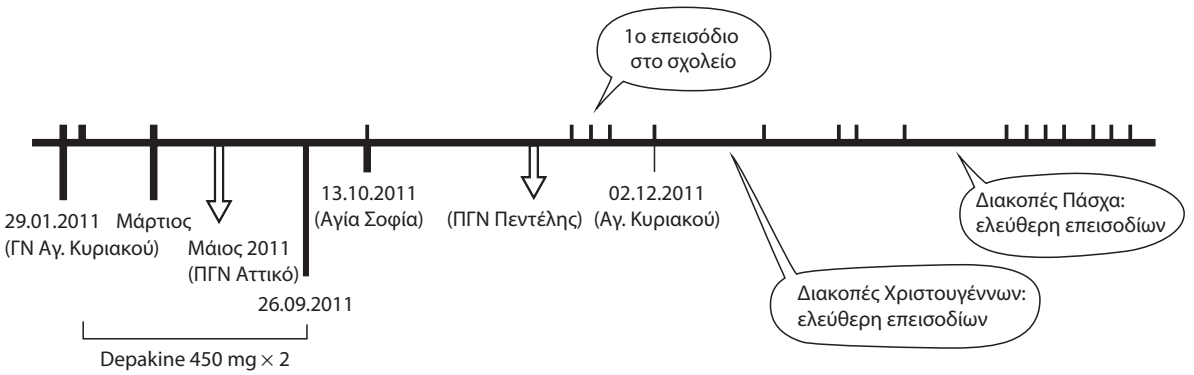
Η κυοφορία της Α. περιγράφηκε από τη μητέρα «σαν θαύμα» (λόγω προηγούμενου ιστορικού παλίνδρομης κύησης), ενώ ο πατέρας είχε θέσει θέμα τεχνητής διακοπής της κύησης. Οι πληροφορίες αυτές δείχνουν ότι η Α. γεννήθηκε σε περιβάλλον ήδη βεβαρημένο με συγκρούσεις. Η ψυχοκινητική εξέλιξή της ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Η Α. ήταν, και εξακολουθεί να είναι, ιδιαίτερα προσκολλημένη στη μητέρα της. Αργότερα πληροφορηθήκαμε ότι ποτέ δεν κοιμήθηκε μόνη στο κρεβάτι της. Κατά τη φοίτηση τής Α. στο προνήπιο χώρισαν οι γονείς και η μητέρα ξεκίνησε να δουλεύει, έχοντας εκτεταμένο ωράριο. Η μητέρα την περιέγραψε ως ένα συνεσταλμένο, αγχώδες παιδί, με πολλές φοβίες (σκοτάδι, κλέφτες), ευέξαπτη και απαιτητική με τους οικείους, πεισματάρα και γκρινιάρα, που συχνά προσπαθεί να προσελκύσει την προσοχή των άλλων. Οι σχολικές επιδόσεις της ήταν ελάχιστα ικανοποιητικές.

Οι γονείς ήταν διαζευγμένοι από τετραετίας και ο πατέρας την επισκεπτόταν σε εβδομαδιαία βάση. Η οικογένειά της (η μητέρα, η 12χρονη αδελφή της και οι μητρικοί γιαγιά και παππούς) κατοικούσε σε διαμέρισμα με ένα υπνοδωμάτιο και σαλόνι. Δεν είχε δικό της δωμάτιο αλλά ούτε δικό της κρεβάτι. Συχνά υπήρχε εναλλαγή του τόπου ύπνου (κουκέτα, καναπές). Η ίδια φοβόταν να κοιμηθεί μόνη της και ήθελε να της κρατάει κάποιος το χέρι το βράδυ. Ως αποτέλεσμα, συνήθως κοιμόταν με τη μητέρα της στο ίδιο κρεβάτι όλη τη νύχτα ή με άλλα μέλη της οικογένειας. Η μητρική γιαγιά τις περισσότερες ώρες της ημέρας παρέμενε κλινήρης λόγω αδυναμίας βάδισης που οφείλονταν σε νευρολογική νόσο.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Κατά την παρακολούθηση, αυξήθηκε η συχνότητα των επεισοδίων, τα οποία διαρκούσαν από 30 min έως 3 ώρες, κατά την αναφορά της οικογένειας, ενώ στην πορεία άρχισαν να συμβαίνουν και στο σχολείο, με συχνότητα 1–3 επεισόδια ανά εβδομάδα. Στη συμπτωματολογία προστέθηκαν κοιλιακό άλγος και κεφαλαλγία, για τα οποία ζητούσε να μην πάει στο σχολείο. Κατά τις δεκαπενθήμερες διακοπές, τα Χριστούγεννα και το Πάσχα, δεν παρουσίασε επεισόδια (σχήμα 1). Τα επεισόδια στο σχολείο συνέβαιναν είτε κατά τη διάρκεια του μαθήματος ή στο διάλειμμα. Λόγω της συχνότητας με την οποία εμφανίζονταν τα επεισόδια και της αναστάτωσης που προκαλούνταν, η μητέρα αποφάσισε να μη στέλνει την Α. στο σχολείο καθημερινά, προκειμένου να την προστατεύσει από τον εμπαιγμό των συμμαθητών. Από την επικοινωνία με τη δασκάλα της, μάθαμε ότι κατά τα επεισόδια έπεφτε πάνω στο θρανίο ή στο πάτωμα και κοιμόταν. Παρατηρούνταν ακούσιες κινήσεις της κεφαλής, όχι όμως σιελόρροια ή απώλεια ούρων ή κοπράνων. Δεν επισημάνθηκε προηγούμενο δυσάρεστο γεγονός ούτε πίεση από τη δασκάλα, η οποία έδειχνε ιδιαίτερη επιείκεια. Η Α. απουσίαζε συχνά και είχε κενά στα μαθήματα. Συνολικά, το παιδί φαινόταν αγχωμένο, δεν συμμετείχε στο μάθημα και ξεχνούσε εύκολα.

Η Α, σε μία από τις συνεδρίες, εμπιστεύτηκε την ύπαρξη ενός «φανταστικού φίλου», του «Διαβόλου», τον οποίο ζωγράφισε με ευχάριστα, παιδικόμορφα χαρακτηριστικά. Η επικοινωνία μαζί του γινό-



Σχήμα 1. Απεικόνιση των επεισοδίων και των νοσηλειών. Κάτω από τη γραμμή σημειώνονται οι νοσηλείες είτε λόγω επεισοδίων είτε για διαγνωστικούς λόγους (Αττικόν, Παίδων Πεντέλης). Πάνω από τη γραμμή απεικονίζεται η συχνότητα των επεισοδίων.

