

Τόμος 2 • Τεύχος 1-2 • ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2014

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΕΝΩΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

- Εφηβεία, αποδόμηση και η αρχή της μαχίας-χοητείας
- Σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης: συνοπτική παρουσίαση και δεδομένα από μια συνδυαστική νευροαπεικονιστική μελέτη
- Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές: Υπάρχει κοινή βιολογική βάση
- Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη λειτουργία οικογενειών με παιδί με ειδική αναπτυξιακή Διαταραχή
- Η διάγνωση σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 1 και η κρίση στην οικογένεια
- Αυτοτραυματισμός στην εφηβεία
- Συμπτωματολογία οξείας Διαταραχής στρες και μετατραυματικής Διαταραχής στρες σε παιδιά που υπέστησαν σοβαρό τραυματισμό, και στους γονείς τους

Volume 2 • No 1-2 • JANUARY-DECEMBER 2014

Child and Adolescent Psychiatry

JOURNAL OF THE HELLENIC SOCIETY
OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Λεωφόρου 3 & Κατεχάκη - 115 25 ΑΘΗΝΑ

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου

Child & adolescent psychiatry

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΕΝΩΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

JOURNAL OF THE HELLENIC SOCIETY
OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
Έκδοση Ψυχιατρών Παιδιών και Εφήβων

HELLENIC
SOCIETY
OF CHILD
& ADOLESCENT
PSYCHIATRY

Ιδιοκτήτης
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

Owner
HELLENIC SOCIETY
OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Εκδότης
N. Ζηλίκης

Publisher
N. Zilikis

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

EXECUTIVE COMMITTEE

Πρόεδρος
N. Ζηλίκης

President
N. Zilikis

Αντιπρόεδρος
I. Γιαννοπούλου

Vice President
I. Giannopoulou

Γραμματέας
K. Προκοπάκη

Secretary
K. Prokopaki

Ταμίας
O. Πολάκη

Treasurer
O. Polaki

Μέλη
E. Αθανασοπούλου
Φ. Γκιζάρη
A. Μπιτζαράκη

Members
E. Athanassopoulou
F. Gizari
A. Bitzaraki

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ETHICS COMMITTEE

Δ. Γεωργιάδης
Γ. Καρανάνος
A. Κουμούλα
A. Μπέκα
M. Μαρκοβίτης

D. Georgiadis
G. Karantanos
A. Koumoula
A. Beka
M. Markovitis

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

EDITORIAL BOARD

Πρόεδρος
E. Λαζαράτου

President
H. Lazaratou

Μέλη
Δ. Γεωργιάδης
M. Λιακοπούλου
A. Μπέκα
E. Σουμάκη

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

ΕΞΕΛΕΓΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

FINANCIAL CONTROL COMMITTEE

Γ. Γκριτζέλας
E. Μεσσήνη
A. Χαροκόπου

G. Gritzelas
E. Messini
A. Harokopou

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ

EDITING-ADVERTISING

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



3 Adrianou & 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@otenet.gr, e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

Υπεύθυνος τυπογραφείου

Printing supervision

A. Βασιλάκου
Αδριανείου 3 & Κατεχάκη – 115 25 Αθήνα (N. Ψυχικό), Τηλ. 210-67 14 340

A. Vassilakou
3 Adrianou & 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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο Σύνταξης

N. Ζηλίκης 5

Ειδικό άρθρο

Εφηβεία, αποδόμηση και η αρχή της μαγείας-γοητείας
J.P. Matot 6

Γενικά άρθρα

Σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης:
Συνοπτική παρουσίαση και δεδομένα
από μια συνδυαστική νευροαπεικονιστική μελέτη
M. Κυριακόπουλος 23

Νευροαναπτυξιακές διαταραχές:
Υπάρχει κοινή βιολογική βάση;
I. Νησιώτου, Φ. Βλάχος 31

Ερευνητική εργασία

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης
στη λειτουργία οικογενειών με παιδιά
με ειδική αναπτυξιακή διαταραχή
N. Χαβελέ, M. Βλασσόπουλος, E. Λαζαράτου 42

Ανασκοπήσεις

Η διάγνωση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1
και η κρίση στην οικογένεια
Δ. Σιούσιουρα 50

Αυτοτραυματισμός στην εφηβεία
X.B. Καραβέλα, E. Λαζαράτου 58

Κλινικά θέματα

Συμπτωματολογία οξείας διαταραχής στρες
και μετατραυματικής διαταραχής στρες σε παιδιά που
υπέστησαν σοβαρό τραυματισμό, και στους γονείς τους
A. Καλτσά, M. Λιακοπούλου, Δ. Δουμπρού,
M. Πετρόγγονα, M. Λεπενιώτη, A.M. Τσίλια,
I. Φαρμακοπούλου, Γ. Κολαΐτης 68

Βιβλιοκριτική 77

Οδηγίες για τους συγγραφείς 79

CONTENTS

Editorial

N. Zilikis 5

Invited article

Adolescence, déconstruction et principe d'enchantement
J.P. Matot 6

General articles

Early onset schizophrenia:
Brief overview and insights
from a multimodal neuroimaging study
M. Kyriakopoulos 23

Neurodevelopmental disorders:
Is there a common biological base?
J. Nissiotou, F. Vlachos 31

Research article

The effect of the economic crisis
on the functioning of families with children
with specific developmental disorders
N. Chavele, M. Vlassopoulos, H. Lazaratou 42

Reviews

Type 1 diabetes mellitus
and family crisis
D. Sioussioura 50

Self-injury in adolescence
C.V. Karavela, H. Lazaratou 58

Clinical topics

Acute stress and post-traumatic stress symptoms
in children and their parents
after pediatric trauma
A. Kaltsa, M. Liakopoulou, D. Doumprou,
M. Petrongona, M. Lepenioti, A.M. Tsilia,
I. Farmakopoulou, G. Kolaitis 68

Book review 77

Instructions to authors 81

Άρθρο Σύνταξης Editorial

Με ιδιαίτερη ικανοποίηση και χαρά παρουσιάζουμε το δεύτερο τεύχος του περιοδικού της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος – Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων. Κι αυτό γιατί η έκδοση του τεύχους αυτού έπρεπε να υπερβεί σημαντικές οικονομικές δυσκολίες, αλλά και ένα κλίμα αβεβαιότητας που προέκυψε και πάλι με την επανεμφάνιση του Σχεδίου Νόμου για τις Επιστημονικές Ιατρικές Εταιρείες. Όμως, είμαστε εδώ, και προτείνουμε στους συναδέλφους παιδοψυχιάτρους, αλλά και σε κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας του χώρου μας και ευρύτερα της Ψυχιατρικής, ένα τεύχος με ποικίλη, επίκαιρη και, πιστεύουμε, ενδιαφέρουσα θεματολογία.

Το τεύχος αυτό λοιπόν ξεκινά με ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον άρθρο του διακεκριμένου συναδέλφου και αγαπητού φίλου J.P. Matot από το Βέλγιο, ο οποίος μας προτείνει μια νέα ματιά στις διεργασίες της εφηβείας μέσα από αυτό που ονομάζει αρχή της μαγείας-γοητείας (principe d' enchantement). Σε μια πρώτη ενότητα ανασκοπήσεων παρουσιάζονται τα τελευταία δεδομένα από νευροαπεικονιστική μελέτη για τη σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης (Μ. Κυριακόπουλος), και για τον ρόλο γενετικών παραγόντων στις Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (Νησιώτου και Βλάχος), που σίγουρα θα προκαλέσουν συζητήσεις. Μία εργασία από το ΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής παρουσιάζει τα αποτελέσματα έρευνας σχετικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στις οικογένειες με παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές (Ν. Χαβελέ και συν). Μία δεύτερη ενότητα ανασκοπήσεων αφορά, πρώτον, την κρίση σε οικογένεια με διάγνωση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 στο παιδί της (Δ. Σιούσιουρα) και, δεύτερον, στο ζήτημα των αυτοτραυματισμών στην εφηβεία (Καραβέλα και Λαζαράτου). Το τεύχος κλείνει με παρουσίαση από την Παιδοψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ του Νοσοκομείου «Η Αγία Σοφία» της εργασίας μέσα από τη Διασυνδετική/Συμβουλευτική Υπηρεσία που αφορά σε περιπτώσεις μετατραυματικού στρες σε παιδιά με σοβαρά ατυχήματα (Καλτσά και συν).

Η έκδοση του περιοδικού της Εταιρείας μας αποτελεί ένα επιστημονικό βήμα και ταυτόχρονα ένα σημαντικό εκπαιδευτικό μέσο και για τον λόγο αυτόν η ομαλή συνέχισή της και, ακόμα περισσότερο, η έκδοση περισσότερων τευχών ανά έτος θεωρούμε ότι πρέπει να αποτελέσουν έναν από τους κύριους στόχους μας. Όπως και για οτιδήποτε άλλο αφορά στη λειτουργία της Εταιρείας, είναι εκ των ων ουκ άνευ η ενεργός συμμετοχή και στήριξη από τα μέλη της Παιδοψυχιατρικής Κοινότητας.

Ειδικότερα για την έκδοση αυτού του δεύτερου τεύχους οφείλουμε να αναγνωρίσουμε την υπερπροσπάθεια της προέδρου και των μελών της Συντακτικής Επιτροπής, καθώς και να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας προς τον εκδοτικό οίκο για την καλή συνεργασία.

Νίκος Ζηλίκης

Πρόεδρος Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος
Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων

Ειδικό άρθρο
Invited article

ΕΦΗΒΕΙΑ, ΑΠΟΔΟΜΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΜΑΓΕΙΑΣ-ΓΟΗΤΕΙΑΣ

J.P. Matot

*Παιδοψυχίατρος-Ψυχαναλυτής, Διευθυντής του Περιοδικού της Βελγικής Ψυχαναλυτικής Εταιρείας,
Γραμματέας της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ψυχοπαθολογίας του Παιδιού και του Εφήβου*

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2014, 2:6–22

Η διαδικασία ανάπτυξης στην εφηβεία και οι παρεκκλίσεις της, ιδωμένες στην προοπτική κατάκτησης του Εγώ και του κόσμου, ενέχουν μια διπλή διεργασία επαναδιαπραγμάτευσης του πρωταρχικού ναρκισσιστικού συμβολαίου και της μετατροπής της παντοδυναμίας. Αυτές οι δύο διαστάσεις ενέχουν από τη μια πλευρά μια κίνηση αποδόμησης-αναδόμησης η οποία πρέπει να διαφοροποιηθεί από τη καταστροφικότητα. Απ' αυτήν την άποψη είναι χρήσιμο να διαφοροποιήσουμε έναν αντικειμενοτρόπο πόλο και έναν ναρκισσιστικό πόλο στην αποδόμηση, αυτός ο τελευταίος όντας πιο πιθανό να οδηγήσει στην καταστροφικότητα. Και από την άλλη πλευρά η επένδυση των μεταβατικών εξω-οικογενειακών χώρων επιμηκύνει τον χώρο του παιχνιδιού της παιδικής ηλικίας. Αυτή η επένδυση γίνεται σύμφωνα με την αρχή της μαγείας, κάτι ενδιάμεσο ανάμεσα στην αρχή της ευχαρίστησης και της δυσaréσκειας και στην αρχή της πραγματικότητας.

Λέξεις ευρετηρίου: Εφηβεία, κρίση της εφηβείας, ναρκισσιστικό συμβόλαιο, παντοδυναμία, αποδόμηση, αρχή της μαγείας.

Μετάφραση: Μαρία Τσούγκου, Ευαγγελία Κοντογιάννη, Μίνα Παλαιολόγου, **Επιμέλεια:** Ελένη Λαζαράτου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δύο βασικοί άξονες μου ήρθαν διαδοχικά στον νου, που αφορούν σε σκέψεις που κάνω τα τελευταία χρόνια πάνω στις εξελικτικές διαδικασίες της εφηβείας: Η έννοια της αποδόμησης και αυτή της μαγείας-γοητείας. Οι δύο αυτές διαστάσεις διευκολύνουν την κατανόηση τόσο της φυσιολογικής ανάπτυξης, όσο και των παθολογικών ψυχικών διεργασιών της εφηβείας. Η επεξεργασία αυτών των δύο δυναμικών είναι πλέον κεφαλαιώδους σημασίας στη θεραπευτική δουλειά μου πάνω στους εφήβους και το περιβάλλον τους.

Η βάση αυτών των δύο αξόνων, είναι το άγνωστο που μας περιβάλλει, το άγνωστο που υπάρχει μέσα μας, το άγνωστο που κρύβεται πίσω απ' όσα αναλαμβάνουμε, το άγνωστο που είναι η γοητεία της θεραπευτικής μας δουλειάς. Ζούμε μέσα στο άγνωστο διαρκώς, παντού, αλλά το μεγαλύτερο διάστημα δεν το σκεφτόμαστε. Το άγνωστο είναι ο καμβάς της ζωής μας, είναι το γενικό πλαίσιο μέσα στο οποίο καταγράφονται οι διαδικασίες της αποδόμησης και της μαγείας-γοητείας.

Δεν θεωρώ πως οι απόψεις μου είναι ιδιαιτέρως πρωτότυπες ή καινοτόμες. Αντιθέτως, πρόκειται για πράγματα μάλλον τετριμμένα και συνηθισμένα, τα οποία βιώνουμε και πραγματοποιούμε με τον πιο φυσικό τρόπο. Αυτό όμως στο οποίο πρέπει να εστιάσουμε, είναι ότι τα ανωτέρω δεν προσελκύουν συνήθως το ενδιαφέρον μας, γιατί τα θεωρούμε αυτονόητα και δεν λαμβάνουν την προσοχή που τους αρμόζει.

Οι ψυχικές διεργασίες κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οδηγούν στο να περνάς από έναν κόσμο σε έναν άλλο, να αντιμετωπίζεις το άγνωστο. Αυτή τη διαδικασία, ο R. Cahn (1994, 2000) ονόμασε υποκειμενοποίηση. Αυτός ο όρος όμως είναι ασαφής, αν εξαιρέσουμε τη σιωπηρή του αναφορά στην έννοια του υποκειμένου, κι εγώ θα χρησιμοποιούσα καλύτερα τον όρο ιδιοποίηση.

Δεν πιστεύω πως αυτή η έννοια του υποκειμένου μάς είναι ιδιαιτέρως χρήσιμη. Από τη μια πλευρά, γιατί φέρνει εμμέσως σε αντίθεση υποκείμενο και αντικείμενο και αυτή η αντίθεση σβήνει αυτό που κατά την άποψή μου είναι απαραίτητο για την ύπαρξή μας, όπως και για τις ψυχαναλυτικές θεραπείες: τον χώρο όπου δεν υπάρχει ούτε υποκείμενο, ούτε αντικείμενο, τον χώρο όπου η διάκριση μεταξύ υποκειμένου και αντικειμένου ξεθωριάζει μέχρι να σβήσει, γίνεται ειλικρινής. Και από την άλλη πλευρά, αυτή η έννοια του

υποκειμένου συνδέεται εμμέσως με μία στάση δράσης που μου φαίνεται περιοριστική σε σχέση με την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης ύπαρξης μέσα στο περιβάλλον της. Προτιμώ λοιπόν να μιλάω για Εαυτό ή τον άλλον, αντί για υποκείμενο, αλλά αυτή η συζήτηση ξεφεύγει από το πλαίσιο του παρόντος άρθρου.

Η δουλειά που γίνεται στην εφηβεία χαρακτηρίζεται από την επιτέλεση των διαδικασιών που επιτρέπουν το πέρασμα από έναν κόσμο, αυτόν της παιδικής ηλικίας, σε έναν άλλο, τον οποίον κανείς αντιλαμβάνεται, βλέπει, προαισθάνεται, αλλά δεν τον έχει ακόμα πειραματιστεί, ούτε ζήσει. Αυτή η δουλειά δεσμεύει τον ναρκισσισμό σε δύο διαφορετικά επίπεδα, ή καλύτερα, σε δύο συνιστώσες συμπληρωματικές, αλλά ξεχωριστές του ναρκισσισμού. Το ένα επίπεδο είναι αυτό της στήριξης του ναρκισσισμού από τους δεσμούς και τις οικογενειακές και κοινωνικές δομές. Είναι το ερώτημα του ναρκισσιστικού ή ναρκισσικού συμβολαίου και των διαδικασιών αποδόμησης. Το άλλο επίπεδο είναι εκείνο της θέσης που κατέχει η παντοδυναμία στην οικονομία του πρωτογενούς ναρκισσισμού και των μετασχηματισμών του. Είναι αυτό το οποίο προσεγγίζω υπό το πρίσμα της έννοιας της μαγείας-γοητείας.

Σε αυτά τα δύο επίπεδα, το πέρασμα από τον έναν κόσμο στον άλλον είναι ένα δύσκολο εγχείρημα, που ενέχει κινδύνους, και παρόλ' αυτά αναγκαίο για τα άτομα, αλλά εξίσου σημαντικό και για τις κοινωνίες.

Τα επεισόδια αποπροσωποποίησης στην εφηβεία δίνουν μια εικόνα ιδιαιτέρως προφανή:

Ο Réginald, 15 ετών, διανύει περιόδους στις οποίες τα άγχη του γίνονται κατακλυσμιαία πυροδοτώντας ένα είδος «τρέλας της αμφιβολίας» και εμμονικά ερωτήματα που έχουν να κάνουν σε μεγάλο βαθμό με τους γονείς του: τον πατέρα του, με άγχη που σχετίζονται με τη σωματική υγεία, τη μητέρα του, με άγχη σε νοητικό-πνευματικό επίπεδο. Η αγχώδης προσμονή, η υποχονδριακή αυτο-παρατήρηση, τα αδιάλειπτα ερωτήματα που απευθύνονται στους γονείς του και οι πάντα αναποτελεσματικές προσπάθειες των τελευταίων να τον καθησυχάσουν, απασχόλησαν αρκετούς μήνες τη ζωή του. Κατά τη διάρκεια μιας κρίσης αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης, που λαμβάνει τη μορφή μιας «απουσίας», ο Réginald πλημμυρίζεται από κατακλυσμιαία άγχη: αυτό που ζει και που έχει ζήσει έως τώρα, είναι πραγματικό ή κάτι το τεχνητό, μια σκηνή από ταινία που κάποια στιγμή θα σταματήσει; Αυτά τα ερωτήματα

πάνω στην πραγματικότητα των γεγονότων και του διηγετικού τους, παίρνουν διάφορες μορφές χωρίς τέλος. Ο πόνος είναι πολύ έντονος, ο έφηβος είναι χλωμός, καθηλωμένος από την αγωνία. Ολοκληρωτικά κατακλυσμένος από αυτές τις ερωτήσεις, δεν κοιμάται πια, κάθε στιγμή της ζωής του είναι ένα μαρτύριο, άγνωστος στον εαυτό του και τους άλλους, μπροστά σε μια επικείμενη καταστροφή που θα επιβεβαιώνει τους χειρότερους φόβους του ότι τίποτα δεν υπάρχει, ότι όλα είναι ψεύτικα, μόνο προσποίηση, και ότι όλα όσα νόμιζε ότι ήταν η ζωή του, οι δεσμοί του, η πραγματικότητά του, σβήνουν μέσα σε μια ομίχλη απ' την οποία θα αναδυόταν η ανυπαρξία. Συνεχίζει να πηγαίνει στο σχολείο, αλλά κυριεύεται διαρκώς από τα άγχη και τις αμφιβολίες του, καθώς και από φόβους αυτού που ονομάζει «απώλεια του ελέγχου»: το να διαπράξει βιαιότητες σε μια προσπάθεια να βεβαιωθεί για την πραγματικότητα των όσων διαδραματίζονται να εκσφενδονίσει ένα τετράδιο, να αναποδογυρίσει μια καρέκλα, να σπάσει ένα πλακάκι. Για να καταφέρει να ελέγξει τον εαυτό του, περνάει τον χρόνο του στέλνοντας δεκάδες μηνύματα μέσω κινητού στους γονείς του, για να τους περιγράψει αυτό που αισθάνεται, να τους ρωτήσει αν πιστεύουν ότι θα αντέξει και να τον βεβαιώσουν ότι θα έρθουν να τον βρουν στην περίπτωση που δεν αντέξει. Η παρέμβασή μου στο τέλος της πρώτης συνεδρίας, συγκεντρώνοντας τα στοιχεία του οικογενειακού ιστορικού παρουσία των γονέων, τόνισε το γεγονός ότι τα άγχη του Réginald αντικατοπτρίζουν, κατά τη γνώμη μου, μια πραγματικότητα: ο Réginald, ως ο πρωτότοκος γιος, προαισθάνεται ότι αυτός ο κόσμος της παιδικής ηλικίας που γνώρισε, και που οι προστατευτικοί γονείς του δημιούργησαν γύρω του ως έναν χώρο ασφάλειας, στοργής, εμπιστοσύνης, σεβασμού και ειρήνης, δεν είναι η πραγματικότητα του κόσμου με την οποία, ως άτομο, θα πρέπει να έρθει αντιμέτωπος. Και υπογραμμίζω ότι η «δυσφορία» που τόσο ωραία περιέγραψε, μας προσφέρει μια αναπαράσταση του τρόπου με τον οποίο παρουσιάζεται στον ίδιο η δουλειά που χρειάζεται να κάνει: πώς περνάει κανείς από έναν χώρο σε έναν άλλο; Αυτό που θα μπορούσε να φαίνεται σαν μια μετάβαση, του παρουσιάζεται σαν ένα «κενό», κι αυτό το κενό δεν μπορεί να δώσει στο μέλλον, παρά ένα αίσθημα εξωπραγματικού, μια απόσταση απέναντι στα πράγματα και στον ίδιο του τον εαυτό. Αυτό το αίσθημα της μη πραγματικότητας εμμέσως εμπεριέχει την τωρινή του ζωή, η οποία σ' αυτό το πέρασμα που ξεκινάει γι' αυτόν, δεν είναι το ίδιο πραγματική όπως ήταν στην οικογενειακή θαλπωρή της παιδικής του ηλικίας. Λέω στον Réginald πως το άγχος του μου φαίνεται κατανο-

ητό και δίκαιο, αλλά πως πρέπει να καταφέρουμε να το κάνουμε πιο υποφερτό, ώστε να ξαναβρεί τους τρόπους και τις δυνάμεις για να ανοικοδομήσει αυτή τη νέα πραγματικότητα ενός κόσμου που δεν γνωρίζει ακόμα. Με το πέρασμα των εβδομάδων, το άγχος του Réginald γίνεται πιο υποφερτό, αλλά τα ερωτήματα που τον βασανίζουν παραμένουν παρόντα: έχει την εντύπωση ότι βλέπει τον κόσμο πίσω από μια οθόνη και έχει αμφιβολίες όσον αφορά στην τρισδιάστατη υπόσταση των έμψυχων και άψυχων αντικειμένων. Τελειώνει διατυπώνοντάς το ως εξής: τώρα, ξέρω ότι εγώ είμαι «εγώ-ο εαυτός μου» και πως οι άλλοι είναι «αυτοί», αλλά δεν μπορώ να είμαι σίγουρος πως οι άλλοι αισθάνονται ότι είναι «εγώ» και ότι βλέπουν εμένα σαν «αυτός». Δεν ενοχλεί πλέον τόσο τους γονείς του και κρατάει τα ερωτήματά του για τις συνεδρίες μας, που φαίνεται να τον καθησυχάζουν.

Οι παρεμβάσεις μου τοποθετούνται σε τρία επίπεδα: να προσπαθήσει να κάνει συνδέσεις ανάμεσα στα άγχη του και στους μετασχηματισμούς των όσων έχει ζήσει στις σχέσεις του με τους γονείς του, με το σώμα του, με τη σεξουαλικότητά του. Να εξερευνήσει την αναστολή των επιθετικών εκδηλώσεων απέναντι στον ίδιο, και απέναντι στην οικογένειά του, και τον ρόλο που αυτό μπορεί να παίζει στις αμφισβητήσεις του όσον αφορά στην πραγματικότητα των καταστάσεων. Και να ανταλλάξουμε απόψεις πάνω στις αντιλήψεις μας, κατά τη διάρκεια των συνεδριών, για να κατανοήσουμε τις ομοιότητες και τις διαφορές.

Αυτή η παρατήρηση, εικονογραφεί ένα διπλό αδιέξοδο: η αποδόμηση της οικογενειακής δομής δεν μπορεί να γίνει, παρά με πολύ περιορισμένο τρόπο, με αμοιβαίες υποχωρήσεις, ο ανταγωνισμός δεν αναδύεται, η ζωτική επιθετικότητα δεν μπορεί να ξεδιπλωθεί, δεν γίνεται σε καμία στιγμή αντιληπτή. Και από την άλλη πλευρά, η προσαρμογή στην πραγματικότητα δεν αφήνει καθόλου χώρο στον Réginald για την έκφραση φαντασιώσεων ή επιθυμιών εμποτισμένων με φαντασιωσική ζωή.

Το ερώτημα που αφορά στην εφηβεία ως πέρασμα από έναν κόσμο σε έναν άλλο, θα μπορούσε να μελετηθεί από δύο τουλάχιστον διαφορετικές οπτικές:

Από τη μια πλευρά, σαν αναδιαμόρφωση των ταυτίσεων, με την προοπτική μιας προσαρμογής της ναρκισσικο-αντικειμενοτρόπου ισορροπίας που οι εργασίες του Ph. Jeammet (1980, 1983, 1990, 1991, 2000, 2004) τοποθέτησαν με ακρίβεια. Αυτή η προσαρμογή και οι ταυτισιακοί ανασχηματισμοί, θέτουν σε κίνδυνο την ποιότητα του πρωτογενούς ναρκισ-

σισμού, που ο Jeammet την προσεγγίζει από άποψη διαθεσιμότητας των αυτο-ερωτισμών, δηλαδή ενδοβολή των εμπειριών ικανοποίησης στον πρωταρχικό δεσμό με το αντικείμενο. Αυτή η προοπτική είναι πολύ γνωστή, γι' αυτό και δεν θα μακρηγορήσω.

Η άλλη οπτική γωνία, προέρχεται από το έργο της Piera Aulagnier (1975), που συνεχίστηκε από τον René Kaës (2009), το οποίο ενσωματώνει το κοινωνικο-πολιτισμικό υπόβαθρο στη μετα-ψυχολογική σκέψη και πλαισιώνει κατά κάποιον τρόπο το προηγούμενο ταυτισιακό υπόβαθρο.

Προς υπενθύμιση, η Aulagnier στο βασικό της έργο «Η βία της ερμηνείας» (1975) ορίζει το ναρκισσιστικό συμβόλαιο ως εκείνο το οποίο καταγράφει το νεογέννητο, πέρα από, και διαμέσου της οικογένειάς του, εντός της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει, με την οποία μοιράζεται ένα σύνολο πεποιθήσεων και αξιών μυθικών, επιστημονικών και ιδεολογικών. Όλα τα ανωτέρω έχουν έναν χαρακτήρα σιγουριάς και τα ονομάζει «εκφερόμενα του λόγου που ορίζουν τη βασική θέση του υποκειμένου». Η ομάδα αποδίδει στο παιδί που θα γεννηθεί μια θέση μέσα σε αυτήν, το εγγράφει εκ των προτέρων ως μέλος της, συνθέτοντας έτσι την πρωταρχική του ταυτότητα. Αυτή όμως η ταυτισιακή εγγραφή αποτελεί μια συμφωνία που υποθέτει, για τον ίδιο λόγο, ότι το παιδί θα διασφαλίσει τη διά βίου στήριξη της ομάδας. Μ' αυτήν την έννοια, το ναρκισσιστικό συμβόλαιο φέρει το στήριγμα της ομάδας που είναι αναγκαίο για τη θέσπιση του πρωτογενούς ναρκισσισμού, και ταυτοχρόνως επιβάλλει μια πρώιμη κοινωνική βία για την εξέλιξη της ταυτότητας.

Ο René Kaës (2009) τοποθετεί το ναρκισσιστικό συμβόλαιο στο πιο ευρύ φάσμα των ασυνείδητων συμμαχιών, αλλά διαχωρίζοντας ένα αρχικό ναρκισσιστικό συμβόλαιο (αυτό που αποτελεί τα θεμέλια της ανθρώπινης πλευράς του ατόμου, και το οποίο δέχεται επίθεση από την καταστροφικότητα της γενοκτονίας), ένα πρωτογενές ναρκισσιστικό συμβόλαιο, το οποίο είναι εκείνο που περιγράφεται από την Aulagnier και το οποίο εντάσσει το παιδί στην κοινωνική του ομάδα, στα πλαίσια της οικογένειάς του, και ένα δευτερογενές ναρκισσιστικό συμβόλαιο που είναι το αποτέλεσμα της οικειοποίησης από το άτομο αυτής της πρωτογενούς εγγραφής στο κοινωνικό πεδίο μέσα από τη διαδικασία ένταξης στην ενήλικη ζωή.

Η ανάκτηση του πρωτογενούς ναρκισσιστικού συμβολαίου και η διαπραγμάτευση ενός δευτερογενούς ναρκισσιστικού συμβολαίου είναι ένα αναγκαίο

εγχείρημα και αποτελεί, από την άποψη της σχέσης του ατόμου με τις ομάδες στις οποίες ανήκει και της εξέλιξης των κοινωνιών, το κύριο θέμα της εφηβείας.

Η «κρίση της εφηβείας»:

Μια αμυντική εφεύρεση των ενηλίκων

Η δουλειά της εφηβείας είναι λοιπόν ταυτοχρόνως η συνθήκη ανάδυσης μιας ενήλικης ζωής που μπορούμε να πούμε ότι είναι αυθεντική, αλλά είναι επίσης και αυτή που δημιουργεί τις δυνατότητες εξέλιξης των κοινωνιών.

Για τον λόγο αυτόν, η έκφραση «κρίση της εφηβείας» είναι εντελώς ανεπαρκής: αυτή η έκφραση, η οποία πλέον αποτελεί μέρος των κοινοτοπιών της σύγχρονης δυτικής κουλτούρας, οδηγεί σε μια έμμεση υποτίμηση του δύσκολου έργου της αποδόμησης και της μαγείας-γοητείας, που προσπαθεί να πραγματοποιήσει μεγάλος αριθμός εφήβων.

Συμπυκνώνει και συγχέει, στην πραγματικότητα, δύο διαστάσεις, των οποίων τροποποιεί ταυτοχρόνως εις βάθος τη σημασία και την έκταση.

Η πρώτη διάσταση είναι εκείνη μιας διαδικασίας εξέλιξης στην εφηβεία, που προϋποθέτει μια σειρά μετατροπών και ανασχηματισμών, που δεν παίρνουν απαραίτητα τη μορφή «κρίσεων».

Η δεύτερη διάσταση είναι εκείνη του κοινωνικού μετασχηματισμού, του οποίου είναι φορέας κάθε γενιά εφήβων. Μπορούμε να πούμε, από αυτήν την οπτική γωνία, πως η εφηβεία δημιουργεί μια δυνατότητα εξέλιξης της κοινωνίας που μπορεί κάποιες φορές να παίρνει τη μορφή κρίσεων που συμβαίνουν στις αμοιβαίες συνδέσεις των λειτουργιών της οικογένειας, των θεσμών και της κοινωνίας.

Η εφηβεία δεν είναι μια κρίση, μια στιγμή παρόξυνσης εντάσεων και λανθανόντων συγκρούσεων. Είναι –όταν όλα πάνε αρκετά καλά– μια άνοδος, με προοδευτική δύναμη, ενός δυνατού ζωτικού ρεύματος, δυνητικά δημιουργικού, που βγαίνει από το παιδικό κρεβάτι του, για να πλημμυρίσει χώρους – και είναι ενδιαφέρον ότι βρίσκει τέτοιους χώρους στη διάθεσή του. Το ρεύμα αυτό είναι το αποτέλεσμα της συνάθροισης σε σύντομο χρονικό διάστημα μιας τριπλής ώθησης: σωματικής-ορμονικής, που εγκαινιάζει τους εφηβικούς μετασχηματισμούς, γνωσιακής, με πρόσβαση στην αφηρημένη σκέψη και κοινωνικής, που αφορά στις πολιτισμικές αναπαραστάσεις, που εκφράζονται διαμέσου των προσδοκιών και των φόβων των ενη-

λίκων σε σχέση με τα παιδιά τους. Κάθε παιδί, με τις σωματικές και γνωσιακές ιδιαιτερότητές του, καθώς και με τον δικό του οικογενειακό και πολιτισμικό περίγυρο, δεν έχει από εδώ και στο εξής άλλη επιλογή με την έλευση της εφηβείας –εκτός αν θυσιάσει σημαντικά κομμάτια της ζωτικότητάς του– παρά να εμπλακεί σε δοκιμαστικές αλλαγές της σχέσης του με τον εαυτό του και τους άλλους, προσπαθώντας να ενσωματώσει περισσότερο ή λιγότερο αρμονικά τα όσα έχουν επιτευχθεί, αλλά και τα σφάλματα της προηγούμενης εξέλιξής του, στους νέους χώρους που ανακαλύπτει.

Θα πρέπει, παρόλ' αυτά, να λάβουμε υπ' όψιν μας την κοινωνική αναπαράσταση της «κρίσης της εφηβείας», η οποία μεταφράζει μια σχετική αντίληψη που έχουν οι ενήλικες στον δυτικό πολιτισμό για την εφηβεία. Πράγματι, φέρνει στην επιφάνεια, όπως κάθε πολιτισμική αναπαράσταση, μια ισχυρή προβλεψιμότητα: αυτό το οποίο περιμένουμε, το οποίο προσδοκούμε ή φοβόμαστε έχει μια τάση να συμβαίνει, με την έννοια ότι θα ερμηνεύαμε οικειοθελώς με αυτήν την οπτική γεγονότα τα οποία, εάν είχαμε άλλες προκαταλήψεις, θα είχαν ερμηνευθεί διαφορετικά. Οι έφηβοι, έχουν μια τάση να αναλάβουν τον ρόλο που τους έχει ανατεθεί. Κορίτσια και αγόρια θα ασχοληθούν με το να εκδηλώσουν την αναμενόμενη «κρίση», σύμφωνα με τα πολιτιστικά στοιχεία ίδια της ταυτότητας του φύλου τους.

Όλα τα ανωτέρω, μας επιτρέπουν οπωσδήποτε να επιβεβαιώσουμε πως η «κρίση» λόγω των αλλαγών της εφηβείας σε ένα συγκεκριμένο άτομο, δεν αποτελεί κριτήριο καλής ή κακής ψυχικής υγείας. Αρχικά, γιατί η «κρίση» συμβαίνει απαραίτητως σε έναν νέο, στα πλαίσια της οικογένειάς του. Μια οικογένεια μπορεί να θεωρεί ως «κρίσιμα» κάποια γεγονότα, τα οποία κάποια άλλη θα ενσωμάτωνε στην αντίληψή της περί συνηθισμένων περιπετειών της ζωής. Έπειτα, μερικές θορυβώδεις εκδηλώσεις –ενοχλητικές για την οικογένεια και την κοινωνία– της προσωπικής ανάπτυξης ενός νέου, μπορούν να απεικονίζουν την έκφραση της ταυτότητας που εγκαθίσταται ισχυρά, ή εξίσου μπορεί να κρύβουν μια αδυναμία εξέλιξης των τρόπων λειτουργίας που βρίσκονται σε αδιέξοδο και είναι ασύμβατες με τη συνέχιση μιας αυθεντικής και ζωντανής προσωπικής ανάπτυξης. Ένας νέος που δεν δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα στους γονείς του, μπορεί να είναι στον δρόμο προς την αυτοδημιουργία με τον δικό του ρυθμό, μέσα σε ένα περιβάλλον ικανοποιητικά δομημένο και ευέλικτο, ή αντιθέ-

τως να βυθίζεται σε μια διαδικασία εγκλεισμού που εγκαθίσταται σταδιακά με τη συνειδητή ή ασυνείδητη συνενοχή των γονιών του.