ταν μέσω ενός εξανθήματος που είχε στο χέρι της. «Ο Διάβολος», έλεγε, «μιλάει και η φωνή του ακούγεται στον χώρο», αλλά μόνο αυτή και η φίλη της μπορούν να τον ακούσουν. Όταν τον έβλεπε, ταξίδευαν μαζί με ένα μαγικό χαλί και πήγαιναν άλλοτε στο σχολείο και άλλοτε στο σπίτι. Η περιγραφή αυτής της ιστορίας δεν της προκαλούσε δυσφορία ή φόβο.

Από τον ψυχομετρικό και μαθησιακό έλεγχο, προέκυψε ότι η νοημοσύνη της Α. κινούνταν στα χαμηλά φυσιολογικά επίπεδα, είχε ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (ειδική διαταραχή του συλλαβισμού) και υπήρχαν πολλά κενά στις σχολικές γνώσεις. Τα κυριότερα προβλήματα που προέκυψαν από την προβλητική δοκιμασία CAT-H είναι η ανάγκη της για μια τέλεια οικογενειακή ζωή, το άγχος σωματικής βλάβης, η επιθετικότητα προς τη μητρική φιγούρα, καθώς αυτή βιώνεται ανεπαρκής στο γονικό της ρόλο και η αδελφική αντιζηλία. Στη δοκιμασία του RORSCHACH ο τρόπος επεξεργασίας των πληροφοριών ήταν απλοϊκός. Παρατηρήθηκε έντονη αποφυγή συναισθηματικής έκφρασης, χαμηλή αυτοεκτίμηση και σημαντικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Παίρνοντας εξιτήριο από τη Νευρολογική Κλινική με διάγνωση επεισοδίων διαταραχής αφύπνισης και οδηγίες για διακοπή του Depakine και έναρξη μελατονίνης, προγραμματίστηκε η συνέχιση της συνεργασίας με την Παιδοψυχιατρική Κλινική.

ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Παραπέμφθηκε στο Ιατρείο Ύπνου του ΓΝ «ο Ευαγγελισμός», όπου δεν κρίθηκε απαραίτητη η μελέτη ύπνου με βάση το ιστορικό και αποκλείσθηκε κλινικά η ύπαρξη ναρκοληψίας ή άλλης διαταραχής ύπνου. Η μητέρα απευθύνθηκε επίσης στην Παιδονευρολογική Κλινική του ΓΝ Παίδων Πεντέλης για 24ωρη ΗΕΓ καταγραφή, όπου η Α. παρουσίασε παρόμοιο επεισόδιο μετά από πρόκληση με εικονικό φάρμακο και υφέθηκε με τη χορήγηση φυσιολογικού ορού. Στο παρελθόν είχαν απευθυνθεί και στο Παιδονευρολογικό Τμήμα του ΓΝ «Αττικόν», όπου είχε γίνει video-ΗΕΓ καταγραφή χωρίς παθολογικά ευρήματα, πληροφορία που αρχικά είχε αποκρύψει η μητέρα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Θα αναφερθούμε στις διαγνωστικές κατηγορίες που μας απασχόλησαν στην προσπάθεια να ερμηνεύσουμε την εντυπωσιακή συμπτωματολογία της ασθενούς μας. Αρχικά, έπρεπε να αποκλειστούν τα επιληπτικά επεισόδια. Τα ΗΕΓ δεν έδειξαν παθολογικά ευρήματα. Η αύξηση της συχνότητας των επεισοδίων μετά τη διακοπή του βαλπροϊκού οξέος (VPA) δεν θα μπορούσε να δικαιολογήσει έξαρση επιληπτικών κρίσεων, γιατί το VPA δεν καταστέλλει τις εστιακές εκφορτίσεις. Θα μπορούσε όμως το VPA (Depakine) να δρα αφενός ως placebo και αφετέρου ως σταθεροποιητής της διάθεσης.

Στη συνέχεια, ο διαγνωστικός προβληματισμός επικεντρώθηκε στις διαταραχές ύπνου. Η αρχική εκτίμηση-περιγραφή των συμπτωμάτων από τους οικείους, παρέπεμπε στη ναρκοληψία. Η ναρκοληψία είναι μια σπάνια διαταραχή. Η επίπτωσή της ποικί-

λει ανάλογα με τους συγγραφείς, και υπολογίζεται 0,02–0,05% (Hublin et al 1994). Χαρακτηρίζεται από την κλασική τετράδα συμπτωμάτων: παρατεταμένη υπνηλία την ημέρα, καταπληξία, επαγωγικές ή υπνοπομπικές ψευδαισθήσεις και υπνική παράλυση (Pearl 2002). Κατά τη σχολική ηλικία, πιο συχνό σύμπτωμα ναρκοληψίας είναι η παρατεταμένη υπνηλία την ημέρα, που συχνά συμβαίνει στο σχολείο. Άλλο σύμπτωμα της παρατεταμένης υπνηλίας είναι η ανάγκη για μεσημεριανή ξεκούραση, που τα παιδιά σταματούν να την έχουν μετά τα 5–6 χρόνια. Συνέπειες της υπνηλίας την ημέρα είναι η υπολειτουργία της μνήμης, η μειωμένη συγκέντρωση, η μειωμένη λειτουργικότητα και οι συναισθηματικές διαταραχές. Η καταπληξία είναι το δεύτερο πιο συχνό σύμπτωμα ναρκοληψίας στην παιδική ηλικία. Χαρακτηρίζεται από επεισόδια ή σειρά επεισοδίων μυϊκής ατονίας με διατήρηση της συνείδησης, συνήθως σύντομης διάρκειας (2–3 min), ως απάντηση, συνήθως, σε έντονα ερεθίσματα. Οι περιγραφές της δασκάλας «ξαφνικά την παίρνει ο ύπνος στο θρανίο και πέφτει στο πάτωμα» θυμίζουν λίγο την παραπάνω συμπτωματολογία, αλλά η Α. δεν συνέδεε τα επεισόδια με αλλαγή στη συναισθηματική της κατάσταση. Οι υπναγωγικές ή υπνοπομπικές ψευδαισθήσεις αναφέρονται σε ζωντανές εικόνες, σαν όνειρο, που μπορεί να συμπεριλαμβάνουν ακουστικές ή οπτικές ψευδαισθήσεις. Η υπνική παράλυση είναι η ανικανότητα ενός παιδιού να κινηθεί ή να μιλήσει την ώρα που αποκοιμιέται ή ξυπνάει (Stores 2006). Την πιθανότητα η Α. να παρουσιάζει διαταραχή ύπνου διέψευσε ο εξειδικευμένος έλεγχος που έγινε στο Ιατρείο Ύπνου του ΓΝ «ο Ευαγγελισμός». Η Α. είχε αναφέρει, κατά την πρώτη νοσηλεία της στο νοσοκομείο «Η Αγία Σοφία», ότι κοιμάται πολύ αργά το βράδυ με ανοικτή τηλεόραση. Έτσι, στη διαφορική διάγνωση προστέθηκε το Σύνδρομο Καθυστερημένης Φάσης Έναρξης Ύπνου (Delayed Sleep Phase Syndrome) που αφορά στην αλλαγή του κιρκαδιανού ρυθμού, το οποίο αργότερα απεκλείσθη. Έφηβοι συνήθως, που κοιμούνται αργά το βράδυ, δυσκολεύονται να ξυπνήσουν το πρωί και παρουσιάζουν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μπορεί επίσης να παρουσιάζουν κατάθλιψη. Μεταξύ άλλων θεραπειών έχει χορηγηθεί μελατονίνη με καλά αποτελέσματα (Kayumov et al 2001). Με αυτή τη σκέψη οι παιδονευρολόγοι είχαν προτείνει θεραπεία με μελατονίνη, που η Α. δεν πήρε ποτέ.

Η κατατονία ως σύμπτωμα, που επίσης μας προβλημάτισε, είναι σοβαρή κινητική δυσλειτουργία, με ποικιλία κινητικών κυρίως συμπτωμάτων που συνοδεύει σοβαρές ψυχικές και σωματικές νόσους. Στην παιδική και εφηβική ηλικία, αλλά και στους ενηλίκους, τα κατατονικά συμπτώματα παραπέμπουν σε επιληπτικές διαταραχές, νευρολογικές ή μεταβολικές καταστάσεις, διαταραχές της διάθεσης, διαταραχές ανάπτυξης, σχιζοφρένεια ή άλλες ψυχωτικές διαταραχές (Takaoka et al 2003). Όλες οι παραπάνω διαταραχές απεκλείσθησαν.

Η Α. ανέφερε παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθητικές εμπειρίες (επικοινωνία με τον διάβολο, κ.λπ.). Στο DSM-IV αναφέρεται ότι άτομα που δεν έχουν ψυχική διαταραχή μπορεί να έχουν παροδικές ψευδαισθητικές εμπειρίες. Επίσης, στην παιδική ηλικία είναι σχετικά συχνές οι ψευδαισθήσεις, ιδίως σε παιδιά που αναφέρουν ότι έχουν «φανταστικό φίλο». Οι κλινικοί οφείλουν να διαχωρίζουν την ύπαρξη «φανταστικού φίλου» από τις ψευδαισθήσεις. Στην πρώτη περίπτωση δεν υπάρχουν διαταραχές σκέψης, ο φανταστικός φίλος εμφανίζεται και εξαφανίζεται κατ' επίκληση, δεν φαίνεται απειλητικός, συχνά αποτελεί ανακούφιση για το παιδί και μπορεί να περιγραφεί με μεγάλη λεπτομέρεια, όπως γινόταν και με την ασθενή μας (Sosland et al 2005).

Η διαταραχή μετατροπής χαρακτηρίζεται από αισθητηριακά και κινητικά συμπτώματα τα οποία είτε δεν εξηγούνται από κάποια οργανική διαταραχή είτε προκαλούν μεγαλύτερη δυσλειτουργία από την αναμενόμενη. Για τη διάγνωσή της απαιτείται η προϋπαρξη στρεσογόνων παραγόντων. Δεν υπάρχει συνειδητός σκοπός που οδηγεί τον ασθενή στη μετατροπή. Η επίπτωση της διαταραχής μετατροπής στα παιδιά κυμαίνεται από 2–10% (Leary 2003). Τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν συνήθως, ιατρικώς ανεξήγητη κινητική αδυναμία, απώλεια αισθητηριακής λειτουργίας και ψευδοκρίσεις (Kozlowska et al 2007). Παράγοντες που συσχετίζονται με τη διαταραχή μπορεί να είναι έντονα αγχογόνες καταστάσεις, αλλά και κατάθλιψη ή σεξουαλική κακοποίηση, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Επίσης, περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως πιέσεις στην οικογένεια, αίσθημα απόρριψης από τους γονείς, φτωχή ενδοοικογενειακή επικοινωνία, άλυτο πένθος και δυσκολίες στο σχολείο (Leary 2003). Το άγχος για πιθανά λανθασμένη διάγνωση οδηγεί σε ιατρικοποίηση της διαταραχής, και σε αυτό συντελούν τόσο οι γονείς όσο και οι ειδικοί, που επιμένουν στο οργανικό κομμάτι. Έτσι, καθυστε-

ρεί η έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής μετατροπής και κατ' επέκταση η έγκαιρη παρέμβαση (Grattan-Smith et al 1988). Η διαταραχή μετατροπής θα ήταν μια πιθανή διάγνωση στην περίπτωση της ασθενούς μας. Όμως δεν κατέστη δυνατό να ανευρεθεί συμβολικό νόημα ή προηγούμενη απωθημένη σύγκρουση που να εκφράζονται μέσω των συμπτωμάτων τής ασθενούς, όπως υποστηρίζει η ψυχοδυναμική θεωρία (Alexander 1950). Επίσης απομακρυνθήκαμε από αυτή επειδή δεν ανεφέρθη προϋπαρξη αγχογόνων γεγονότων και επειδή τα επεισόδια, με την πάροδο του χρόνου, εμφανίζονταν σε σχέση με το σχολείο και όχι στις διακοπές. Επί πλέον, τα ισχύοντα ταξινομητικά συστήματα αποκλείουν τη συννοσηρότητα της διαταραχής μετατροπής με την υπόκριση (ICD-10, DSM-IV) και την προσποίηση (DSM-IV).

Αξιολογήθηκαν εξάλλου η ευερεθιστότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και το αίσθημα μοναξιάς που κάποιες φορές βίωνε η Α. και τέθηκε επίσης η διάγνωση της δυσθυμικής διαταραχής, ενώ τοποθετήθηκαν οι οικογενειακές και προσωπικές δυσκολίες του παιδιού στους άλλους άξονες (πίνακας 2).