Η κατευθυντήρια γραμμή όλων των επαγγελματιών που, στο πεδίο των αρμοδιοτήτων τους, έχουν την έγνοια της προσφοράς στην εξέλιξη των εφήβων, αλλά και να του επιτρέψουν να συνεισφέρουν στη ζωτικότητα των κοινωνιών, η καλύτερη δυνατή υποδοχή είναι πολύ απλή σε θεωρητικό επίπεδο και πολύ δύσκολη στην πράξη: να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν όρια ασφαλείας που είναι ταυτόχρονα ζωντανά και στέρεα, και να επιτρέψουν την εκδήλωση όσο το δυνατόν περισσότερων, χώρων πειραματισμού, μέσα σ' αυτά τα όρια, που να επιτρέπουν απ' τη μία τη διεύθυνση της εξάρτησης με την αποδόμηση, και απ' την άλλη την κοινωνικοποίηση της παντοδυναμίας μέσα στη μαγεία του κόσμου.

Η αποδόμηση

Οι δύο αρχές που οργανώνουν την ανάπτυξη, στις οποίες θέλω να επισημάνω την προσοχή, αποδόμηση και μαγεία-γοητεία, δεν είναι αποκλειστικές της εφηβείας. Εντοπίζονται καθόλη τη διάρκεια της ζωής, από την παιδική ηλικία μέχρι τα γηρατειά, αλλά κατά τη διάρκεια της εφηβείας αποκτούν μια εξέχουσα θέση και σημασία. Σ' αυτό το άρθρο, θα ασχοληθώ με τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν σε τέσσερεις διαφορετικούς τομείς: το σώμα, τους γονείς, τα εργαλεία και τις δομές.

Η βία της αποδόμησης έρχεται σε αντίθεση με τη βία του ναρκισσιστικού συμβολαίου, που αριστοτεχνικά εξηγήθηκε από την Piera Aulagnier (1975), στη γραμμή που είχε ξεκινήσει ο Freud, ο οποίος στην «Εισαγωγή στον ναρκισσισμό» (1914) και έπειτα στην «Ψυχολογία του πλήθους και ανάλυση του Εγώ» (1921), είχε αναφερθεί στο Ιδεώδες του Εγώ σαν κοινό σχηματισμό στον ψυχισμό του ατόμου και στις κοινωνικές ομάδες: «Κάθε άτομο είναι ένα μέρος αποτελούμενο από πολλαπλές μάζες με τις οποίες συνδέεται μέσω ταύτισης με πολλές κοινές πλευρές και χτίζει το Ιδανικό του Εγώ σύμφωνα με ποικίλα μοντέλα. Κάθε άτομο έχει έτσι πρόσβαση σε ποικίλες ψυχικές μάζες, εκείνη της φυλής του, της τάξης, της κοινής πίστης, της ομάδας στην οποία ανήκει κ.λπ. και μπορεί πέρα από αυτά να ανυψωθεί έως ένα σημείο αυτονομίας και αυθεντικότητας» (Freud 1921). Σε αυτό το κείμενο, βλέπουμε καθαρά πως ο Freud περνάει από την υποκειμενικότητα (οι δεσμοί μεταξύ των α-

τόμων που βασίζονται σε μηχανισμούς ταύτισης, στη διυποκειμενικότητα, όρος που προτάθηκε από τον R. Kaës (2009) για τον ορισμό αυτής της «ψυχής των μαζών» που ενώνει τα άτομα ενός ίδιου πολιτισμού.

Το ναρκισσιστικό συμβόλαιο «αφαιρεί από τον πρωτογενή ναρκισσισμό του ατομικού Εγώ και συμβάλλει στη δημιουργία ενός τμήματος που εξασφαλίζει τη συνέχεια της ομάδας, απαραίτητη προϋπόθεση για τη συνέχιση του άλλου». Με αυτήν την αφαίρεση, δημιουργεί (και επιβάλλει) ένα Ιδανικό του Εγώ μοιρασμένο, και κοινά αντικείμενα για να επενδυθούν ναρκισσιστικά (Kaës 2009).

Η εφηβεία είναι, εξαιτίας της βιασύνης στη σύναψη μιας νέας σχέσης του εφήβου με τους γονείς του, τους συνομηλίκους και τις κοινωνικές δομές, ο πρώτος χρόνος ύπαρξης όπου οι όροι του ναρκισσιστικού συμβολαίου θα μπορέσουν πραγματικά να γίνουν αντιληπτοί ως συζητήσιμοι, διαπραγματεύσιμοι, ακόμα και τροποποιήσιμοι.

Το ναρκισσιστικό συμβόλαιο, που προϋπάρχει στο άτομο, του προσδιορίζει τη θέση που θα κατέχει, καθορίζει τα όρια ενός Ιδεώδους του Εγώ μοιρασμένου, και επιβάλλει τη διασφάλιση, όταν έρθει η στιγμή, της ενότητας της ομάδας και των ταυτισιακών μεταβιβάσεων.¹ Η ασυμμετρία συνιστά ένα χαρακτηριστικό αυτού του συμβολαίου: το παιδί που έρχεται στον κόσμο και το οποίο στη συνέχεια μεγαλώνει με όσα του προσφέρουν οι γονείς του, βρίσκεται παγιδευμένο ανάμεσα σε δυσκολίες, σε προσδοκίες, σε χρέη, σε διαγενεαλογικές συνδέσεις αλλά και μεταξύ πολιτισμών, των οποίων δεν είναι σε θέση προφανώς να κατανοήσει την επίδραση και τη δύναμη. Στην εφηβεία, αυτή η ασυμμετρία αποτελεί, μαζί με τις σωματικές αλλαγές της ήβης, μια μείζονα πηγή παθητικότητας.

Αυτό το παράδοξο μιας «αντι-ναρκισσιστικής» επιθετικότητας συναφούς με το ναρκισσιστικό συμβόλαιο, το οποίο παρόλ' αυτά συνιστά τη βάση του ναρκισσισμού, επιβάλλει στον έφηβο μια δουλειά μετασχηματισμού, το οποίο κάνει συμβατό το γεγονός ότι είσαι ο εαυτός σου και ότι ταυτόχρονα είσαι και κοινωνικό ον. Αυτή η δουλειά μετασχηματισμού συνεπάγεται τη διάνοιξη ενός δρόμου αποδόμησης

και θα λάβει μια ιδιαίτερως σημαντική θέση στην εφηβεία με την ενόρμηση της ήβης. Αυτή η κίνηση διεκδικεί όχι μόνο «το δικαίωμα να καταλάβει μια θέση ανεξάρτητη από τη μοναδική γονεϊκή ετυμγορία» (Aulagnier 1975), με όσα συνεπάγεται όσον αφορά την τροποποίηση της ισορροπίας φαντασίωσης/συμβολισμού, αλλά επίσης –και δίχως αμφιβολία– το δικαίωμα να κατασκευάσει, στα πλαίσια της κοινωνίας, μια θέση η οποία διατηρεί τις συνθήκες μιας αυθεντικής αίσθησης εαυτού. Η ανάδυση του δευτερογενούς ναρκισσιστικού συμβολαίου γίνεται στα μεσοδιαστήματα μεταξύ των όρων του πρωτογενούς ναρκισσιστικού συμβολαίου μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας, οι οποίοι αναδιαμορφώνονται στα πλαίσια της οικογένειας, και εκείνων που ανακαλύπτει το παιδί και ύστερα ο έφηβος στις επαφές του με τις κοινωνικές δομές (και συγκεκριμένα το σχολείο) από τη μια πλευρά, και με τους συνομηλίκους του από την άλλη.

Ο χώρος του παιχνιδιού συνιστά, από την αρχή της ζωής, τον κύριο τόπο ανάπτυξης των μηχανισμών αποδόμησης/αναδόμησης που επιτρέπουν, έως έναν βαθμό, μια προσωπική ανάπτυξη ή εξέλιξη που αναγράφεται στο πρωτογενές ναρκισσιστικό συμβόλαιο, που επιτρέπει όμως σε αυτούς τους μηχανισμούς να λειτουργήσουν. Αυτό το «συγκεκριμένο σημείο» θα πρέπει να ξεπεραστεί στην εφηβεία, όταν η δουλειά της ιδιοποίησης που πρέπει να πραγματοποιηθεί απαιτεί αλλαγές που σηματοδοτούνται, γίνονται αναγνωρίσιμες και αφήνουν τα ίχνη τους στην πραγματικότητα του σώματος και στην πραγματικότητα της σχέσης με τους άλλους και τον κόσμο. Οι μηχανισμοί δόμησης/αποδόμησης δεν μπορούν πλέον να λειτουργούν μόνο στους ενδιάμεσους χώρους της οικογενειακής ζωής, θα πρέπει να βρουν ενδιάμεσους χώρους της κοινωνικής ζωής που θα μπορέσουν να τους υποδεχθούν. Η αυξανόμενη περιπλοκότητα των ανθρώπινων κοινωνιών, η οποία συνδέεται κατά κύριο λόγο με την τεχνολογική πρόοδο και με τον πληθωρισμό της πληροφόρησης, καθώς και με την ταχύτητα των αλλαγών που μειώνουν τη σχετικότητα των διαγενεαλογικών ορόσημων, επιβάλλουν στους εφήβους μια δουλειά ιδιοποίησης ολοένα αυξανόμενη, η οποία ταυτόχρονα απαιτεί περισσότερο χρόνο- παρατείνοντας μία «μετα-εφηβεία» που μοιάζει κάποτε ατέλειωτη-αλλά επίσης και ποικίλους χώρους για παιχνίδι, χωρίς αμφιβολία με περισσότερο ρίσκο (τουλάχιστον στα μάτια των ενηλίκων).

¹ Το «Χρέος της ζωής» που περιγράφηκε από τη M. Bydlowski (1997) για να εικονογραφήσει μια όψη της σχέσης μητέρας-κόρης ιδιαίτερως ενεργή μέσα στους μηχανισμούς γονεϊκότητας, αποτελεί μία από τις διαστάσεις του ναρκισσιστικού συμβολαίου.

Για τον έφηβο του σήμερα, ένας από τους προνομίους χώρους του παιχνιδιού έγκειται στην πρόσβαση στο διαδίκτυο εξαιτίας της προσβασιμότητας, της δεκτικότητας, της πολυμορφίας και της εμφανούς ελευθερίας που προσφέρει. Οι εικονικοί κόσμοι του διαδικτύου προσφέρουν στον έφηβο απaráμιλλες ευκαιρίες να βιώσει τις «υπό δοκιμή» διευθετήσεις και μετατροπές ταυτότητας, προετοιμάζοντας ή συνοδεύοντας την επαναδιαπραγμάτευση του νάρκισσιστικού συμβολαίου.

Ο χώρος του παιχνιδιού, ο οποίος συνδέεται με αυτόν των αρχαίων τελετουργιών του περάσματος (από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή), δεν τελειώνει προφανώς στην εφηβεία. Έχει σαν λειτουργία να δημιουργήσει στα μέλη μιας κοινωνίας, καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους, διαμεσολαβητικές περιοχές όπου εξελίσσεται η συγκρουσιακή προβληματική του νάρκισσιστικού συμβολαίου. Ωστόσο, η κοινωνική ανοχή σε αυτούς τους «διαμεσολαβητικούς χώρους», όπως η ένταξή τους –απαραίτητα συγκρουσιακή– στον κοινωνικό χώρο, είναι ακόμη πιο προβληματική, γιατί αναμένεται από τους ενήλικες –περισσότερο ακόμη από ό,τι στους εφήβους– μια συμμόρφωση στα κυρίαρχα μοντέλα της κοινωνικής ένταξης. Αυτές οι διαμεσολαβητικές ζώνες, ενδιάμεσες ή περιθωριακές, αποτελούν παρόλ' αυτά σημεία επαφής και αναγκαίο πέρασμα μεταξύ μιας κοινωνίας και των μορφών αποκλεισμού που δημιουργεί, σε διαφόρους βαθμούς, η ίδια η οργάνωσή της.

Αυτές οι καταστάσεις όπου η αποδόμηση αποτυγχάνει να οργανωθεί σε μια ενεργή μορφή (δραστηριότητα στην οποία θα πρέπει να συμπεριληφθεί η παθητικότητα που αποκαλύπτει μια άρνηση και μια έμμεση διεκδίκηση) χαρακτηρίζονται πιο συχνά από την επικράτηση της απαγόρευσης της αποδόμησης ή της μη δυνατότητάς της. Ορισμένες διαστάσεις αυτής της απαγόρευσης μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο προσιτές στους εφήβους, αλλά τις περισσότερες φορές εκείνοι είναι πολύ μακριά από το να τις λάβουν υπ' όψιν εκτεταμένα και σε βάθος.

Αυτή η απαγόρευση που βαραίνει τη διαδικασία αποδόμησης των εφήβων συχνά υποστηρίζεται από τον φόβο της καταστροφής, φόβο που παραπέμπει σε κοινές οικογενειακές φαντασιώσεις, αλλά και σε σχάση ή σε άρνηση: φόβοι για τυχόν ρήξη του οικογενειακού κυττάρου, συχνά στα πλαίσια οικογενειακών μυστικών φόβοι σωματικής ή/και ψυχικής κατάρρευσης ενός γονέα, ψυχωτικά άγχη κατακερ-

ματισμού ή διάλυσης, καθορίζοντας έτσι μια απειλή απώλειας της αίσθησης της ύπαρξης. Σε γενικές γραμμές, είναι αυτή η εν δυνάμει ρήξη που σχετίζεται με συναισθήματα θυμού, ή/και η στροφή προς το υποκείμενο των συναισθημάτων που καθορίζουν μια πρωτογενή ενοχή και ένα νοσηρό μαζοχισμό, που δίνουν την αίσθηση της εσωτερικής βίας ως δυνητικά απεριόριστης.

Πρόκειται λοιπόν για εφήβους που καταρρέουν εσωτερικά, σιωπηλά, δίνοντας την εντύπωση μιας ύπαρξης που «μειώνεται» σταδιακά, μιας ζωντανίας που εξασθενεί, μιας ζωής «στο περιθώριο», χωρίς να ανησυχεί απαραίτητως το περιβάλλον τους. Η εικόνα μπορεί να μοιάζει κάπως «φυσιολογική» άλλες φορές επιφανειακή και άδεια, για την οποία δεν υπάρχει κάτι ιδιαίτερο να πει κάποιος.

Η αποδόμηση θέτει σε λειτουργία τη διαδικασία της αποδέσμευσης στη σχέση με τα αντικείμενα, τόσο έμψυχα όσο και άψυχα, ενώ η ιδιοποίηση εμπεριέχει τη διαδικασία της σύνδεσης. Η διπλή τάση αποδόμησης/ιδιοποίησης πραγματεύεται ως εκ τούτου τον αναγκαίο μετασχηματισμό των αντικειμένων σε μια υποκειμενοποίηση που υποστηρίζεται από το περιβάλλον. Αυτό το έργο της αποδόμησης είναι ακόμα πιο διάχυτο και ενεργητικό όσο τα πρώιμα αντικείμενα παρουσιάζονται περισσότερο σαν να έχουν καθοριστεί παρά σαν να έχουν ανακαλυφθεί/δημιουργηθεί.

Είναι χρήσιμο να διακρίνουμε, αφενός τις μορφές που ο έφηβος μπορεί να αισθανθεί και να ταυτοποιήσει με περισσότερη ή λιγότερη σαφήνεια τα αντικείμενα αποδόμησης, και που μπορούν να δημιουργήσουν εκ νέου συγκρούσεις με το περιβάλλον του και αφετέρου, τις μορφές που οι έφηβοι δεν μπορούν να τα αναγνωρίζουν, και που θα καθορίσουν πιθανώς συμπτωματικές ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές όπου η σύγκρουση θα υποστεί μετάθεση ή άρνηση. Ενώ οι πρώτες διατηρούν την εν δυνάμει ανάπτυξη, οι δεύτερες αντίθετα, φέρουν έναν ψυχοπαθολογικό κίνδυνο εγκύστωσης (εγκλεισμού) και αποξένωσης που θα πρέπει να θεωρείται και να αντιμετωπίζεται ως τέτοιος.

Όλοι αυτοί οι χώροι αποδόμησης χαρακτηρίζουν την εφηβική αναζήτηση ενός Εαυτού που μπορεί να βιωθεί ως απελευθερωμένος –ή τουλάχιστον στη διαδικασία απελευθέρωσης– από την επιρροή των γονέων, χωρίς να «πέφτει» κατευθείαν αμέσως στην επιρροή της κοινωνίας των ενηλίκων. Ο «ακατάλλη-

λος» χαρακτήρας στα μάτια των ενηλίκων ορισμένων συμπεριφορών εφηβικής εξωστρέφειας αντανακλά τις στιγμές έρευνας και εξερεύνησης, όπου η δημιουργία νέων μορφών που μπορούν να ενστερνιστούν οι έφηβοι προϋποθέτει και κάποιον χρόνο διέλευσης από μια εμφανή έλλειψη της μορφής, αυτής της «αμορφίας» που αναφέρει ο Winnicott και του οποίου η «ακαταλληλότητα» αποτελεί μια εφηβική φιγούρα.

Αυτή η «ακαταλληλότητα» που ενοχλεί και ανησυχεί τους ενήλικες, αλλά απαραίτητη για διαφόρους λόγους στη διαδικασία της εφηβικής αποδόμησης/αναδόμησης, μπορεί να εξωτερικευθεί με τρόπους περισσότερο ή λιγότερο επιδεικτικούς ή διακριτούς, μερικές φορές για μεγάλα χρονικά διαστήματα, και να δημιουργήσει –περισσότερο μεταξύ των γονέων απ' ό,τι μεταξύ των εφήβων– εμπειρίες απώλειας ελέγχου, απώλειας οροσήμων, και φόβου στασιμότητας.