Τα επαναλαμβανόμενα συμπτώματα ήσαν άτυπα. Συνέβαιναν στο σπίτι, συνήθως κατά την έγερση από τον ύπνο, ή στο σχολείο, ενώ δεν συνέβαιναν κατά τη διάρκεια των σχολικών διακοπών. Επίσης, είχαμε πληροφορίες για τις μεγάλες δυσκολίες που αντιμετώπιζε η Α. στο σχολείο, τόσο μαθησιακά όσο και στις σχέσεις της με τα άλλα παιδιά, καθώς και την εκτίμηση με εικονικό φάρμακο στο Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης. Όλες αυτές οι παρατηρήσεις και πληροφορίες μάς οδήγησαν στη διάγνωση της διαταραχής προσποίησης και την υπόκριση.

Στο DSM-IV η προσποίηση βρίσκεται στο ίδιο κεφάλαιο με τις σωματόμορφες διαταραχές ενώ στο ICD-10 ταξινομείται στις διαταραχές προσωπικότη-

Πίνακας 1. Διαφορές μεταξύ υπόκρισης, διαταραχής μετατροπής και διαταραχής προσποίησης (Slick, Sherman et al 1999).

	Συνειδητός έλεγχος συμπεριφοράς	*Τύπος ερεθίσματος*	*Παραδείγματα ερεθισμάτων*
Υπόκριση	Ναι	Εξωτερικά	Οικονομική ανταμοιβή, απαλλαγή από καθήκοντα ή τιμωρία
Διαταραχή μετατροπής	Όχι	Ψυχολογικά	Διαχείριση στρες ή συγκρούσεων
Διαταραχή προσποίησης	Ναι	Ψυχολογικά	Ανάληψη ρόλου ασθενούς, προσέλκυση προσοχής, διαχείριση στρες ή συγκρούσεων.

Πίνακας 2. Τελική διάγνωση. Σημειώνουμε ότι στο DSM-IV δεν υπάρχει η διάγνωση της δυσθυμικής διαταραχής διότι απαιτεί την παρουσία συμπτωμάτων για 2 χρόνια.

ICD-10	**DSM-IV**
• *ΑΞΟΝΑΣ I:*	• *ΑΞΟΝΑΣ I:*
F 68.1 Εμπρόθετη παραγωγή ή υπόκριση συμπτωμάτων, είτε σωματικών είτε ψυχολογικών.	300.19 Δτχ Προσποίησης με συνδυασμό ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων και σημείων
Z 76.5 Υπόκριση [συνειδητή μίμηση]	V65.2 Υπόκριση
F34.1 Δυσθυμία	• *ΑΞΟΝΑΣ II: (–)*
• *ΑΞΟΝΑΣ II:*	• *ΑΞΟΝΑΣ III: (–)*
Συνολική Λειτουργικότητα 40:	• *ΑΞΟΝΑΣ IV:*
Προφανής δυσλειτουργία	Μαθησιακές δυσκολίες
• *ΑΞΟΝΑΣ III:*	Οικογένεια: μη ασφαλής στήριξη
Z60.1 άτυπη κατάσταση γονεϊκής φροντίδας	• *ΑΞΟΝΑΣ V:*
Z61.2 αλλοιωμένη ισορροπία οικογενειακών σχέσεων	GAF: 60–51 μέτριας βαρύτητας συμπτώματα-μέτρια δυσκολία στη σχολική λειτουργικότητα
Z 62.4 συναισθηματική παραμέληση του παιδιού	

τας και συμπεριφοράς. Η υπόκριση δεν ταξινομείται ως ψυχική νόσος σε κανένα από τα δύο ταξινομικά συστήματα. Η διαταραχή προσποίησης ορίζεται ως η εκούσια παραγωγή σωματικών ή ψυχιατρικών συμπτωμάτων, χωρίς ο ασθενής να δίνει ακριβείς πληροφορίες για το ιστορικό του, με προφανή στόχο την ανάληψη του ρόλου του ασθενούς και τη νοσηλεία (Eastwood et al 2008), ενώ δεν υπάρχουν εξωγενή κίνητρα (Peebles et al 2005). Επίσης, δεν είναι γνωστή η συχνότητα της προσποίησης στον παιδιατρικό πληθυσμό, διότι δεν καταγράφονται όλες οι περιπτώσεις (Eastwood et al 2008). Όπως οι ενήλικες, τα παιδιά που προσποιούνται ασθένεια, περιγράφονται ως ευγενικά και ήπια, αδιάφορα κατά τη διενέργεια πολλαπλών ιατρικών εξετάσεων, θλιμμένα, κοινωνικά απομονωμένα, υπέρβαρα και προέρχονται από περιβάλλον με συναισθηματική παραμέληση. Προδιαθεσικό παράγοντα αποτελεί το ιστορικό σωματικής ασθένειας του ίδιου του ασθενούς ή στενού συγγενή ή φίλου του. Μέχρι δε να τεθεί οριστικά η διάγνωση, μπορεί να περάσει περισσότερο από ένας χρόνος ιατρικών εξετάσεων χωρίς αποτέλεσμα (Libow 2000).

Η υπόκριση είναι η εκούσια παραγωγή ψεύτικων ή υπερβολικών σωματικών ή ψυχιατρικών συμπτωμάτων, που αποσκοπεί στην επίτευξη συγκεκριμένου στόχου (π.χ. λήψη οικονομικής αποζημίωσης, αποφυγή φυλάκισης ή άλλης τιμωρίας). Η επίπτωση της υπόκρισης εξαρτάται από το εκάστοτε πλαίσιο. Έχει παρατηρηθεί υπόκριση σε όλο το ηλικιακό φάσμα της παιδικής ηλικίας. Υπάρχει πάντα όφελος, που είναι απαραίτητο για τη διάγνωση της υπόκρισης (Peebles et al 2005) και τα συμπτώματά της αναπτύσσονται βάσει ορισμένων στερεοτύπων για τη σωματική ή ψυχική υγεία (Walker 2011).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στα Εξωτερικά Ιατρεία της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής ολοκληρώθηκε η αξιολόγηση, που για την Α. διήρκησε μερικούς μήνες. Τελικά αποφασίσθηκε παρέμβαση με υποστηρικτικού τύπου ατομική ψυχοθεραπεία της Α. και παράλληλα συμβουλευτική γονέων, με συχνότητα 1 φορά/εβδομάδα για το παιδί και ανά 15 ημέρες για τους γονείς. Ο στόχος ήταν μελλοντικά να παραπεμφθεί η οικογένεια για ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπεία. Εκ των υστέρων, και με το δεδομένο ότι οι γονείς απείχαν της συμβουλευτικής, σκεφτόμαστε ότι και η οικογενειακή θεραπεία πιθανώς να ήταν ωφέλιμη. Επίσης συστήθηκε άμεση παρέμβαση με ψυχοπαιδαγωγικό πρόγραμμα και παρακολούθηση Τμήματος Ένταξης στο σχολείο για τις μαθησιακές δυσκολίες. Η Α. προσερχόταν με συνέπεια στις εβδομαδιαίες συναντήσεις, για περίπου 4,5 μήνες, συνοδευόμενη από διαφορετικά μέλη της οικογένειας. Οι γονείς συχνά ακύρωναν τις συναντήσεις τους. Η συνεργασία όμως διακόπηκε πριν από το τέλος της σχολικής χρονιάς, με τη δικαιολογία από τη μητέρα ότι θα μετακομίσουν και ότι έγινε κατανοητό στην οικογένεια πως η Α. προσποιείται.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ασθενής μας ζούσε σε ένα χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον, όπου η υπερβολή και η μεγαλοποίηση καταστάσεων, όπως επίσης τα μυστικά και τα ψέματα στην καθημερινότητα της οικογενειακής ζωής, ήταν χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των μελών της οικογένειας. Ο δεσμός με τη μητέρα της ήταν ανασφαλής. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, όπου η συναισθηματική επένδυση και η προσοχή ήταν περιορισμένες, με δεδομένες τις μαθησιακές δυσκολίες και τις δύσκολες σχέσεις με τους συνομηλίκους στο σχολείο, η Α. ανέλαβε τον ρόλο της άρρωστης. Πρότυπα προς ταύτιση ήσαν η άρρωστη μητρική γιαγιά και οι πληροφορίες για επιληπτικές κρίσεις της μητέρας στη δική της παιδική ηλικία. Μέσω της προσποίησης, προσέλκυε την προσοχή της μητέρας, του παππού και της γιαγιάς, ενώ αυξήθηκαν οι επαφές με τον πατέρα και μειώθηκαν οι συγκρούσεις με την αδελφή της. Μέσω της υπόκρισης, απέφευγε το σχολείο που ήταν μεγάλη πηγή δυσλειτουργίας γι' αυτήν.

Λίγοι από τους ασθενείς με προσποίηση δέχονται ψυχιατρική βοήθεια και ακόμα πιο λίγοι θεραπεύονται. Συχνά δε, διακόπτουν τη συνεργασία με ειδικό όταν γίνει αντιληπτή η συμπεριφορά τους, όπως έγινε και στην περίπτωση της ασθενούς μας. Η θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής προσποίησης ποικίλει μεταξύ διακριτικής υποστηρικτικής θεραπείας και σθεναρής αντιπαράθεσης, χωρίς να προσβάλλεται άμεσα ο ασθενής (Wise et al 1999). Στη δική μας περίπτωση, συζητήσαμε με την ασθενή μας στην πορεία των συνεδριών το πόσο επιβαρυντικό μπορεί να είναι το σχολείο για ένα παιδί ή η μη επαρκής κάλυψη συναισθηματικών αναγκών του, ώστε να το οδηγήσουν να προτιμάει να είναι άρρωστο.

Είναι πιθανό ένα άτομο να θέλει να είναι άρρωστο (προσποίηση) και επίσης να θέλει να αποκομίσει οφέ-

λη (υπόκριση), λέγοντας ψέματα. Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η συνήθης ως τώρα πρακτική διάκρισης της διαταραχής προσποίησης από την υπόκριση, είναι να αντιμετωπίζονται οι διαταραχές αυτές ως ξεχωριστές, ανάλογα με τον σκοπό που εξυπηρετούν, παρόλο που κάποιοι ερευνητές έχουν εκφράσει αντιρρήσεις για αυτόν τον διαχωρισμό (Iezzi Tony 2001). Με αυτή την προσέγγιση θα συμφωνήσουμε και εμείς, γι' αυτό τέθηκαν και οι δύο διαγνώσεις στην ασθενή μας.

Είναι πολύ δύσκολο να αποδείξει ο κλινικός ότι ένα παιδί ή ενήλικας δεν παρουσιάζει μετατροπή αλλά προσποιείται. Έντονα αγχογόνοι παράγοντες (όπως π.χ. σεξουαλική κακοποίηση) δεν είναι πάντα διακριτοί στη μετατροπή. Επίσης υπάρχει δευτερογενές όφελος στη μετατροπή όπως και στην προσποίηση. Αστάθεια και διακύμανση στα συμπτώματα υπάρχουν και στις δύο διαγνώσεις (Nicholson et al 2011). Η περιγραφόμενη απάθεια (belle indifference) μπορεί να υπάρχει και στην προσποίηση (Libow 2000). Μη συνειδητή σύγκρουση δεν ανευρίσκεται σε πολλούς ασθενείς αν και η μετατροπή υπερδιαγιγνώσκεται. Η εμπειρία της ασθένειας στη μετατροπή μπορεί να επηρεάζεται από διαπροσωπικούς, πολιτιστικούς ή και οργανικούς παράγοντες, αλλά το ίδιο συμβαίνει και στην προσποίηση (Krener 1994). Επίσης, όπως ανεφέρθη, προδιαθεσικοί παράγοντες για την προσποίηση, όπως και για τη μετατροπή, μπορεί να είναι ασθένεια στον ίδιο τον ασθενή ή σε συγγενή (Peebles et al 2005).

Μέσω του κλινικού περιστατικού αυτού θελήσαμε να υπογραμμίσουμε ότι η προσποίηση ή η υπόκριση παρουσιάζονται στους παιδιατρικούς ασθενείς ανεξαρτήτως ηλικίας (Walker 2011) και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφορική διάγνωση, την οποία οι ασάφειες της βιβλιογραφίας καθιστούν πολύ δύσκολη. Ακόμη και ένα ποσοστό των παιδιών που παρουσιάζουν σωματοποίηση μπορεί να προσποιείται ή να υποκρίνεται (Libow 2000). Μπορούν όμως να γίνουν θεραπευτικές παρεμβάσεις, τουλάχιστον σε ορισμένα παιδιά και οικογένειες και να αποφευχθεί μελλοντική σοβαρή ψυχοπαθολογία αλλά και ο κίνδυνος για τη σωματική τους υγεία η οποία απειλείται από τη λήψη επιβλαβών φαρμάκων και επικίνδυνων εγχειρήσεων.