Η δραστηριότητα της εφηβικής αποδόμησης, πάνω σε ό,τι θεωρείτο «δεδομένο» στην παιδική ηλικία, αυτού που εμφανίζεται με την πάροδο του χρόνου ως «μορφοποίηση» της ύπαρξής του και εμπόδιο στην ανάδυση της αίσθησης της ύπαρξης, περιλαμβάνει όλα αυτά που σταδιακά εμφανίζονται στο υποκείμενο σαν να προϋπήρχαν μέσα του, ασκώντας επιρροή σε αυτό που είναι: το σώμα του· τον τρόπο ζωής και τις προσδοκίες της οικογένειας· τα οικεία υλικά αντικείμενα στον χώρο της οικογένειας και της κοινωνίας· τις λειτουργίες και τις κοινωνικές νόρμες. Προϋποθέτει την έλευση ενός χρόνου και ενός χώρου στην εφηβεία διαφορετικών εκείνων της παιδικής ηλικίας. «Η ανάδυση των εφηβικών ενορμήσεων συνεπάγεται αυτή καθαυτή μια μορφή αποδόμησης των παλαιότερων χρονικά στηριγμάτων και αναδιοργάνωσης των εσωτερικών καθοριστικών παραγόντων της χρονικότητας» (Blanchard & Balkan 2009)

Η αποδόμηση του μετα-εφηβικού σώματος περνάει από τη δημιουργία της εικόνας του σώματος και των εμπειριών του σώματος (Le Breton 2002), που κυμαίνονται από τις πιο εξωτερικευμένες στις πιο εσωτερικευμένες, από την αναζήτηση του ντυσίματος (σκισίματα, κατεστραμμένα, κ.λπ.), σε αυτές των αισθήσεων. Περιλαμβάνει διαδοχικά ή ταυτόχρονα, τις εκδοχές του «μαλακού» ή του «σκληρού» που αντανακλούν τον βαθμό εργασίας και τη λήψη των αναγκαίων κινδύνων/ρίσκων κατά τη διαδικασία της υποκειμενικότητας, το τρίχωμα (βαφές, μουστάκι, μούσι, κ.λπ.), τα σημάδια του δέρματος (μακιγιάζ,

τατουάζ, τρυπήματα, αυτο-ακρωτηριασμοί, κ.λπ.), τις μυρωδιές του σώματος, την κινητικότητα (το βάδισμα, τον ρυθμό, την ταχύτητα κίνησης, κ.λπ.), τον όγκο του λίπους και των μυών (διαιτητικός περιορισμός, αυστηρές δίαιτες, υπερκατανάλωση τροφής, ανορεξία και βουλιμία, αθλητική προπόνηση, body-building, κ.λπ.), τις αυτοερωτικές σεξουαλικές εξερευνήσεις, αυνανιστικές ή με συντρόφους, εκούσιες ή επιβεβλημένες, τη λήψη ψυχοτρόπων ουσιών (αλκοόλ, κάνναβη, κοκαΐνη, διεγερτικά, κ.λπ.), την επίθεση στη ζωή (απόπειρες αυτοκτονίας).

Η αποδόμηση του τρόπου ζωής και των οικογενειακών προσδοκιών, όπου η αταξία στα εφηβικά δωμάτια αποτελεί μια παραδειγματική εικόνα, στοχεύει την επίπονη ρύθμιση που έχουν επιτύχει οι γονείς, των συστατικών της οικογενειακής ζωής· περιλαμβάνει τα χρονοδιαγράμματα και τους ρυθμούς της οικογενειακής ζωής (ανάπαυση, πλύσιμο, γεύματα, Σαββατοκύριακο, κ.λπ.), τα οικογενειακά τελετουργικά (θέσεις στο τραπέζι για φαγητό, χρησιμοποίηση της τουαλέτας, διακοπές, γενέθλια, γιορτές, κ.λπ.), τους όρους της οικογενειακής επικοινωνίας (μετάδοση των πληροφοριών, θέματα για συζήτηση και διάλογο, όροι συζήτησης και διαπραγμάτευσης, σεβασμός του μη λεχθέντος, κ.λπ.), τη σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού χώρου μέσα στο σπίτι (άνοιγμα/κλείσιμο των θυρών και των παραθύρων, τάξη/αταξία, κ.λπ.). Τα οικεία αντικείμενα δεν έχουν μείνει εκτός: χρήσεις που παρεκκλίνουν από τη συνήθη λειτουργία τους, επαναλαμβανόμενες απώλειες, αλλαγές που εμφανίζονται ως αμέλεια ή εκούσιες ζημιές, κ.λπ...

Οι αποδομήσεις επηρεάζουν επίσης τους κοινωνικούς θεσμούς και τα πρότυπα των ιδρυματικών θεσμών στους οποίους οι ενήλικες, έχουν προσαρμοστεί και/ή αναπτύξει. Αυτές θα εκφραστούν στον χώρο της εκπαίδευσης και της σχολικής ζωής (παραίτηση από σπουδές ή παράλογες επιλογές, απουσίες, προκλητικές και ανυπάκουες συμπεριφορές), στη χρήση των κοινωνικών χώρων (tags σε τοίχους, χρησιμοποίηση, αλλαγές και υποβάθμιση των δημόσιων χώρων)· στον τομέα της κατανάλωσης (κλοπές, δωρεές ή ανταλλαγές προσωπικών αντικειμένων), στις ανάγκες του ανήκειν σε ομάδες (μουσικά, ενδυματολογικά, πολιτιστικά), σε ατομικές ή συλλογικές ακτιβιστικές συμμετοχές, περισσότερο ή λιγότερο ριζικές.

Αυτές οι αποδομήσεις μπορούν να λάβουν διάφορες μορφές, που σχετίζονται με προσωπικά θέματα, οικογενειακά και κοινωνικά: μπορούν να ενεργούν

ήρεμα και σιωπηλά, διαχωρίζοντας προσεκτικά το ένα απ' το άλλο τα διάφορα στοιχεία χωρίς να τα καταστρέφουν' ή βίαια, με τη σχεδόν πλήρη καταστροφή των στοιχείων αυτών' με όλα τα δυνατά ενδιάμεσα μεταξύ αυτών των δύο άκρων.

Στη συνέχεια, τα αποδομημένα αυτά στοιχεία μπορούν είτε να βρουν έναν χώρο που θα τα εμπεριέξει και να διατηρηθούν είτε να μη βρουν. Υπάρχει τότε ο κίνδυνος να χαθούν και να μη μπορούν να ανακτηθούν αργότερα. Ο εμπεριέχων χώρος είναι συχνά δομές μιας ομάδας, συμπεριλαμβανομένων των μέσων που προσφέρονται μέσω του διαδικτύου [blogs, forums, τα δίκτυα των «συζητήσεων» (chats) ή τα παιχνίδια].

Ομοίως, η αναδόμηση μπορεί να συμβεί με διάφορους τρόπους: προοδευτική και στέρεα, ή βιαστική, με ένα αδύναμο ή μη ισορροπημένο αποτέλεσμα. Μπορεί να λειτουργήσει χρησιμοποιώντας όλα τα αποδομημένα στοιχεία ή με μερικά μόνο από αυτά, ενώ τα υπόλοιπα έχουν χαθεί ή υποστεί σοβαρές ζημιές. Επιπλέον μπορεί να ενσωματώσει νέα στοιχεία από εκείνα που υπάρχουν στο σχεσιακό και πολιτισμικό «υπόβαθρο» στο οποίο αναπτύσσεται ο έφηβος.

Η αποδόμηση και επίσης η αναδόμηση γίνονται πιο δύσκολες:

- Όταν το όριο ανάμεσα σε αυτό που θα αναγνωριστεί ως αποδόμηση, και σε αυτό που θα βιωθεί ως αποδομητής (καταστροφείας), συγκλίνει.
- Αντίθετα, όταν οι κανόνες είναι πολύ χαλαροί, πολύ ασαφείς, ανεπαρκώς καταγεγραμμένοι ή υποστηρίξιμοι: τότε η αποδόμηση αναζητά να προχωρήσει περαιτέρω, να ενεργεί πιο δυνατά, με κίνδυνο να πάει υπερβολικά μακριά, να ενεργεί υπερβολικά σκληρά.
- Στην ίδια γραμμή, όταν τα ναρκισσιστικά συμβόλαια εμφανίζονται λιγότερο δομικά ή λειτουργικά. Ειδικά όταν αυτό που υπόσχεται το πρωτογενές ναρκισσιστικό συμβόλαιο (που καθιερύεται κατά τη γέννηση) απέχει πολύ από αυτό που μπορεί να είναι ένα δευτερογενές ναρκισσιστικό συμβόλαιο προσαρμοσμένο στους μετασχηματισμούς του κόσμου που έχουν συμβεί με τον χρόνο, ανάμεσα σε ό,τι προτείνεται στον έφηβο και σε αυτό που αναμένεται από αυτόν. Η επιτάχυνση των κοινωνικών αλλαγών μπορεί να κάνει παρωχημένο το συμβόλαιο στο διάστημα μεταξύ της εγγραφής του στην

αρχή της ζωής, των απαιτήσεών του στην παιδική ηλικία και την περίοδο της εφηβείας.

Κατά την αξιολόγηση του ψυχοπαθολογικού ρίσκου, είναι σημαντικό να διαφοροποιήσει κανείς την αποδόμηση που περνάει από την αντικειμενοτρόπο σχέση από εκείνη που προσπαθεί να μην τη λάβει υπ' όψιν της, υπό την προϋπόθεση ότι, σε κάθε περίπτωση, αυτές οι δύο περιπτώσεις αναμειγνύονται σε διάφορες αναλογίες.

Η πρώτη, στην οποία αναφέρομαι ως αντικειμενοτρόπη αποδόμηση, στοχεύει στο να αποδομήσει τους δεσμούς με το αντικείμενο για να τις μετατρέψει και να τις αναδομήσει με τρόπο που να αφήνει έναν μεγαλύτερο ή καταλληλότερο χώρο για την εξέλιξη του ατόμου. Βρήκα ένα πολύ ζωντανό παράδειγμα στη θρυλική ταινία του Νίκολας Ρέι (1955), *Rebel Without a Cause* (Επαναστάτης χωρίς αιτία), με τον Τζέιμς Ντιν και τη Νάταλι Γουντ. Όποια και αν είναι η βιαιότητά της αυτή παραμένει φορέας μιας εν δυνάμει αποδέσμευσης και μετασχηματισμού, στον οποίο είναι απαραίτητο να στηριχθούμε αποφεύγοντας να εμποδίσουμε τον έφηβο να ζήσει τις εμπειρίες του, αλλά υποστηρίζοντας, εμπεριέχοντας και περιορίζοντάς τις με τον κατάλληλο τρόπο.

Ενώ από την άλλη, η αποδόμηση που αποκαλώ μη αντικειμενοτρόπη αποδόμηση ή ναρκισσιστικού τύπου, στοχεύει στο να αναιρέσει τους δεσμούς με τα αντικείμενα, στην προοπτική μιας ναρκισσιστικής αυτάρκειας. Το παράδειγμα που δίνω είναι αυτό της ταινίας του Sean Penn, *Into the Wild*, το οποίο είναι εμπνευσμένο από ένα πραγματικό γεγονός. Εμπεριέχει έναν κίνδυνο πολύ πιο σημαντικό, ακόμη και αν διαδραματίζεται χωρίς θόρυβο και οργή, και δημιουργεί μεγάλα θεραπευτικά προβλήματα που απαιτούν ένα εύλογο χρονικό διάστημα θεραπευτικής αντιμετώπισης σε ίδρυμα.

Η αρχή της μαγείας-γοητείας

Η εφηβική αποδόμηση, όπως ήδη επεσήμανα, μπορεί πολύ γρήγορα και πολύ εύκολα να θεωρηθεί από τους ενήλικες σαν καταστροφικότητα. Οι ψυχαναλυτές, που ακόμη βρίσκονται στη σύγχυση που δημιουργήθηκε από την εισαγωγή του Freud το 1920 της έννοιας του ενστίκτου του θανάτου, συμμετέχουν πρόθυμα στον χορό της τραγωδίας. Η βία υποκινεί το μίσος απέναντι στην εφηβεία, μεταξύ των ενηλίκων φυσικά, αλλά μερικές φορές επίσης, και αυτό είναι πιο ανησυχητικό, μεταξύ των εφήβων. Αυτό το μίσος,

που εκφράζεται στις κοινωνικές αναπαραστάσεις των ενηλίκων (η εικόνα του νεαρού παραβάτη, του εξαρτημένου, της εφηβικής αμάθειας-άγνοιας, κ.λπ.), μερικές φορές παίρνει πιο δυσδιάκριτες μορφές, η ίδια αυτή ιστορία, άκρως διαδεδομένη σε «ψυχολογικά» περιβάλλοντα, σύμφωνα με την οποία η διαδικασία της εφηβείας περιλαμβάνει και «το πένθος για την παιδική ηλικία». Μια τέτοια αντίληψη βρίσκεται ακριβώς στους αντίποδες της διαδικασίας που οραματίζομαι όσον αφορά στην προέλευση της μαγείας-γοητείας. Εφαρμοσμένη σε εκπαιδευτικές ή θεραπευτικές στάσεις, οδηγεί τους εύθραυστους εφήβους στην καταστροφή.

Ισχυριζόμενοι ότι ο εφηβικός πειραματισμός, και η πιθανή ανακάλυψη μιας αίσθησης της ύπαρξης, προϋποθέτει μια κίνηση παραίτησης, αγνοούμε αυτή τη βασική αλήθεια που ο Freud διατύπωσε το 1907 ως εξής: «στην πραγματικότητα, δεν γνωρίζουμε να αποχωριζόμαστε τίποτα, δεν γνωρίζουμε παρά να ανταλλάσσουμε ένα πράγμα με ένα άλλο. Επίσης, ο έφηβος μεγαλώνοντας δεν αρνείται τίποτε άλλο με το να σταματά να παίζει παρά το να ψάχνει στήριξη σε πραγματικά αντικείμενα. Αντί να παίζει, αφιερώνεται τώρα στις φαντασιώσεις». Η σκέψη ότι οι έφηβοι πρέπει να «πενθήσουν» για την παιδική τους ηλικία αποκαλύπτει περισσότερο τη ζήλια που εγείρει η εφηβεία στον κόσμο των ενηλίκων, και αντανakλά πρωτίστως μια προβολή απέναντι σε αυτήν την απαρνημένη πραγματικότητα: ο άνθρωπος είναι τελείως ανίκανος να εγκαταλείψει το οτιδήποτε, παρά τις παραπλανητικές πράξεις που εφαρμόζει. Αυτή η ιδεολογία του πένθους και της άρνησης, η οποία εντάσσεται στις δυναμικές της διατήρησης της εξουσίας, έχει καταστροφικές συνέπειες σε αυτή τη στιγμή της ζωής, όπου συγχρονίζεται κυρίως με την προβληματική της παθητικότητας. Καθορίζει δύο εκ διαμέτρου αντίθετες στάσεις που όμως στην πραγματικότητα είναι δύο πλευρές της ίδιας μη δυνατότητας: είτε την υποταγή σε αυτή την υποχρεωτική άρνηση, που εμποδίζει τον έφηβο να αφήσει έναν επαρκή χώρο έκφρασης της μετασχηματισμένης επιθετικότητας, και που τον οδηγεί να τη στρέψει ενάντια στον ίδιο του τον εαυτό είτε τη ριζική απόρριψη αυτού που έχει βιωθεί ως ανυπόφορος ακρωτηριασμός, μέσω μιας βίαιης σύγκρουσης, ή τη φυγή χωρίς ελπίδα και διέξοδο, μπροστά στον νόμο που υποτίθεται ότι εγκαθιδρύει αυτήν την άρνηση.

Ένα από τα κεντρικά ζητήματα στην εφηβεία είναι αυτό του μετασχηματισμού της παντοδυναμίας. Η παντοδυναμία κλονίζεται τόσο από την ανάδυση της εφηβείας (συνδεδεμένη με βαθιές αλλαγές της ψυχικής αμφιφυλοφιλίας) όσο και από την πρόσβαση στην αφαιρετική σκέψη (η λειτουργική νοημοσύνη του Piaget, *l' intelligence opératoire formelle de Piaget*). Είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με αυτή του «αισθάνομαι πραγματικός». Συναντά το ζήτημα του δεσμού, που αναδείχθηκε από το έργο του Winnicott (1960), μεταξύ του αληθινού εαυτού, εσωτερικού και ιδιωτικού, που δίνει την αίσθηση της πραγματικότητας και του ψευδούς εαυτού που προστατεύει και διευκολύνει την κοινωνική ένταξη.

Ο αληθινός εαυτός τρέφεται από τις εμπειρίες του παιχνιδιού στην παιδική ηλικία, κυρίως με το μοναχικό παιχνίδι (η ικανότητα κάποιου να είναι μόνος)· στην εφηβεία, ο στόχος είναι να ανακαλύψουν, να εξερευνήσουν και να κατακτήσουν έναν κόσμο που δεν είναι πλέον αυτός της οικογένειας. Το έργο αυτό απαιτεί τον ψευδή εαυτό, αλλά οι εμπειρίες δεν μπορούν πραγματικά να αφομοιωθούν παρά μόνο εάν ο αληθινός εαυτός μπορεί να εμπλακεί επαρκώς.

Η διαλεκτική μεταξύ του ψευδούς και αληθινού εαυτού αναγκαία στην ιδιοποίηση κατά την εφηβεία προϋποθέτει την ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου χώρου. Αυτός ο χώρος είναι αυτός των διαμεσολαβητικών κόσμων, μεταξύ του εσωτερικού κόσμου, χώρου της φαντασίωσης, και του εξωτερικού κόσμου, χώρου ο οποίος μοιράζεται με άλλους. Αυτοί οι διαμεσολαβητικοί κόσμοι, που μπορούν να δημιουργήσουν γόνιμους χώρους της κουλτούρας του εφήβου, διέπονται επίσης από μια διαμεσολαβητική αρχή, μεταξύ της αρχής της ευχαρίστησης-δυσάρεσκειας και της αρχής της πραγματικότητας της πρώτης τοπικής του Freud: την αρχή της μαγείας-γοητείας.

Η αρχή της μαγείας-γοητείας έγκειται σε έναν μαγικό κόσμο αλλά δεν συνίσταται στη μαγική σκέψη με την έννοια της ψυχαναλυτικής ψυχοπαθολογίας, αλλά σε μια σκέψη μαγείας, κάτι το οποίο είναι αρκετά διαφορετικό. Η προσφυγή σε έναν μαγικό κόσμο απεικονίζει έναν τρόπο ενσωμάτωσης των εμπειριών της εφηβείας που μοιράζονται ανάμεσα στον αληθή και ψευδή εαυτό. Αφήνει έτσι έναν χώρο να εκφραστούν οι φαντασιώσεις παντοδυναμίας που μπορούν να μετατραπούν επιδέξια όταν έρχονται σε επαφή με την πραγματικότητα που βιώνει ο έφηβος. Επιπλέον, ο μαγικός κόσμος έρχεται να εμπλακεί με τον «πραγ-

ματικό» κόσμο, κάτι το οποίο του δίνει ταυτόχρονα μια πραγματική ύπαρξη, άλλοτε αντικειμενική άλλοτε υποκειμενική.