NEUROLOGICAL DISEASE OR PSYCHIATRIC DISORDER? DILEMMA IN THE DIAGNOSIS FOR THE CONSULTATION-LIAISON CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

E. Marini, B. Theodorou, A.M. Tsilia, M. Liakopoulou

, ...

Child and Adolescent Psychiatry 2013, 1:86–94

Somatoform and factitious disorders in childhood have long been recognized in clinical practice since many years. Despite the increased interest in these disorders in the recent years, many inconsistencies in their diagnosis still exist: there is no- systematic recording of new cases and the threshold of symptom severity is still quite arbitrary. Somatoform disorders are characterized by the "medically unexplained symptoms" which are produced involuntarily by the patients, without having an obvious secondary gain, while factitious disorder and malingering are characterized by conscious symptom production. It appears to be difficult to distinguish among these three dis-

orders. Conversion disorder is typically overdiagnosed while factitious disorder and malingering are underdiagnosed in the pediatric population. Pediatricians and other health care providers may miss the right nosological entity, as they do not usually suspect children of intentionally producing false symptoms. However, early intervention and treatment may inhibit the progression of a chronic and costly to treat disorder, which may cause great future disability. Nevertheless, the clinician must exclude all other medical conditions, before making such a diagnosis. Parents usually insist on the presence of a somatic illness while physicians take caution to avoid misdiagnosis; therefore, the physical evaluation takes a long time to complete. We present a case-report of an 8-year-old girl who appeared with significant neurological symptoms and underwent a series of diagnostic evaluations and hospitalizations before confirming the diagnosis of Factitious Disorder. The young patient presented with episodes characterized by catatonic symptoms and stupor. These episodes were repetitive and gradually their incidence increased. The psychiatric assessment revealed borderline intellectual abilities, learning disorders and other difficulties, such as the emotional deprivation experienced by our patient. Divorced parents and mother's extensive physical absence are only few of the stressors we found during the evaluation. We present the clinical symptoms and the differential diagnosis of this case, our impression about how she coped with all these adverse circumstances and we discuss our assessment based on the literature.

Key words: Factitious disorder, malingering, conversion disorder, medically unexplained physical symptoms, emotional deprivation

Βιβλιογραφία

Alexander F. *Psychosomatic Medicine*. WW Norton, New York, 1950

Campo JV. Annual research review: functional somatic symptoms and associated anxiety and depression-developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2012, 53:575–592

Eastwood S, Bisson JI. Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom* 2008, 77:209–218

Grattan-Smith P, Fairley M et al. Clinical features of conversion disorder. *Arch Dis Child* 1988, 63:408–414

Hublin C, Partinen M et al. Epidemiology of narcolepsy. *Sleep* 1994, 17(8 Suppl):S7–S12

Iezzi T, Henry E Adams. (ed) *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 2001

Kayumov L, Brown G et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study of the effect of exogenous melatonin on delayed sleep phase syndrome. *Psychosom Med* 2001, 63:40–48

Kozlowska K, Nunn KP et al. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007, 46:68–75

Krener PW. A (ed) *Diagnostic Dilemmas In: Pediatric Consultation. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Consultation-Liaison in Pediatrics*, WB Saunders Company, A Division of Harcourt Brace & Company, Inc 1994

Leary PM. Conversion disorder in childhood--diagnosed too late, investigated too much? *JR Soc Med* 2003, 96:436–438

Libow JA. Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics* 2000 105:336–342

Nicholson TR, Stone J et al. Conversion disorder: a problematic diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011, 82:1267–1273

Pearl PL. Childhood sleep disorders: diagnostic and therapeutic approaches. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2002, 2:150–157

Peebles R, Sabella C et al. Factitious disorder and malingering in adolescent girls: case series and literature review. *Clin Pediatr* (Phila) 2005, 44:237–243

Sosland MD, Edelsohn GA. Hallucinations in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2005, 7:180–188

Stores G. The protean manifestations of childhood narcolepsy and their misinterpretation. *Dev Med Child Neurol* 2006, 48:307–310

Takaoka K, Takata T. Catatonia in childhood and adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003, 57:129–137

Walker JS. Malingering in children: fibs and faking. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011, 20:547–556

Wise MG, Ford CV. Factitious disorders. *Prim Care* 1999, 26:315–326

Οδηγίες για τους συγγραφείς

Η «**Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου**» είναι το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος – Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων. Εκδίδονται δύο τεύχη ανά έτος, ένα με γενική θεματολογία και ένα δεύτερο αφιερωμένο σ' ένα ειδικό θέμα (π.χ. ψυχοσωματικές διαταραχές στα παιδιά). Το θέμα αυτό, κάθε δύο χρόνια μπορεί, αν και δεν είναι αναγκαίο, να ταυτίζεται με το κεντρικό θέμα του Πανελληνίου Παιδοψυχιατρικού Συνεδρίου και να περιλαμβάνει επιλεγμένες εργασίες.

Το περιοδικό διευθύνεται από 5μελή συντακτική επιτροπή (πρόεδρο και 4 μέλη). Η συντακτική επιτροπή ορίζεται από το ΔΣ και η θητεία της είναι διετής (συμπίπτει με τη θητεία του ΔΣ).

Το περιοδικό δέχεται προς δημοσίευση εργασίες που αφορούν πρωτότυπο υλικό το οποίο δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως (εκτός σε μορφή περίληψης) ή δεν έχει υποβληθεί για δημοσίευση κάπου αλλού.

Όταν ένα άρθρο υποβάλλεται για δημοσίευση στο περιοδικό, οι συγγραφείς το κατατάσσουν σε μια συγκεκριμένη κατηγορία, όπως αυτές αναφέρονται παρακάτω.

Όλοι οι συγγραφείς επίσης υπογράφουν ότι αποδέχονται τους όρους του περιοδικού και μεταβιβάζουν τα συγγραφικά δικαιώματα στο περιοδικό. Ακόμα, οι συγγραφείς δηλώνουν ότι: (α) δεν υπήρξε οικονομική υποστήριξη από διάφορες πηγές (εάν υπήρξε πρέπει να δηλωθεί), (β) δεν υπήρξαν αντικρουόμενα συμφέροντα σχετικά με το υλικό της έρευνας που υπεβλήθη προς δημοσίευση, (γ) το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής του Νοσοκομείου ή του Ιδρύματος όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Διακήρυξης του Ελσίνκι (1995) όπως αναθεωρήθηκαν στο Εδιμβούργο (2000) και (δ) ότι όλοι οι ασθενείς έδωσαν τη συγκατάθεσή τους πριν συμπεριληφθούν στην έρευνα αφού προηγουμένως ενημερώθηκαν για την ερευνητική διαδικασία.