Στην «Αναζήτηση του χαμένου χρόνου», ο Proust έχει την εξής αξιοσημείωτη διαίσθηση: ότι η εφηβεία είναι η ηλικία «όπου η γη δεν έχει μετατραπεί σε κάτι το απόλυτα γνώριμο και πραγματικό, και δεν θα μας εξέπληττε αν μια καινούργια και πραγματική περιοχή... έδινε πρόσβαση σ' έναν κόσμο εξωπραγματικό» (M. Proust 1913).

Αυτό είναι, φυσικά και το βαθύ νόημα του ταξιδιού στην ταινία «η Αλίκη στη χώρα των θαυμάτων» (Carroll 1864). Είναι εμφανές σε αυτό το σημείο ότι ο Tim Burton σκηνοθετεί την ταινία, τοποθετώντας χρονικά το ταξίδι της Αλίκης στην εφηβεία και όχι κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Εκείνη θα πρέπει να αποφασίσει την τροπή που θα πάρει η ζωής της δίνοντας τη συγκατάθεσή της για έναν γάμο βατό αλλά συνάμα βαρετό με μια λέξη θανατηφόρο. Η επανεξέταση που όμως κινείται σε μια σφαίρα ιδιοποίησης και επεξεργασίας όλων όσων είχε βιώσει ως παιδί με φόβο και παθητικότητα θα επιτρέψει στην Αλίκη να αρνηθεί έναν γάμο προαποφασισμένο, και να αρχίσει τη δική της ζωή.

Είναι επίσης η ίδια εμπειρία που βιώνει Augustin Meaulnes καθώς ανακαλύπτει το μυστηριώδες Βασίλειο. Γι' αυτόν όπως ίσως και για τον Pierre-Alban Fournier (1913), αυτό το αρχικό άνοιγμα δεν μπορεί να βρει μια πιθανότητα πραγματοποίησης καθώς εμποδίζεται από την ασυνείδητη ενοχή και συμπεριφορές που οδηγούν στην αποτυχία.

Στις περιπέτειες του Χάρι Πότερ (Rowling 1997–2007) συναντάμε αυτή τη λειτουργία στον κόσμο των μάγων, ο οποίος είναι στενά συνδεδεμένος με τον κόσμο "moldu", αλλά χωρίς ο ίδιος να το γνωρίζει. Στο άρθρο της η Marie-Paul Duriez με αφορμή το έπος του Χάρι Πότερ αναλύει λεπτομερώς τον ρόλο που διαδραματίζει στην εφηβεία ακριβώς αυτή η λειτουργία της μαγείας.

Ομοίως και στο Twilight (Meyer 2005), ο κόσμος των βαμπίρ συσχετίζεται με αυτόν των θνητών, και η Μπέλα, η έφηβη ηρωίδα ζώντας σε μια άσχημη πραγματικότητα αναγεννιέται μέσα από αυτήν την ανακάλυψη. Σε αυτό το σημείο η παντοδυναμία είναι παρούσα στις φαντασιώσεις της αθανασίας, αλλά κυρίως στη μαγική δύναμη των βρικολάκων: προικισμένα με μια υπερφυσική δύναμη και ταχύτητα τα σώματά τους ξεφεύγουν από τον ευνουχισμό. Αντ' αυτού

το τίμημα είναι το να δαμάσουν τη σεξουαλική τους ορμή: Αν το βαμπίρ αφεθεί στη σεξουαλική διέγερση, αυτή θα εξαφανίσει τους λεπτούς φραγμούς που συγκρατούν τα δολοφονικά του ένστικτα.

Τέλος, ο Wagner στην όπερα *Parcifal* τοποθετεί στη σκηνή έναν σχιζοειδή έφηβο με διαταραχές ταυτότητας, ο οποίος βιώνει μια πρώιμη σκληρότητα την οποία δεν έχει καταφέρει να ενσωματώσει. Η κρίσιμη στιγμή της όπερας λαμβάνει χώρα στο μαγικό βασίλειο του Klingsor, όταν καθώς αναδύεται η σεξουαλική επιθυμία έρχονται στην επιφάνεια αιμομικτικές φαντασιώσεις. Αυτό επιτρέπει στον έφηβο να απεμπλακεί από την κυρίαρχη επιρροή της μητρικής κατάθλιψης (Matot 2011c).

Αυτή η αρχή της μαγείας-γοητείας έρχεται να προστεθεί ως ο τρίτος πόλος στη διαλεκτική του Freud το 1911 και τοποθετείται ανάμεσα στην αρχή της ηδονής-δυσαρέσκειας και στην αρχή της πραγματικότητας. Το παράδειγμα όσον αφορά στην αρχή της ηδονής είναι η ψευδαισθητική ικανοποίηση και το όνειρο, ενώ η αρχή της πραγματικότητας προϋποθέτει μια αναπαράσταση της «πραγματικής κατάστασης του εξωτερικού κόσμου», απ' όπου προέρχονται σύμφωνα με τον Freud η προσοχή, η μνήμη, η κρίση, και η δράση (σε αντίθεση με την κινητήρια εκφόρτιση). Σε αυτό το κείμενο, ο Freud διαφοροποιεί μια δραστηριότητα της σκέψης οργανωμένης από την αρχή της πραγματικότητας από μια άλλη, που είναι «υποκείμενη εξολοκλήρου στην αρχή της ηδονής». Είναι αυτό που ονομάζουμε δημιουργία των φαντασιώσεων, που ξεκινούν με το παιχνίδι των παιδιών και καθώς συνεχίζουν με τη μορφή της ονειροπόλησης ψάχνουν να ακουμπήσουν πάνω σε πραγματικά αντικείμενα» (Freud 1911).

Αν το παιχνίδι των παιδιών για το οποίο μιλά ο Freud τοποθετείται, με βάση το έργο του Winnicott κυρίως στη μεταβατική περιοχή, είναι σημαντικό να ανακαλέσουμε τη συνέχεια της σκέψης του Freud (1911): «Η τέχνη εκπληρώνει με έναν μοναδικό τρόπο τη συνύπαρξη των δύο αυτών αρχών... Ο καλλιτέχνης βρίσκει τη δίοδο που επαναφέρει τον κόσμο της φαντασίωσης προς την πραγματικότητα: εξαιτίας αυτού του μοναδικού του ταλέντου, δίνει μορφή στις φαντασιώσεις του για να τις μετατρέψει σε νέου είδους πραγματικότητες, που βιώνονται από τους ανθρώπους σαν πολύτιμες εικόνες της πραγματικότητας. Αλλά το πετυχαίνει επειδή οι υπόλοιποι άνθρωποι αισθάνονται την ίδια δυσαρέσκεια με εκείνον, λόγω της άρνησης των επιθυμιών που απαιτείται από την πραγματικότητα και

επειδή αυτή η δυσaréσκεια που προκύπτει από την κυριαρχία της αρχής της πραγματικότητας στην αρχή της ηδονής αποτελεί από μόνη της ένα μέρος της πραγματικότητας» (Freud 1911).

Έτσι βλέπουμε ότι η ιδέα για μια τρίτη αρχή ψυχικής λειτουργίας που βρίσκεται ανάμεσα στην ευχαρίστηση-δυσaréσκεια και την πραγματικότητα, δεν είναι ξένη στη σκέψη του Freud, όπως και ο τομέας της καλλιτεχνικής δημιουργίας «νέα μορφή πραγματικότητας» αποτελεί για τον ίδιο έναν προνομιακό τρόπο έκφρασης.

Το ενδιαφέρον για τη θεωρητικοποίηση της αρχής της μαγείας-γοητείας μου προέκυψε καθώς διάβαζα ένα παλιό άρθρο του R. Kaës (1985). Εκείνο που τράβηξε την προσοχή μου ήταν ένα απόσπασμα ενός σχεδόν ξεχασμένου ψυχαναλυτή του Géza Roheim. Από πολλές απόψεις τα έργα του είναι πρωτοποριακά. Ο Roheim, ανθρωπολόγος και ψυχαναλυτής, ανήκει στην ουγγρική σχολή (ήταν ιδιαίτερα επηρεασμένος από τον Imre Hermann). Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την έννοια του «διαμεσολαβητικού αντικειμένου», που τοποθετείται μεταξύ του ναρκισσισμού και του αντικειμενικού, στο μεγάλο του έργο, Η προέλευση και η λειτουργία του πολιτισμού (1943). Σκεπτόμενος τη λειτουργία του «αντικείμενου-παιχνιδιού» στο παιχνίδι της κουβαρίστρας που περιέγραψε ο Freud (1920), στο οποίο βλέπει το πρωτότυπο του διαμεσολαβητικού αντικειμένου, σημειώνει το εξής: «η μεγάλη αξία αυτών των αντικειμένων συνίσταται στη δυαδικότητά τους, δεδομένου ότι τοποθετούνται μεταξύ αγάπης για το αντικείμενο και ναρκισσισμού· είναι εγωσυντονικά και λιβιδινικά, κοινωνικά και ατομικά, οδηγοί των συναισθημάτων εσωστρέφειας και εξωστρέφειας... αποτελούν τη λιβιδινική βάση της κοινωνικής συνεργασίας». Αυτός ο ορισμός πλησιάζει τα διαμεσολαβητικά αντικείμενα που περιγράφονται από τον G. Roheim με τα τεχνικά αντικείμενα, όπως τα περιέγραψε ο Leroi-Gourhan ως ένα προσθετικό περίβλημα ανάμεσα στον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Ο Roheim τα τοποθετεί να ταλαντεύονται μεταξύ ναρκισσιστικών και αντικειμενικών επενδύσεων. Ο Ph. Jeammet (1990, 1991) τόνισε τη σημασία ακριβώς αυτής της «ναρκισσιστικής-αντικειμενικής ισορροπίας» στην εφηβική ανάπτυξη και των σχέσεων με την ποιότητα των αυτο-ερωτισμών που προέρχονται από τον πρώιμο δεσμό με το αντικείμενο. Ο Roheim δανείζεται από τον Wisler (1923) την ιδέα ότι «ο πολιτισμός και η κουλτούρα συνιστούν το αποτέ-

λεσμα του τρόπου με τον οποίον ο άνθρωπος παίζει δημιουργικά με τα παιχνίδια που επινοεί με μεγάλη σοβαρότητα (αναφέρεται από Kaës 1985).

Τα «διαμεσολαβητικά αντικείμενα «του Roheim εμφανίζονται αρκετά ξεκάθαρα να προσεγγίζουν το επίπεδο της μεταβατικής περιοχής που το έργο του Winnicott επέτρεψε στο να αποσαφηνιστούν, έννοιες όπως η κατάσταση της αυταπάτης-ψευδαίσθησης, τα μεταβατικά φαινόμενα και αντικείμενα (1954). Σε αυτή τη διαμεσολαβητική περιοχή που αποτελεί μία από τις πηγές δημιουργικότητας βρίσκεται το παράδοξο για τον Winnicott σε αυτήν ακριβώς τοποθετεί τη λειτουργία του παιχνιδιού, και αργότερα αυτήν του πολιτισμού. Είναι επίσης ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι ο Freud, όταν περιέγραψε το παιχνίδι της κουβαρίστρας, όπου ο Roheim στηρίχθηκε για τη διαμόρφωση της έννοιας του διαμεσολαβητικού αντικειμένου, έγραψε ότι «η συναισθηματική αξία αυτού του παιχνιδιού είναι ανεξάρτητη από το γεγονός της επιπόνησης, αν δηλαδή ο ίδιος το ανακάλυψε ή αν του είχε προταθεί από κάποιον «Αυτή η κατάσταση του παραδόξου και του ανακαλύπτω-δημιουργώ» βρίσκεται στον τρόπο σκέψης του Freud για το παιχνίδι του παιδιού.

Μελετώντας το έργο «Μαγεία και Σχιζοφρένεια», που δημοσιεύθηκε μετά τον θάνατό του, ανακαλύπτω τις θέσεις-προτάσεις του Roheim (1955) ως προς τη λειτουργία της μαγείας, που την οραματίστηκε μέσα από μια οπτική πολύ κοντά σε αυτό που περιγράφω: «Μετά τον ορισμό της αρχής της ευχαρίστησης από τον Freud, ως μια φαντασιωσική εκπλήρωση της επιθυμίας, και της αρχής της πραγματικότητας ως τη δυνατότητα να ζυγιστούν τα υπέρ και τα κατά μιας κατάστασης, αρμόζει τώρα η προσθήκη μιας τρίτης αρχής η οποία θεωρεί τον εξωτερικό κόσμο ελεγχόμενο με έναν μαγικό τρόπο από τις επιθυμίες μας, τις ενορμήσεις και τα συναισθήματά μας. Ας σπεύσουμε να παρατηρήσουμε ότι μια τέτοια αρχή αν και αξιώνει μια μη ρεαλιστική στάση, καθώς αποτελεί έναν αρχαϊσμό και βλέπει τον κόσμο μέσα από τη διττή ενότητα μητέρας-παιδιού, συγχρόνως είναι η μόνη που μας επιτρέπει να φτάνουμε σε αποτελέσματα, δηλαδή να δρούμε πάνω στην πραγματικότητα» (Roheim 1955).

Η αρχή της μαγείας-γοητείας που διαμεσολαβεί στο πέραςμα μεταξύ της αρχής της ηδονής-δυσaréσκειας και της αρχής της πραγματικότητας βρίσκεται στο επίκεντρο ενός τρίτου τύπου διαδικασιών, διαμεσολαβητικών, μεταξύ των πρωτογενών και δευτερο-

γενών διαδικασιών. Για να περιγραφεί αναλυτικά, θα χρησιμοποιήσουμε την έννοια που προτείνει ο Green (1972) για τις τριτογενείς διαδικασίες. «Οι τριτογενείς διαδικασίες για μένα είναι εκείνες οι διεργασίες που συσχετίζουν τις πρωτογενείς και τις δευτερογενείς διαδικασίες με τέτοιο τρόπο ώστε οι πρωτογενείς να περιορίζουν τον κορεσμό των δευτερογενών και οι δευτερογενείς των πρωτογενών. Η κλινική και ψυχαναλυτική τεχνική μου έχουν διδάξει μάλιστα ότι η κύρια δυσκολία έγκειται στη συνύπαρξη των πρωτογενών και δευτερογενών διαδικασιών στις σχέσεις δεσμού και διάζευξης. Οι πρωτογενείς και δευτερογενείς διαδικασίες θα πρέπει να συνυπάρχουν αλλά και να μπορούν να βρίσκονται ξεχωριστά, στο ίδιο το άτομο... Θα καταλάβουμε ότι οι τριτογενείς διαδικασίες δεν αποτελούν μια ειδική κατηγορία διεργασιών που αναγνωρίζονται στην ψυχή ή τον λόγο...».

Πιστεύω, αντίθετα, ότι αυτές οι διαδικασίες μπορούν να εντοπιστούν και εκτυλιχθούν σε ένα ευρύ φάσμα περιπτώσεων, από το παιχνίδι του παιδιού μέχρι το πλαίσιο της ψυχαναλυτικής συνεδρίας. Ο Green επίσης δεν λέει κάτι διαφορετικό, δεδομένου ότι τοποθετεί τις τριτογενείς διαδικασίες στο επίκεντρο των μεταβατικών λειτουργιών – με τα εξής διακριτικά χαρακτηριστικά: «Ποια είναι η προϋπόθεση για να λειτουργήσει το α μεταξύ α και β ;... Για να μπορέσει να λειτουργήσει θα πρέπει να υπάρξει μια περιοχή αυταπάτης, όπως την περιέγραψε ο Winnicott. Με άλλα λόγια κάτι που να εγγυάται τη δυνατότητα του παιχνιδιού σε έναν δυνητικό χώρο, όπου μπορούμε να λειτουργούμε «σαν να». Σαν να μην υπήρχε περιθώριο αμφισβήτησης της πραγματικότητας ή μη πραγματικότητας αυτού που διαδραματίζεται κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού αυτός ο χώρος αποτελεί τον χώρο της φαντασίωσης που αναγνωρίζεται ως φαντασίωση. Ένας χώρος παραδειγματικός όπου θα αναπτυχθεί εκείνο το αναλυτικό πλαίσιο ειδικό για τη μεταβίβαση» (Green 1972). Διατυπώνει επιπλέον την εξής ιδέα κάποια χρόνια αργότερα: «οι τριτογενείς επεξεργασίες λειτουργούν ως διαμεσολαβητές που ενώνουν τις πρωτογενείς και δευτερογενείς διαδικασίες. Στην αναλυτική δουλειά, πάνε και έρχονται, από τη φαντασίωση σε μια ομάδα ιδεών ή από έναν λογικό συνειρμό στην ανάμνηση ενός ονείρου, ή αλλιώς από μια αφήγηση σε ένα λάθος εκ παραδρομής (Green 2005).

Σε ένα άρθρο όπου περιγράφονται τέσσερις πτυχές της ανάπτυξης του ψυχισμού του ψυχαναλυτή, ο Gabbard και Ogden (2009) τονίζουν τη σημασία του

«να ονειρεύεσαι τον εαυτό σου στην πιο πλήρη μορφή της ύπαρξής σου». Αποσαφηνίζουν ότι χρησιμοποιούν την έννοια του «ονειρεύομαι» όπως την εισήγαγε αρχικά ο Bion για να περιγράψουν «μια μορφή της σκέψης μέσω της οποίας το άτομο είναι σε θέση να ξεπεράσει τα όρια της λογικής των δευτερογενών διαδικασιών, χωρίς να χάσει την πρόσβαση σε αυτή τη μορφή της λογικής».

Αυτή η μορφή σκέψης για την οποία μιλούν ο Gabbard και ο Ogden αναφέρεται στη διαδικασία του μετασχηματισμού της παντοδυναμίας, όπως τη συνέλαβε ο Winnicott (1971): «Εμπειρίες που έγκεινται στο «ταίριασμα» της παντοδυναμίας των ενδοψυχικών διεργασιών και τον έλεγχο του πραγματικού... Σε ό,τι έχει να κάνει με αυτό, βρίσκεται πάντα συνυφασμένο από τη μια με την αλληλεπίδραση του επισφαλούς παιχνιδιού με την προσωπική ψυχική πραγματικότητα και από την άλλη με την εμπειρία του ελέγχου των πραγματικών αντικειμένων. Πρόκειται για την αβεβαιότητα της μαγείας, που γεννιέται μέσα από την οικειότητα μιας σχέσης για την οποία θα πρέπει να σιγουρευτούμε για την αξιοπιστία της». Ο Winnicott περιγράφει επακριβώς τον τρόπο με τον οποίο μπορεί αυτό να συμβεί στη διαδικασία του παιχνιδιού: «χωρίς να κατασκευάζει ψευδαισθήσεις, το παιδί εξωτερικεύει ένα μέρος του λανθάνοντος ονείρου και ζει με αυτό το κομμάτι, μέσα από μια συνάθροιση τμημάτων δανεισμένα από την εξωτερική πραγματικότητα. Παίζοντας το παιδί χειρίζεται εξωτερικά ερεθίσματα τα οποία και τοποθετεί στην «υπηρεσία» του ονείρου και επενδύει σε επιλεγμένα εξωτερικά φαινόμενα στα οποία δίνει την έννοια και την αίσθηση του ονείρου» (1971).

Αν προσπαθήσουμε να χαρακτηρίσουμε την αρχή της μαγείας-γοητείας, θα λέγαμε ότι εξελίσσεται όπως η αρχή της πραγματικότητας με την κινητοποίηση μικρών ποσοτήτων της επένδυσης που όμως αν δεν εξαλειφθούν οι παράγοντες της προσοχής, της μνήμης, της κριτικής, τότε θα είναι σημαντικά τροποποιημένοι: η προσοχή θα είναι κυμαινόμενη, η μνήμη θα είναι περισσότερο διαδικαστική παρά δηλωτική και η κριτική προσαρμοσμένη σε μια δομημένη νέα πραγματικότητα συστατικό της διαμεσολαβητικής εμπειρίας.

Από ψυχαναλυτικής άποψης, η παρεχόμενη ψυχική φροντίδα στοχεύει στη δημιουργία προϋποθέσεων ώστε να υπάρξει ένας χώρος όπου να μπορεί να εκτυλίσσεται αυτή η αρχή της μαγείας-γοητείας, ένας

διαμεσολαβητικός χώρος ανάμεσα στη φαντασίωση και την πραγματικότητα «ένα χώρος φαντασίας διαφορετικός από εκείνον στον οποίο (ο αναλυόμενος) τοποθετεί τον αναλυτή ως αντικείμενο ενορμήσεων» (Donnet 1995, όπως τον παραθέτει ο Brusset, 2005), ευνοϊκό ως προς τον υποκειμενική ιδιοποίηση και των διαδικασιών συμβολοποίησης, σύμφωνα με το έργο του R. Roussillon (Matot 2010a).

Συγκεκριμένα για την εφηβεία, είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί μια επαρκής δυνατότητα που θα συμβάλει ταυτόχρονα στην ενεργοποίηση του αληθινού πλαισίου ζωής του εφήβου και της ψυχικής πραγματικότητας του εσωτερικού του κόσμου. Αυτή η διπλή πολικότητα τονίζει τη σημασία των μεταβατικών χαρακτηριστικών του θεραπευτικού πλαισίου: ευελιξία του θεραπευτικού χώρου και ενσωμάτωση των διαμεσολαβητικών λειτουργιών του θεραπευτικού πλαισίου. Υπό αυτή τη θεώρηση θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα αδιέξοδα γνωστικών λειτουργιών που σχετίζονται με αρχαϊκές φαντασιώσεις οι οποίες κινητοποιούνται από την ευθραυστότητα των στάσεων παντοδυναμίας που υιοθετούν μερικοί έφηβοι. Το έργο του S. Boimare (1999, 2008) έχει μοναδική αξία καθώς μπόρεσε να καταδείξει ότι η ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση των παιδιών και των εφήβων που έρχονται αντιμέτωποι με τον «φόβο τού μαθαίνω» περνάει μέσα από τη μαγεία-γοητεία της διαπαιδewγησης.

Η θεραπευτική δουλειά που γίνεται με τον έφηβο περιλαμβάνει κάθε φορά με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικό βαθμό, τους γονείς του. Είναι πράγματι χρήσιμο να θυμόμαστε την ευτυχή τοποθέτηση του Winnicott (1962) σύμφωνα με την οποία «οι γονείς είναι υποχρεωμένοι να πληρώνουν για να επιτρέπουν στα παιδιά να τους αμφισβητούν». Αυτό προϋποθέτει την ικανότητα των θεραπευτών των εφήβων να υιοθετήσουν απέναντι στους γονείς «την απαραίτητη υπομονή την οποία ψάχνουμε ώστε να (τους) κάνουμε ικανούς» (Alsteens 1984). Αυτή η υπομονή, που συνδέεται με τη χρονικότητα έχει ως συνέπεια την ευελιξία-ευπλαστότητα.

Το εύπλαστο θεραπευτικό πλαίσιο

Η ευελιξία του θεραπευτικού πλαισίου ανταποκρίνεται στον ορισμό που ο R. Roussillon (1988), λαμβάνοντας υπ' όψιν μια πρόταση-ιδέα του M. Milner, υπέδειξε ως λειτουργία του «εύπλαστου μέσου». Για πολλούς εφήβους, η πρόσβαση σε μια διπλή σχέση

που μπορεί να αναδείξει αυτή η μεταβατική διαμεσολαβητική λειτουργία, προϋποθέτει αρχικά ότι ο ίδιος ο χώρος στον οποίο εκτυλίσσεται η συνάντηση θα μπορέσει να αναδείξει αυτό το χαρακτηριστικό.

Πρέπει εντούτοις να εξασφαλίσουμε ότι αυτή η πλαστικότητα του θεραπευτικού χώρου δεν προκαλεί σύγχυση. Πράγματι, μια από τις συνθήκες της λειτουργίας της μεταβατικής αυτής αρχής είναι η αντίσταση στην καταστροφικότητα. Η προσαρμογή μας σε ένα εξατομικευμένο πλαίσιο πρέπει πάντα να έχει ως κριτήριο ότι η ευπλαστότητα-ευελιξία δεν θέτει σε κίνδυνο τον ενδεχόμενο δυαδικό δεσμό που θα δημιουργηθεί με τον έφηβο.

Η πρώτη μέριμνά μας είναι να εξασφαλίσουμε αυτό που η ευελιξία στοχεύει και διαπραγματεύεται, έτσι ώστε να μην περιοριστεί σε μία μηχανική και λειτουργική προσαρμογή στις απαιτήσεις του ενός και του άλλου. Αυτό σημαίνει ότι η προσοχή και η συνεχής πειθαρχία συμβάλλουν για να διευκρινιστεί κάθε φορά στους συμμετέχοντες, αλλά κυρίως στον έφηβο, αυτό που μπορεί να διατυπωθεί διαφορετικά μέσα σε μία συνεδρία. Θα πρέπει επίσης να είμαστε προσεκτικοί έτσι ώστε αυτή η ευελιξία να μην έρχεται σε σύγκρουση με τους μηχανισμούς άμυνας των εφήβων και ιδιαίτερα σε ό,τι έχει να κάνει με την παντοδύναμη τυραννία και τη μανιακή άρνηση.

Η ευελιξία-πλαστικότητα του θεραπευτικού χώρου είναι αυτή που επιτρέπει τη συνύπαρξη της θέσης που κατέχει η πραγματικότητα μέσα στη θεραπευτική διαδικασία διατηρώντας παράλληλα μ' έναν χώρο όπου οι έφηβοι μπορούν να εκφράσουν μέσω αυτής της μεταβιβαστικής-αντιμεταβιβαστικής συνάντησης το συμβολογενές δυναμικό και την υποκειμενικότητα της γοητείας-μαγείας. Γι' αυτόν τον λόγο, θα πρέπει να αποδεχθούμε και να υποστηρίξουμε αυτή τη μεταβλητότητα του θεραπευτικού χώρου, το περίβλημα του οποίου δεν μπορεί να καθοριστεί εκ των προτέρων, αλλά είναι διαπραγματεύσιμο, σε συνάρτηση με τον χώρο στον οποίο ζουν και κοινωνικοποιούνται οι έφηβοι. Το περίβλημα αυτό δεν μπορεί να επιβληθεί καθώς ο έφηβος δεν μπορεί να τεθεί σε μια κατάσταση παθητικότητας σε συνάρτηση με αυτό. Το θεραπευτικό πλαίσιο όντας ανοιχτό εξ αρχής, τις περισσότερες φορές, κατόπιν αιτήματος –έκδηλου ή λανθάνοντος– από έναν τρίτο, εμπεριέχει τη δυνατότητα στον έφηβο να τοποθετηθεί απέναντι σ' αυτό το αρχικό άνοιγμα.

Όπως γράφτηκε από τον Jeammet (1990), πρέπει «να βρεθεί η σωστή σχεσιακή απόσταση με τον έφηβο, ο οποίος περιμένει να κατανοηθεί χωρίς να βιώσει την ταπείνωση να πρέπει να εκφράσει ένα αίτημα και τον φόβο ότι θα αποκαλυφθούν τα μυστικά που τον περιστοιχίζουν». Ο αρχικός στόχος της πρώτης επαφής με τον έφηβο είναι να αισθανθεί την ύπαρξη ενός πλαισίου. Στη συνέχεια μπορεί να ενεργεί σιωπηλά. Μπορεί απλώς να διαπιστώσει από μόνος του χωρίς να έχει μπει ακόμη μέσα στο πλαίσιο, ότι υπάρχει μια θέση που του ανήκει αλλά και που είναι ελεύθερος να την αφήσει κενή.

Ο έφηβος θα πρέπει να αισθάνεται ότι έχει τη δυνατότητα να αφήσει αυτή τη θέση κενή – και, επομένως, να αρνηθεί να έρθει ο ίδιος. Ένας ορισμένος αριθμός θεραπειών με εφήβους μπορεί επίσης να γίνουν με τους γονείς, χωρίς την παρουσία του εφήβου. Πρέπει πράγματι να θυμηθούμε αυτό που επισημαίνεται από τον Jeammet (2004) ότι τα εξωτερικά αντικείμενα –συμπεριλαμβανομένων και των γονέων– «μπορεί να είναι οι διαμεσολαβητές των εσωτερικών αντικειμένων, διορθώνοντας συγκεκριμένες στάσεις-συμπεριφορές που μπορεί να τους φόβιζαν και να τους περιόριζαν μέχρι τώρα».

Έχει ενδιαφέρον για τον έφηβο να αισθάνεται ότι μπορεί να χρησιμοποιεί τον θεραπευτικό χώρο ως έναν σκηνοθετικό χώρο, εισάγοντας ανθρώπους που ανήκουν στο περιβάλλον του, κυρίως τους γονείς του. Είναι σημαντικό να μπορέσει να το δει υπό το πρίσμα της χρήσης του αντικειμένου όπως περιγράφηκε από τον Winnicott, το οποίο περιλαμβάνει την αντίσταση των συγγενών και του θεραπευτή, οι οποίοι ενώ επιτρέπουν να χρησιμοποιηθούν «παίζοντας το παιχνίδι» δεν μετατρέπονται όμως σε παιχνίδια που μπορούν να χειραγωγηθούν – και υπό αυτήν την έννοια να καταστραφούν, εγκαθιδρύοντας μια δική τους μεταβατική πραγματικότητα χρησιμοποιώντας αυτή τη λειτουργία της μαγείας.

Μέχρις ότου αναπτυχθεί αυτή η μεταβατική εμπειρία, οι έφηβοι συχνά εισάγουν ένα άλλο είδος «διαμεσολαβητών»: άλλοτε αυτό συμβαίνει μέσω προσώπων, αντικειμένων (όπως ορίζεται στο προηγούμενο κεφάλαιο), προσωπικών θεωριών.

Ο Ainsy Fabrice, 17 ετών, ο οποίος ήρθε για συμβουλευτική μετά από την αυτοκτονία του μικρότερου αδελφού του, αφιερώνει το κύριο μέρος των συνεδρίων μας στο να ξαναδημιουργήσει τον κόσμο. Συζητάμε για ζητήματα που φέρνει και αφορούν

στον τρόπο που οι κοινωνίες διαχειρίζονται τη βία, το έγκλημα, τη δολοφονία

Ο Melchior, 15 ετών, με την απειλή σχολικής άρνησης, βρισκόμενος μέσα σε μια κατάσταση παθητικότητας, βρίσκει τη δυνατότητα μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο –τη συχνότητα του οποίου ορίζει ο ίδιος– να βιώσει την μαγεία της επανάστασής του. Δημιουργεί ένα πρόσωπο, το οποίο έχει «εντοπίσει» στο διαδίκτυο, το τροποποιεί μέσω διαφόρων γραφικών προγραμμάτων που μαθαίνει να χρησιμοποιεί από έναν φίλο, και το εκτυπώνει σε μικρά αυτοκόλλητα.

Τα αρχικά "BW" που σημαίνουν "brain wash" είναι η έκφραση «πλύση εγκεφάλου» που χρησιμοποιείται από τους εφήβους και αναπαριστά τη «χειραγωγή» του σχολείου και της εκπαίδευσης. Στη συνέχεια μετατρέπεται, όταν ο Melchior κολλάει τα δεκάδες μικρά χαρτάκια του σε όλα τα εμφανή και μη προσβάσιμα μέρη του σχολείου, προκαλώντας με αυτόν τον τρόπο το ενδιαφέρον των μαθητών και τον εκνευρισμό των καθηγητών σε "being watched" (παρακολουθούμενος). Πραγματοποιεί έτσι μια ανατροπή στο περιεχόμενο της παθητικότητας, στην οποία ένιωθε φυλακισμένος, όχι χωρίς λόγο, και αντιστρέφει έτσι το καταδιωκτικό αίσθημα που παραλύει τις μαθησιακές του ικανότητες. Τελείωσε με επιτυχία την σχολική χρονιά και γράφτηκε μια σχολική μονάδα πιο ανεκτική στη δημιουργικότητα της εφηβείας.



Βλέπουμε εδώ την αποστασιοποίησή μου από ένα είδος θεραπευτικής προσέγγισης που αντιμετωπίζει την εφηβεία σαν μια περίοδο πένθων και απαραίτητων θυσιών. Ο σκοπός ενός θεραπευτικού προγράμματος για έναν έφηβο στριμωγμένο από την ένταση του άγχους της απώλειας, θέτοντας σε κίνδυνο τη ναρκισσιστική του ακεραιότητα, δεν συνίσταται στο να βοηθηθεί να βιώσει «τα αναγκαία πένθη» ούτε και από την άλλη στο να βοηθηθεί να «δεχτεί τα όρια», όταν ένας έφηβος βρίσκεται, όπως συμβαίνει σήμερα σε περιπτώσεις σχολικών αποτυχιών, μέσα σε παντοδύναμους μηχανισμούς άμυνας ενάντια σε καταστάσεις παθητικότητας. Αντίθετα, εκείνο που φαντάζει καθοριστικό είναι η ικανότητά μας να ενισχύσουμε με τη βοήθεια των εφήβων και των γονιών τους, έναν έμμεσο τρόπο ναρκισσιστικής στήριξης του αντικει-

μένου δηλαδή πετυχαίνοντας μια ναρκισσιστική επένδυση μέσα από έναν χώρο που επωφελείται της μεταβατικής λειτουργίας. Αυτή η έμμεση επένδυση του αντικείμενου, ναρκισσιστικής φύσης, αποτελεί ένα θεραπευτικό παράδοξο, όπως το αντιλαμβάνεται ο Roussillon (1991). Έρχεται να επιλύσει αυτό το παράδοξο που το έργο του P. Jeammet (1983, 1990) μας έκανε γνωστό, ότι δηλαδή η επένδυση του αντικείμενου απειλεί αρχικά τον ναρκισσισμό του εφήβου, που μάχεται ενάντια στην ένταση των φαντασιώσεων απώλειας, πριν να μπορέσει να τραφεί απ' αυτές. Εξ ου και η ανάγκη να προωθηθεί μια «μεταβατική παρουσίαση του αντικείμενου», το οποίο επιτρέπει τη «χρήση» του από τον έφηβο χωρίς να τίθεται το ερώτημα να γνωρίζει αν, για τον ίδιο ή για το περιβάλλον του, αυτό που χρησιμοποιεί ανήκει στον ίδιο ή σε άλλον.

Υπό αυτό το πρίσμα, είναι σαφές ότι το θεραπευτικό πλαίσιο θα πρέπει να είναι ευέλικτο και όσο το δυνατόν «ζωντανό» και δημιουργικό, έτσι ώστε ο έφηβος με τους γονείς του να μπορεί επωφεληθεί όταν και όπου το χρειαστούν. Αυτό το σύστημα θα έχει ως

κύριο στόχο τη δημιουργία προϋποθέσεων ασφάλειας και ναρκισσιστικής ενίσχυσης που να επιτρέπουν στον έφηβο και τους γονείς του να αποκλείσουν ή να άρουν το συντομότερο δυνατόν εκείνα που τον «πνίγουν-στραγγαλίζουν» που έχουν δημιουργηθεί από τις κινήσεις των αντιδράσεων και από μια αμοιβαία κλιμάκωση. Η απελευθέρωση της δυνατότητας της ναρκισσιστικής επένδυσης που μπορεί να προκύψει, είναι εκείνη που δίνει την πρώτη ώθηση για να βγει από το αδιέξοδο. Είναι ακριβώς αυτή η στιγμή που μια ψυχοθεραπευτική δουλειά ατομική ή οικογενειακή βασισμένη στις αναπαραστάσεις, τις συνδέσεις, τους συμβολισμούς, μπορεί να ξεδιπλωθεί. Αυτή η προτεραιότητα στην απελευθέρωση ενός τόπου μεταβατικής στήριξης πάνω στο αντικείμενο, και στην προσπάθεια να αποδοθεί συσχέτιση και νόημα που φαίνεται καθοριστική. Είναι ακριβώς σε αυτόν τον μεταβατικό χώρο όπου μπορεί να διεξαχθεί μια μετάλλαξη της παντοδυναμίας και να λάβει χώρα μια επανεπένδυση της πραγματικότητας μέσα από την επιρροή της μαγείας-γοητείας.