Όλες οι εργασίες υπόκεινται σε μια αρχική εκτίμηση από τον Εκδότη ή μέλη της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού προκειμένου να εκτιμηθεί η καταλληλότητα και η ποιότητά τους. Εάν η εργασία κριθεί καταρχήν κατάλληλη για δημοσίευση στο περιοδικό, εκτιμάται από δύο ανεξάρτητους κριτές. Για τη δημοσίευση του άρθρου απαιτείται η σύμφωνη γνώμη και των δύο κριτών. Σε περίπτωση διαφωνίας, η εργασία κρίνεται από τρίτο κριτή, η αξιολόγηση του οποίου καθορίζει και την τελική έκβαση. Οι κριτές δεν γνωρίζουν τους συγγραφείς της εργασίας και παραμένουν ανώνυμοι για τους συγγραφείς. Τα σχόλια των κριτών μαζί με τις υποδείξεις και διορθώσεις τους αποστέλλονται στους συγγραφείς. Οι συγγραφείς ενημερώνονται εγγράφως για την τελική απόφαση της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού όταν η διαδικασία αξιολόγησης ολοκληρωθεί.

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΘΕΜΑΤΩΝ για την συγγραφή των άρθρων του περιοδικού είναι οι εξής:

1. **Άρθρο της Σύνταξης**: Είναι σύντομο άρθρο με το οποίο ξεκινά το περιοδικό και το οποίο αναφέρεται σε σημαντικά επίκαιρα ζητήματα. Γράφεται από τη Συντακτική Επιτροπή ή από έμπειρους συναδέλφους μετά από πρόσκλησή της (μέχρι 500 λέξεις και περί τις 5 βιβλιογραφικές αναφορές).

2. **Θεωρητικά κείμενα**: Αναφέρονται σ' ένα γενικό ή ειδικό θεωρητικό ή επιστημολογικό θέμα, ανεξάρτητα αν εμπεριέχεται ή όχι κλινικό ή ερευνητικό υλικό: (π.χ. η δόμηση της συμβολοποίησης στα παιδιά, εικόνα σώματος και εφηβεία, διαγενεαλογική μεταβίβαση νοσολογίας, η ηθική διάσταση στην θεραπευτική σχέση). Τα άρθρα αυτά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 3000 λέξεις.

3. **Ανασκοπήσεις**: Κλασικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας πάνω σε συγκεκριμένα θέματα: (π.χ. κλινική έκφραση και αιτιοπαθογένεση στην διαταραχή φύλου, χρήση των άτυπων αντιψυχωτικών στα παιδιά και τους εφήβους, πρώιμη σχέση παιδιών με καταθλιπτικές μητέρες και ψυχική επικινδυνότητα, η βιολογική υπόθεση στο σύνδρομο Gilles de la Tourette). Οι ανασκοπήσεις γράφονται από έναν έως τρεις συγγραφείς και δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 6000 λέξεις.

4. **Ειδικά άρθρα**: Γράφονται μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής προς συγγραφείς οι οποίοι έχουν διακριθεί σε ένα συγκεκριμένο τομέα ή αντικείμενο στο πεδίο της Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου (μέχρι 5000 λέξεις).

5. **Ερευνητικά άρθρα**: Βασίζονται σε ερευνητικό πρωτόκολλο και αφορούν είτε ποσοτική είτε ποιοτική έρευνα: (π.χ. ψυχικές επιπτώσεις του σεισμού στα παιδιά, προγεννητικές συμπεριφορές σχετικές με την ανάπτυξη δεσμού σε εγκυμονούσες μητέρες, αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με αυτιστική διαταραχή). Τα άρθρα αυτά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 3000 λέξεις.

6. **Κλινικά θέματα**: Αφορά παρουσιάσεις κλινικού υλικού (case studies) ή μελέτες συγκεκριμένων κλινικών θεμάτων, π.χ. η καταθλιπτική σημειολογία στην βρεφική ηλικία, συνοσηρότητα της ψυχαναγκαστικής διαταραχής, ψυχιατροδικαστική εκτίμηση σε παιδιά με διαζύγιο και αντιπαλότητα γονιών, οικογενειακή θεραπεία σε ανορεκτικές εφήβους (μέχρι 2500 λέξεις).

7. **Θέματα γενικού ενδιαφέροντος**: Άρθρα που αφορούν γενικότερα την Παιδοψυχιατρική (θεσμικά), τις δομές και τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, τη Διασύνδεση με άλλες επιστήμες και την Εκπαίδευση (π.χ. οργάνωση μιας υπηρεσίας διασυνδετικής παιδοψυχιατρικής σ' ένα Γενικό Νοσοκομείο, η διενέργεια της πραγματογνωμοσύνης και οι δυσκολίες της, Ξενώνας παραβατικών εφήβων και η αποτίμηση της λειτουργίας του, ρόλοι και όρια ειδικοτήτων στις διεπιστημονικές ομάδες, η εκπαίδευση στην ειδικότητα). Τα άρθρα αυτά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 2.500 λέξεις.

8. **Επιστολές προς τη σύνταξη**: Σχόλια και κρίσεις για ήδη δημοσιευμένα άρθρα ή για επίκαιρα θέματα (μέχρι 400 λέξεις και 2–3 βιβλιογραφικές παραπομπές).

9. **Βιβλιοκριτική**: μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής.

ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΥΛΗΣ

Όλες οι σελίδες αριθμούνται, αρχίζοντας από τη σελίδα τίτλου.

Σελίδα τίτλου: Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου (μέχρι 12 λέξεις), τα ονόματα των συγγραφέων στην ονομαστική, το κέντρο προέλευσης, τη διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που θα επικοινωνεί με το περιοδικό.

Περίληψη: Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη (περίπου 300 λέξεις). Στο τέλος της περίληψης αναγράφονται 4–5 λέξεις ευρετηρίου.

Αγγλική περίληψη: Στην τρίτη σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, 300–500 λέξεων, με επίσης 4-5 λέξεις ευρετηρίου. Στην αρχή της αγγλικής περίληψης αναγράφονται στα Αγγλικά τα ονόματα των συγγραφέων και ο τίτλος του άρθρου.

Κείμενο: Χωρίζεται σε κεφάλαια. Για τις ερευνητικές εργασίες είναι: Εισαγωγή, Υλικό και μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση.