ADOLESCENCE, DÉCONSTRUCTION ET PRINCIPE D'ENCHANTEMENT

J.P. Maïtof

Pédopsychiatre-Psychanalyste, Directeur de la Revue Belge de la Psychanalyse, Secrétaire de l' Association Européenne de Psychopathologie de l' Enfant et de l' Adolescent

Child and Adolescent Psychiatry 2014, 2:6–22

Les processus de développement à l' adolescence et leurs avatars, envisagés dans la perspective d' une appropriation de Soi et du monde, impliquent un double travail de renégociation du contrat narcissique primaire et de transformation de l' omnipotence. Ces deux dimensions impliquent d' une part un mouvement de déconstruction-reconstruction qui doit être différencié de la destructivité. A cet égard, il est utile sur le plan clinique de différencier un pôle objectal et un pôle narcissique dans la déconstruction, ce dernier étant beaucoup plus susceptible de se dégrader en destructivité. Et, d' autre part, un investissement d' espaces transitionnels extrafamiliaux prolongeant l' espace du jeu de l' enfance. Cet investissement procède selon un principe d' enchantement, intermédiaire entre le principe de plaisir-déplaisir et le principe de réalité.

Key words: Adolescence, crise d' adolescence, contrat narcissique, omnipotence, déconstruction, principe d' enchantement.

Βιβλιογραφία

- Alain-Fournier. *Le Grand Meaulnes*. Emile Paul Frères, Paris, 1913
- Alsteens A. Problématique narcissique et cadre analytique. *Revue Belge de Psychanalyse* 1984, 5:41-63
- Aulagnier P. *La violence de l'interprétation*. PUF, Paris 1975
- Blanchard B, Balkan T. *La temporalité à l'adolescence: les avatars du processus de temporalisation pubertaire*. *Psychiatre de l'Enfant*, LII 2009, 2:373-402
- Boimare S. *L'enfant et la peur d'apprendre*. Dunod, Paris, 1999
- Boimare S. *Ces enfants empêchés de penser*. Dunod, Paris, 2008
- Brusset B. Métapsychologie du lien et "troisième topique?". *Bull Soc Psychanal Paris* 2005, 78:23-88
- Cahn R. *Adolescence et folie*. Presses Universitaires de France, Paris 1994
- Cahn R. *Subjectivation*. In: Houzel D, Emmanuelli M, Moggio F. *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Presses Universitaires de France, Paris 2000
- Carroll L. *Les Aventures d'Alice au Pays des Merveilles* (2005). Gallimard, Paris, 1864
- Freud S (1907). *Le délire et les rêves dans la Gradiva de W. Jensen*. Gallimard, Paris, 1986
- Freud S (1911). Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. In: *Résultats, idées, problèmes* I. Presses Universitaires de France, Paris, 1984
- Freud S (1914). *Pour introduire le narcissisme*. In: *La vie sexuelle*. Presses Universitaires de France, Paris, 1970
- Freud S (1920). Au-delà du principe de plaisir. In: *Essais de psychanalyse*. Payot, Paris, 1981
- Freud S (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. In: *Essais de psychanalyse*. Payot, Paris, 1981
- Gabbard GO, Ogden Th. (2009). *Devenir psychanalyste*. *L'Année psychanalytique internationale*, 2010:195-214
- Green A (1972). *Note sur les processus tertiaires*. *Revue Française de Psychanalyse*, 1972, repris dans: *Propédeutique*. Champ Vallon, 1995
- Green A. *De la tiercéité*. In: *Jouer avec Winnicott*. Presses Universitaires de France, Paris, 2005
- Jeammet Ph. *Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence*. *Revue Française de Psychanalyse* 1980, 44:481-523
- Jeammet Ph. *Du familial à l'étranger. Territoire et trajets de l'adolescent*. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1983, 31:361-381
- Jeammet Ph. *Les destins de la dépendance à l'adolescence*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1990, 38:190-199
- Jeammet Ph. *Les enjeux des identifications à l'adolescence*. *J de la Psychanalyse de l'Enfant* 1991, 10:140-163
- Jeammet Ph. In: André J. *L'énigme du masochisme*, Presses Universitaires de France, Paris, 2000
- Jeammet P. *Les aménagements de la séparation à l'adolescence*. In: Chouvier B. *Les processus psychiques de la médiation*. Dunod, Paris, 2004
- Kaës R. La catégorie de l'intermédiaire chez Freud: un concept pour la psychanalyse? *L'Evolution psychiatrique* 1985, 50:893-926
- Kaës R. *Les alliances inconscientes*. Dunod, Paris, 2009
- Le Breton D. *Signes d'identité*. Métailié, Paris, 2002:224
- Matot JP, Roussillon R. *La psychanalyse: une remise en jeu*. Presses Universitaires de France, Paris, 2010a
- Matot J-P. *Place de l'agressivité primaire dans les processus de déconstruction et d'appropriation à l'adolescence*. *Enfances, Adolescents*, 18, 2010b
- Matot J-P. *Place des processus de déconstruction dans l'appropriation subjective à l'adolescence*. *Psychiatrie de l'Enfant*, LIV, 2011a, 1:175-200
- Matot J-P. "zum Raum wird hier die Zeit": l'élaboration de la dépression maternelle dans le Parsifal de Richard Wagner. *Revue Belge de Psychanalyse*, 2011b:58
- Matot J-P. *L'enjeu adolescent. Déconstruction, enchantement et appropriation d'un monde à soi*. Presses Universitaires de France, Paris 2012
- Meyer S. *Fascination*. Hachette, Paris 2005
- Proust M (1913). *A la recherche du temps perdu*. Gallimard, Paris, 1954
- Roheim G (1943). *Origine et fonction de la culture*. Gallimard, Paris, 1972
- Roheim G (1955). *Magie et schizophrénie*. Anthropos, Paris, 1969
- Roussillon R (1988). *Le médium malléable, la représentation de la représentation et la pulsion d'emprise*. *Revue Belge de Psychanalyse*, 13:71-87
- Rowling JK (1997-2007). *Harry Potter*. Gallimard, Paris, 1998-2007
- Winnicott D.W. *Distorsions du moi en fonction du vrai et du faux «self»*. In: *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, Paris 1960
- Winnicott DW (1962). *L'adolescence*. In: *Déprivation et délinquance*, Payot, Paris, 1994
- Winnicott DW. *Jouer. Proposition théorique*. In: *Jeu et réalité*. Gallimard, Paris, 1971

Γενικό άρθρο
General article

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Μ. Κυριακόπουλος

*Consultant Child and Adolescent Psychiatrist, National and Specialist Acorn Lodge Inpatient Children's Unit,
South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London,
Visiting Lecturer, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK,
Adjunct Assistant Professor, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA*

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2014, 2:23–30

Η σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης (ηλικία εκδήλωσης <18 ετών) είναι μια σοβαρή μορφή ψυχωτικής διαταραχής με χειρότερη πρόγνωση από τη σχιζοφρένεια που εκδηλώνεται αργότερα στην ενήλικη ζωή. Η πρωιμότερη έναρξη της διαταραχής προσφέρεται για έρευνα του οργανικού υποστρώματος και των αναπτυξιακών διαφοροποιήσεων του εγκεφάλου που οδηγούν στην ψύχωση. Προοπτικές νευροαπεικονιστικές μελέτες υποδεικνύουν ένα κύμα δομικών εγκεφαλικών αλλαγών-ελλειμμάτων το οποίο ακολουθεί τη φυσιολογική ωρίμανση, όπως αυτή ξεκινά από τα οπίσθια τμήματα του φλοιού και προχωρά προσθίως κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Ο προσδιορισμός αυτής της πορείας δομικών αλλαγών στην οργάνωση της λευκής ουσίας και των λειτουργικών συνεπειών τους στις απαραίτητες λειτουργίες του εγκεφάλου σε σχέση με την ηλικία, μπορεί να αυξήσει την κατανόηση των μηχανισμών που σχετίζονται με την εκδήλωση της ψύχωσης και να συμβάλει στην αναγνώριση παραγόντων που τις επηρεάζουν. Αυτή η μελέτη μπορεί επίσης να αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντική στον καλύτερο χαρακτηρισμό των παθοφυσιολογικών και κλινικών συσχετίσεων της διαταραχής και να οδηγήσει στη δημιουργία καλύτερων στρατη-

γικών πρόληψης και θεραπείας. Σε αυτό το άρθρο θα παρουσιαστούν τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας πρώιμης έναρξης καθώς και δεδομένα από μια συνδυαστική δομική-λειτουργική νευροαπεικονιστική μελέτη στην εφηβική σχιζοφρένεια. Θα υποστηριχτεί ότι η ηλικία έναρξης επηρεάζει τις παρατηρούμενες αλλαγές στις συνδέσεις λευκής ουσίας και τις επιδράσεις τους στα νευρωνικά δίκτυα λειτουργικής μνήμης στη σχιζοφρένεια.

Λέξεις ευρετηρίου: Σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης, εφηβεία, νευροαπεικόνιση, λευκή ουσία, λειτουργική μνήμη.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης αντιπροσωπεύει μια περισσότερο σοβαρή και ενδεχομένως περισσότερο «νευροαναπτυξιακή» μορφή σχιζοφρένειας (Vourdas et al 2003) που παρουσιάζεται σε ποσοστό σχεδόν 5% του συνόλου των περιπτώσεων σχιζοφρένειας (Cannon et al 1999). Η εμφάνιση σχιζοφρένειας πριν την ήβη είναι πολύ σπάνια ενώ αυξάνει σημαντικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Hafner & Nowotny 1995, Remschmidt et al 1994), η οποία αποτελεί μια περίοδο εκτεταμένης αναδιοργάνωσης του εγκεφάλου (Giedd et al 2006). Η εμφάνισή της έχει συσχετιστεί με δομικές αλλαγές τόσο σε περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού όσο και στη λευκή ουσία η οποία συνδέει φλοιικές περιοχές σε λειτουργικά δίκτυα. Αυτές οι αλλαγές φαίνεται να είναι σε κάποιον βαθμό γενετικά και σε κάποιον βαθμό περιβαλλοντικά καθορισμένες και προηγούνται από την εμφάνιση του κλινικού συνδρόμου. Παρόλ' αυτά, η ακριβής αλληλοδιαδοχή τους σε σχέση με την έναρξη των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας παραμένει ασαφής. Η μελέτη της σχιζοφρένειας με πρωιμότερη έναρξη των συμπτωμάτων είναι πιθανό να συμβάλει στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ φυσιολογικών αναπτυξιακών διεργασιών και παθολογικών εγκεφαλικών αλλαγών που οδηγούν στην εκδήλωση της διαταραχής.

1.1. Κλινική εικόνα

α. Φαινομενολογία

Η σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης έχει γενικά συσχετιστεί με πιο σταδιακή εμφάνιση των συμπτωμάτων που είναι ακόμα πιο χαρακτηριστική

στα νεαρότερα παιδιά (Asarnow & Ben-Meir 1988, Kolvin et al 1971, McClellan & McCurry 1998, Werry et al 1991). Φαινομενολογικές μελέτες με δομημένες ή ημιδομημένες διαγνωστικές συνεντεύξεις (Kyriakopoulos & Frangou 2007) έχουν δείξει τη συχνή παρουσία ακουστικών ψευδαισθήσεων και αρνητικών συμπτωμάτων συμπεριλαμβανομένων επιπεδωμένου ή απρόσφορου συναισθήματος σε αυτήν την ομάδα ασθενών. Άλλου τύπου ψευδαισθήσεις (οπτικές, απτικές) είναι επίσης αρκετά συχνές (David et al 2011). Παραληρητικές ιδέες είναι επίσης συχνές αλλά δεν είναι τόσο καλά σχηματοποιημένες ενώ κατατονικά συμπτώματα μοιάζει να είναι λιγότερο συχνά (McClellan et al 2013). Ο εντοπισμός διαταραχής στη δομή της σκέψης (formal thought disorder) εξαρτάται από το δείγμα και τον ορισμό που έχει χρησιμοποιηθεί (Caplan et al 2000) και είναι σημαντικό να διαφοροποιηθεί από αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας σε αυτή την ομάδα ασθενών. Συνολικά, η συμπτωματολογία εξαρτάται από την ηλικία, το αναπτυξιακό στάδιο και τις γνωστικές ικανότητες του ασθενούς (Bettes & Walker 1987, Volkmar et al 1988). Παρόλ' αυτά, η διαγνωστική σταθερότητα είναι πολύ υψηλή (Hollis 2000, Remschmidt et al 2007).

β. Αναπτυξιακές διαταραχές

Ανωμαλίες στην ανάπτυξη λόγου και ομιλίας είναι ίσως η συχνότερη αναπτυξιακή διαταραχή που παρατηρείται σε αυτήν την ομάδα ασθενών, πιθανώς συχνότερα από αυτή που συναντάται σε σχιζοφρένεια που εκδηλώνεται μετά την ενηλικίωση (Kyriakopoulos & Frangou 2007). Καθυστέρηση στην απόκτηση κινητικών δεξιοτήτων που έχει α-

ναφερθεί στη σχιζοφρένεια (Cannon et al 2002, Isohanni et al 2002, Jones et al 1994, Walker et al 1994) επίσης απαντάται στη διαταραχή με πρώιμη έναρξη αλλά είναι ίσως λιγότερο συχνή συγκριτικά με τις διαταραχές λόγου και ομιλίας (Kyriakopoulos & Frangou 2007). Διαταραχές στην επικοινωνία και κοινωνική προσαρμοστικότητα πριν τη νόσηση είναι επίσης χαρακτηριστικές. Οι Kolvin et al (1971) αναφέρουν ότι η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος τους (87%) ήταν «ιδιόρρυθμοι» (odd) πριν την έναρξη της διαταραχής και περισσότεροι από τους μισούς ήταν ντροπαλοί, ευαίσθητοι και με τάσεις απομόνωσης. Οι δυσκολίες στις κοινωνικές δεξιότητες μοιάζει να είναι πιο συχνές σε παιδιά και εφήβους με σχιζοφρένεια σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας που πάσχουν από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Asarnow & Ben-Meir 1988, Hollis 1995, Muratori et al 2005, Werry et al 1991). Προνοσηρή δυσπροσαρμοστικότητα στο σχολείο ίσως είναι χαρακτηριστικότερη της σχιζοφρένειας πρώιμης έναρξης συγκριτικά με τις συναισθηματικές ψυχώσεις (Schothorst et al 2006).

γ. Γνωστική λειτουργία

Παρά το γεγονός ότι οι μελέτες που αναφέρονται στις γνωστικές ικανότητες παιδιών και εφήβων με σχιζοφρένεια ίσως δεν είναι απολύτως ακριβείς επειδή συνήθως δεν περιλαμβάνουν άτομα με νοητική υστέρηση, οι περισσότερες από αυτές δείχνουν μειωμένο νοητικό δυναμικό (IQ) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια ή διαταραχές αυτού του φάσματος σε σύγκριση με υγιείς (Kyriakopoulos & Frangou 2007). Οι Gochman et al (2005) αξιολόγησαν προοπτικά κάθε 2 χρόνια το νοητικό δυναμικό παιδιών με σχιζοφρένεια και κατέδειξαν ότι μετά από μια περίοδο αρχικής μείωσης που ξεκινούσε 2 χρόνια πριν τη διάγνωση μέχρι 1,7 χρόνια μετά, το νοητικό δυναμικό παρέμεινε σταθερό για πάνω από 13 χρόνια. Αυτό επίσης υποστηρίζεται από μελέτες που δείχνουν έλλειψη συσχετισμού μεταξύ διάρκειας νόσου και δεικτών γνωστικής λειτουργίας ενώ η πρωιμότερη ηλικία έναρξης δεν μοιάζει να σχετίζεται με πιο εκτεταμένη προνοσηρή ή σύγχρονη γνωστική επιβάρυνση. Παρόλ' αυτά, μεγάλος αριθμός μελετών αναφέρει διαταραχές σε πολλές περιοχές της γνωστικής λειτουργίας, κυρί-

ως προσοχή και συγκέντρωση, μνήμη, εκτελεστική λειτουργία και άλλες ανώτερες γνωστικές λειτουργίες (Kyriakopoulos & Frangou 2007).

δ. Κλινική πορεία

Σε σύγκριση με τη σχιζοφρένεια που εκδηλώνεται στην ενήλικη ζωή, η εφηβική και ειδικότερα η παιδική σχιζοφρένεια μοιάζει να έχει χειρότερη πρόγνωση (Jacobsen et al 1998, Rabinowitz et al 2006). Οι περισσότερες προοπτικές μελέτες βρίσκουν στην πλειονότητα των νεαρών ασθενών χρόνια νόσο ενώ πολλοί λίγοι διατηρούν καλή λειτουργικότητα (Cawthron et al 1994, Fleischhaker et al 2005, Maziade et al 1996, Mc Clellan et al 1993, Remschmidt et al 2007, Ropcke et al 2005, Werry et al 1991). Περισσότερο αισιόδοξα αποτελέσματα έχουν επίσης αναφερθεί (Asarnow et al 1994, Pencer et al 2005) με μέχρι το 60% των ασθενών να έχουν σημαντικά βελτιωθεί. Παρόλ' αυτά, μελέτες που παρακολούθησαν την κλινική πορεία των ασθενών για μεγάλο χρονικό διάστημα, έως και 42 χρόνια (Eggers & Bunk 1997, Lay et al 2000, Remschmidt et al 2007) καταδεικνύουν ότι η πρώιμη νόσηση σχετίζεται γενικά με πτωχή πρόγνωση.