Βιβλιογραφικές παραπομπές: Αναφέρεται το όνομα του πρώτου συγγραφέα ολόκληρο και το έτος δημοσίευσης της εργασίας μέσα στο κείμενο. Στο τέλος του κειμένου συντάσσεται ο βιβλιογραφικός κατάλογος με αλφαβητική σειρά. Στα άρθρα ανασκόπησης και τα ειδικά άρθρα οι βιβλιογραφικές παραπομπές δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 80, στις ερευνητικές εργασίες και τα γενικά άρθρα τις 50, στις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις τις 15 και στα άρθρα σύνταξης και τις επιστολές προς τη σύνταξη τις 5. Οι συντμήσεις των περιοδικών πρέπει να γίνονται με βάση το Index Medicus.

Πίνακες: Γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα. Αριθμούνται ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο, με αραβικούς αριθμούς.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Οι εργασίες υποβάλλονται σε ηλεκτρονική μορφή Word στη διεύθυνση **journal@hscap.gr**. Τα άρθρα γράφονται σε 1.5 διάστιχο, σε γραμματοσειρά arial 12. Οι συγγραφείς προτείνουν υπέρτιτλο (running title) και δηλώνουν την κατηγορία του άρθρου. Η υποβολή συνοδεύεται από επιστολή υπογεγραμμένη από τον υπεύθυνο συγγραφέα για επικοινωνία, ο οποίος δηλώνει ότι όλοι οι συνυπογράφοντες συγγραφείς είναι σύμφωνοι με την υποβολή. Εφόσον το άρθρο γίνει αποδεκτό, αποστέλλεται στους συγγραφείς επιστολή (covering letter) με την οποία μεταξύ άλλων γίνεται και η μεταφορά των δικαιωμάτων στο περιοδικό, με υπογραφή όλων των συγγραφέων καθώς και δήλωση σχετικά με σύγκρουση συμφερόντων.

Instructions to authors

"Child and Adolescent Psychiatry" is the official journal of the Hellenic Society of Child and Adolescent Psychiatry. It is published twice yearly; the first issue is of general thematology while the second one focuses in a specific theme (e.g. psychosomatic disorders in children) which –every two years- may be that of the National Congress of Child and Adolescent Psychiatry.

The Editorial Board is composed of one president and four members. They are nominated every two years by the elected Council of HSCAP.

The journal accepts for consideration original papers with material not previously published or submitted for publication elsewhere.

When a paper is submitted, the authors must choose its category (as specified below), and also declare that they accept the Journal's terms and conditions, and that they transfer all rights to the Journal.

The authors also declare that (a) there was no financial support from any source (if so, they should name it), (b) there is no conflict of interest concerning the material submitted, (c) the protocol of the research has been approved by the Ethics Committee of the Hospital or any Institution within which the research was conducted, according to the ethical standards laid down in the Declaration of Helsinki (1995) as revised in Edinburgh (2000), and (d) all patients gave their informed consent prior to the inclusion in the study.

All submitted papers undergo an initial assessment by the Editorial Board regarding their suitability and quality. This step passed, they are sent for review by two reviewers expert in the field. Reviewers are blinded as to the authors, and they remain anonymous to the authors. For a paper to be accepted both reviewers must be positive; in case of one positive and one negative review, the paper is sent to a third reviewer. The Editorial Board informs the authors after the procedure is over; the reviewers' comments and suggestions for revisions are sent to the authors.

THE BASIC CATEGORIES of papers to be submitted to the Journal are:

1. **Editorial**: Short articles covering topics of particular importance, written by the Editor, the Editorial Board or authors invited by the latter (up to 500 words, 5 references)

2. **Theoretical articles**: papers up to 3000 words treating topics of specific theoretical interest; clinical material may be included (e.g. symbolization in children, body image and adolescence, ethical dimensions in the therapeutic relation etc)

3. **Review articles**: Literature review on concrete issues, e.g., clinical expression and pathogenesis in sex identity disorder, use of atypical neuroleptics in children and adolescents, primary baby interaction with a depressive mother and risk for psychopathology etc). They should not exceed 6000 words.

4. **Special/invited articles**: by invited authors distinguished in specific areas of Child and Adolescent Psychiatry (up to 5000 words).

5. **Research articles**: These articles must be based on research protocol and present results from qualitative or quantitative research (e.g. psychological impact of earthquake on children, behaviors related to bond development in pregnant women, effects of music therapy on autistic children etc). These articles should not exceed 3000 words.

6. **Clinical topics**: Presentation of clinical material/ case studies on specific topics, e.g., depressive symptomatology in babies, comorbidity in OCD, forensic assessment of children in cases of divorce, assessment of family therapy in anorexia nervosa etc (uo to 2000 words).

7. **General articles**: they may reflect opinions on current issues regarding institutional aspects and service development in Child and Adolescent Psychiatry, training in the specialty, relations and limits in respect to other specialties or disciplines etc. (up to 2.500 words).

8. **Letters to the Editor**: Comments and opinions on published articles or current issues (up to 400 words, 2–3 references).

9. **Book review**: on invitation by the Editorial Board.

ARRANGEMENT

All pages must be numbered, starting with the title page.

Title page: Indicates the title (not exceeding 12 words), the names of the authors, the institute / service where the work was conducted, the address and telephone, the e-mail of the author responsible for correspondence.

Abstract: The second page must include an informative abstract of about 300 words with 4-5 key words.

English abstract: The third page must include a more extensive abstract in English of 300-500 words, together with the title, authors' name, institute, address etc, and 4-5 key words, all in English.

Main text: It is divided in sections with subtitles, e.g., for research articles: introduction, method and material, results, discussion.

References: The APA style in used: the name of the first author appears in brackets together with the year of publication. The reference list is in alphabetical order at the end of the text. References should not exceed 80 in Review and special articles, 50 in research and general articles, 15 in clinical and case studies, and 5 in the Editorial and letters to the Editor. Journal abbreviations are according to Index Medicus.

Tables and figures are on separate page, numbered according to the order of appearance in the text.

SUBMISSION

Papers are submitted in electronic form to journal@hscap.gr. Manuscripts are written in Word, 1.5 space, arial 12 fonts. Authors must indicate the type of article (e.g., reaserch, case report etc.) and propose a running title. Submission for consideration is accompanied by a letter signed by the author responsible for correspondence, declaring that all co-authors agree with the submission and accept the terms and conditions of the Journal as stated above. If the article is accepted, then the authors will receive a covering letter from the Editorial Board including all information, agreements, declaration of conflict of interest and transfer of copyright.