1.2. Νευροαπεικονιστικά δεδομένα

α. Δομικά νευροαπεικονιστικά ευρήματα

Μελέτες τομογραφίας μαγνητικού συντονισμού (MRI) έχουν συμβάλει στον εντοπισμό μείωσης του συνολικού όγκου φαιάς ουσίας και αύξησης του μεγέθους των πλαγίων κοιλιών, τόσο στη σχιζοφρένεια με έναρξη στην ενήλικη ζωή όσο και σε αυτή πρώιμης έναρξης (Kyriakopoulos & Frangou 2007). Προοπτικές μελέτες παιδιών με σχιζοφρένεια κατέδειξαν περισσότερο εκτεταμένη μείωση του όγκου της φαιάς ουσίας η οποία όμως ακολουθεί τη φυσιολογική πορεία ανεστραμμένου U από οπίσθιες προς πρόσθιες φλοιικές περιοχές κατά τη διάρκεια της ωρίμανσης προς την ενηλικίωση (Thompson et al 2001). Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός μελετών που χρησιμοποιούν απεικόνιση τανυστή διάχυσης (diffusion tensor imaging, DTI) αναφέρουν αλλαγές στα δεμάτια λευκής ουσίας συμβατές με μικρο-δομικές αλλοιώσεις στη σχιζοφρένεια (Samartzis et al 2013). Οι περισσότερες με-

λέτες σε παιδιά και εφήβους έχουν δείξει μια ίσως διαφορετική μορφή με λιγότερο εκτεταμένες αλλοιώσεις σε σύγκριση με ενήλικες ασθενείς (Samartzis et al 2013).

β. Λειτουργικά απεικονιστικά ευρήματα: Η σημασία της λειτουργικής μνήμης

Οι διαταραχές της λειτουργικής μνήμης συγκαταλέγονται στις κεντρικές γνωστικές ανωμαλίες της σχιζοφρένειας (Barch 2005, Forbes et al 2009). Η λειτουργική μνήμη εξυπηρετείται από μετωπιο-βρεγματικά νευρωνικά δίκτυα που υφίστανται αναδιοργάνωση κατά τη διάρκεια της εφηβείας, γεγονός που ενδέχεται να σχετίζεται με την αποκλίνουσα από το φυσιολογικό αναπτυξιακή διαδικασία ωρίμανσης στη σχιζοφρένεια. Μετα-αναλυτικά δεδομένα (Glahn et al 2005, Minzenberg et al 2009) υποστηρίζουν ένα μοντέλο πολύπλοκης δυσλειτουργίας στη σχιζοφρένεια, κυρίως στις προμετωπιαίες φλοιικές περιοχές, αλλά και σε ευρύτερα νευρωνικά κυκλώματα που συμπεριλαμβάνουν το πρόσθιο προσαγωγίο και τους βρεγματικούς λοβούς. Μελέτες ασθενών με πρώιμη έναρξη επίσης αναφέρουν δυσλειτουργία στο πρόσθιο προσαγωγίο, σε προμετωπιαίες και βρεγματικές περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού (Pauly et al 2008, White et al 2011).

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία της μελέτης αυτής αναπτύσσεται με λεπτομέρεια σε προηγούμενες δημοσιεύσεις (Kyriakopoulos et al 2008, Kyriakopoulos et al 2009, Kyriakopoulos et al 2012). Περιληπτικά, DTI και λειτουργική MRI (fMRI) χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη των αλλοιώσεων στη λευκή ουσία και των λειτουργικών αποτελεσμάτων στη σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης. Η διερεύνηση αυτή ολοκληρώθηκε σε τρία στάδια:

α. Με τη μέθοδο του DTI συγκρίθηκε η συνοχή των δεματίων της λευκής ουσίας, όπως προσδιορίζεται από τον δείκτη κλασματική ανισοτροπία (fractional anisotropy, FA) μεταξύ 19 ασθενών με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης και 20 υγιών εφήβων αντιστοιχισμένων κατά την ηλικία, το φύλο

και τη γονεϊκή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Kyriakopoulos et al 2008).

β. Με τη μέθοδο του DTI μελετήθηκε η επίδραση της ηλικίας έναρξης της σχιζοφρένειας στη λευκή ουσία σε ένα δείγμα 17 ασθενών με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης και 17 ασθενών με σχιζοφρένεια έναρξης κατά την ενήλικη ζωή, σε σύγκριση με 17 υγιείς εφήβους και 17 υγιείς ενήλικες, αντιστοιχισμένους ως προς τις υπόλοιπες δημογραφικές παραμέτρους με τις αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες (Kyriakopoulos et al 2009).

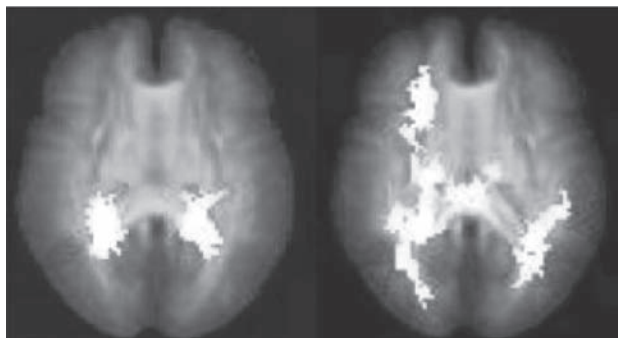
γ. Με τη μέθοδο της fMRI κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας λειτουργικής μνήμης N-back μελετήθηκαν οι νευρωνικές παράμετροι της διαταραχής σε επίπεδο λειτουργικής απαρτίωσης σε 14 ασθενείς με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης σε σύγκριση με 20 αντιστοιχισμένους υγιείς εφήβους (Kyriakopoulos et al 2012).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Λεπτομέρειες των αποτελεσμάτων επίσης αναπτύσσονται σε προηγούμενες δημοσιεύσεις (Kyriakopoulos et al 2008, Kyriakopoulos et al 2009, Kyriakopoulos et al 2012). Συνοπτικά η μελέτη αυτή εντόπισε:

α. Αμφοτερόπλευρη μείωση FA στη βρεγματική λευκή ουσία εκτεινόμενη στο οπίσθιο μεσολόβιο κυρίως στα αριστερά και στη δεξιά άνω επιμήκη δεσμίδα και το αριστερό μέσο παρεγκεφαλιδικό σκέλος στη σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης (Kyriakopoulos et al 2008).

β. Διαφορετική μορφή μείωσης FA στη σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης συγκρινόμενη με τη σχιζοφρένεια με έναρξη στην ενήλικη ζωή (εικόνα 1). Οι έφηβοι ασθενείς παρουσίασαν μειωμένη FA στη βρεγματική λευκή ουσία ενώ στους ενήλικες ασθενείς η μείωση FA ήταν περισσότερο εκτεταμένη και συμπεριελάμβανε επίσης αλλοιώσεις στη μετωπιαία και κροταφική λευκή ουσία. Απευθείας σύγκριση των διαφορών σε κάθε ηλικιακή ομάδα χωριστά (έφηβοι συγκρινόμενοι με ενήλικες) αποκάλυψε δύο μετωπιαίες περιοχές όπου η σχιζοφρένεια αλληλεπιδρά με την ηλικία έναρξης. Σε αυτές τις περιοχές, η FA αυξάνει με



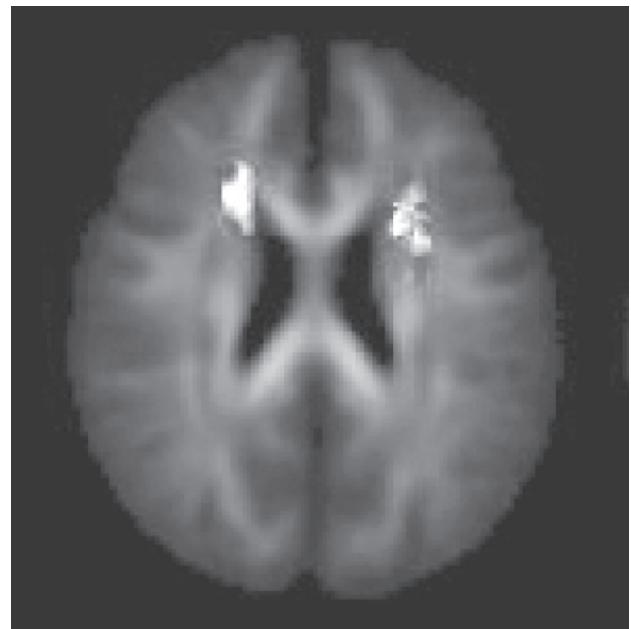
Σχιζοφρένεια
πρώιμης έναρξης

Σχιζοφρένεια με έναρξη
στην ενήλικη ζωή

Εικόνα 1. Εικόνα κλασματικής ανισοτροπίας (fractional anisotropy, FA) όπου οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν μειωμένη FA σε σύγκριση με τους υγιείς της ίδιας ηλικιακής ομάδας.

την ηλικία στους υγιείς, είναι σχεδόν στάσιμη στους ενήλικες ασθενείς και μειώνεται στους εφήβους ασθενείς (εικόνα 2) (Kyriakopoulos et al 2009).

γ. Μειωμένη ενεργοποίηση στον οπισθοπλάγιο προμετωπιαίο φλοιό, στον φλοιό του πρόσθιου προσαγωγίου και στη μετωπιαία καλύπτρα (εικόνα 3), μείωση στη συνδετικότητα του οπισθοπλάγιου προμετωπιαίου φλοιού με άλλες περιοχές του εγκεφάλου, και επίδραση της ηλικίας στη συνδετικότητα μεταξύ οπισθοπλάγιου προμετωπιαίου φλοιού με τον φλοιό του πρόσθιου προσαγωγίου στους ασθενείς (Kyriakopoulos et al 2012).



Εικόνα 2. Τομή κλασματικής ανισοτροπίας (fractional anisotropy, FA) που καταδεικνύει τις περιοχές όπου η επίδραση της σχιζοφρένειας στην FA εξαρτάται από τη ηλικιακή ομάδα (έναρξη στην εφηβεία σε αντιπαράθεση προς έναρξη στην ενήλικη ζωή).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην αναφερόμενη συνδυαστική δομική και λειτουργική μελέτη εξετάστηκαν οι νευρωνικές συνδέσεις ασθενών με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης και τα επακόλουθα των αλλοιώσεών τους κατά την ενεργοποίηση της λειτουργικής μνήμης. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν τον κεντρικό



Εικόνα 3. Περιοχές με σημαντικές διαφορές στην ενεργοποίηση στη δοκιμασία λειτουργικής μνήμης N-Back (2-back σε σύγκριση με 0-back) όπου οι ασθενείς με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης εμφανίζουν μικρότερη ενεργοποίηση από τους υγιείς εφήβους.

ρόλο των μετωπαιο-βρεγματικών συνδέσεων στην ανάπτυξη σχιζοφρένειας με πρωιμότερη έναρξη και αναδεικνύουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διεργασιών που σχετίζονται με τη φυσιολογική ανάπτυξη και των παθολογικών μηχανισμών που σχετίζονται με τη νόσηση. Τα ευρήματα υποστηρίζουν το μοντέλο προοπτικών μελετών των διαταραχών της φαιάς ουσίας που καταγράφουν μια διεργασία που ξεκινά από τις οπίσθιες περιοχές του φλοιού και εξελίσσεται προς πρόσθιες περιοχές (Thompson et al 2001). Παρά το γεγονός ότι δεν εντοπίστηκαν προμετωπιαίες αλλοιώσεις στη λευκή ουσία σε απευθείας σύγκριση ασθενών με πρώιμη έναρξη της διαταραχής και υγιών εφήβων, η διαφοροποιημένη επίδραση της ηλικίας έναρξης της σχιζοφρένειας καταδείχθηκε σε δύο σχεδόν ομοιοτικές μετωπιαίες δεξιά και αριστερά περιοχές (Kyriakopoulos et al 2009). Η δομική ωρίμανση του μετωπιαίου λοβού θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική στη γνωστική ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της αρχής της ενήλικης ζωής. Η αλληλεπίδραση μεταξύ της φυσιολογικής αυτής διαδικασίας ωρίμανσης και διεργασιών που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια ενδέχεται να συνδέεται με τις γνωστικές διαταραχές που παρατηρούνται ως αποτέλεσμα της διαταραγμένης συνδεσιμότητας και απαρτίωσης των προμετωπιαίων περιοχών με άλλα τμήματα του φλοιού σε λειτουργικά δίκτυα.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια πρώιμης έναρξης εμφάνισαν μειωμένη ενεργοποίηση κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας λειτουργικής μνήμης N-back στο δίκτυο προμετωπιαίου φλοιού – πρόσθιας έλικας του προσαγωγίου και ευρύτερα σε μετωπιαίες και βρεγματικές περιοχές. Αυτό ενδεχομένως υποδηλώνει μια ευρύτερη δυσλειτουργία σχετιζόμενη με την πρωιμότερη έναρξη της σχιζοφρένειας που συνδέεται με πιο εκτεταμένη επιπλοκή των παραπάνω δικτύων με αποτέλεσμα σοβαρότερες διαταραχές στην ικανότητα επιλογών, παρακολούθηση λαθών και λειτουργικής μνήμης. Παρά το γεγονός ότι απευθείας σύγκριση με ασθενείς που εμφάνισαν σχιζοφρένεια στην ενήλικη ζωή δεν ήταν δυνατή, τα αποτελέσματα της fMRI υποδηλώνουν ίσως ότι η δυσλειτουργία στο δίκτυο λειτουργικής μνήμης είναι σοβαρότερη και περισσότερο γενικευμένη στην εφηβική σχιζοφρένεια

από την παρατηρούμενη στη σχιζοφρένεια των ενηλίκων (Glahn et al 2005).

Κάποιοι περιορισμοί στη συγκεκριμένη μελέτη είναι απαραίτητο να αναφερθούν. Ο κύριος περιορισμός είναι ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν ήταν σε θεραπεία με άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα αντιψυχωσικά έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν τις παραμέτρους του DTI (Samartzis et al 2013) και του fMRI (Barch & Smith 2008). Παρόλ' αυτά, οι περισσότερες μελέτες DTI δεν έχουν εντοπίσει κάποια σχέση μεταξύ FA και φαρμάκων ενώ κάποιες μελέτες αναφέρουν επιδράσεις στην ενεργοποίηση κατά τις δοκιμασίες fMRI που σχετίζονται με ανταγωνιστές ντοπαμίνης προς την αντίθετη κατεύθυνση από την παρατηρούμενη στην αναφερθείσα μελέτη (Honey et al 1999). Επιπρόσθετα, μείωση FA στη σχιζοφρένεια έχει αναφερθεί σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει ποτέ φάρμακα (Samartzis et al 2013). Παρόλ' αυτά, τα αποτελέσματα της μελέτης θα μπορούσαν θεωρητικά να έχουν επηρεαστεί σε κάποιον βαθμό και από τα αντιψυχωσικά φάρμακα που λάμβαναν οι ασθενείς. Επιπρόσθετοι περιορισμοί είναι το σχετικά μικρό δείγμα, και ο συγχρονικός σχεδιασμός της μελέτης. Μελέτες με μεγαλύτερα δείγματα, προοπτικές μελέτες και μελέτες που συνδυάζουν γενετική και νευροαπεικόνιση είναι πιθανό να αυξήσουν την κατανόηση της πορείας των εγκεφαλικών αλλαγών που σχετίζονται με την έναρξη της σχιζοφρένειας.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη της σχιζοφρένειας πρώιμης έναρξης είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόοδο της έρευνας των νευροαναπτυξιακών εγκεφαλικών αλλοιώσεων που οδηγούν στην ψύχωση, τόσο σε δομικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο. Η συμβολή της είναι καθοριστική στον εντοπισμό και την καλύτερη κατανόηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών που σχετίζονται με την εκδήλωση της σχιζοφρένειας, την ηλικία έναρξης της διαταραχής και τον τρόπο αλληλεπίδρασης της φυσιολογικής νευρωνικής ωρίμανσης με παθολογικές νευροαναπτυξιακές διεργασίες. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να προσεγγιστεί αποτελεσματικότερα η πολύπλοκη αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας και να ανοιχθούν νέοι δρόμοι πρόληψης και αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης.

EARLY ONSET SCHIZOPHRENIA BRIEF OVERVIEW AND INSIGHTS FROM A MULTIMODAL NEUROIMAGING STUDY

M. Kyriakopoulos

Consultant Child and Adolescent Psychiatrist,
National and Specialist Acorn Lodge Inpatient Children's Unit,
South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London,
Visiting Lecturer, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience,
King's College London, London, UK,
Adjunct Assistant Professor, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA

Child and Adolescent Psychiatry 2014, 2:23–30

Early Onset Schizophrenia (EOS-age of onset <18 year) is a severe psychotic disorder with worse prognosis compared to schizophrenia presenting in adult life. With its earlier onset, it may allow for better characterisation of neural correlates and neurodevelopmental deviations leading to psychosis. Longitudinal neuroimaging studies of EOS are suggestive of a wave of more extensive gray matter changes associated with schizophrenia following the normal back-to-front cortical volumetric reductions observed during adolescence. Better understanding of white matter changes and their functional impact in brain integration associated with age may lead to identification of mechanisms linked with psychosis onset and contribute to the detection of factors that can affect these changes. This may prove crucial in improving the characterisation of pathophysiological and clinical correlates of the disorder and the development of better prevention and treatment strategies. In this paper, the main clinical characteristics of EOS and data from a multimodal (structural and functional) neuroimaging study will be presented. It will be argued that age of onset affects the white matter structural abnormalities and their functional impact in working memory networks in schizophrenia.

Key words: Early onset schizophrenia (EOS), adolescence, neuroimaging, white matter, working memory.

Βιβλιογραφία

- Asarnow JR, Ben-Meir S. Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: A comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 1988, 29:477–488
- Asarnow JR, Tompson MC, Goldstein MJ. Childhood-onset schizophrenia: A follow up study. *Schizophr Bull* 1994, 20:599–617
- Barch DM. The cognitive neuroscience of schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 2005, 1:321–353
- Barch DM, Smith E. The cognitive neuroscience of working memory: relevance to CNTRICS and schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008, 64:11–17
- Bettes BA, Walker E. Positive and negative symptoms in psychotic and other psychiatrically disturbed children. *J Child Psychol Psychiatry* 1987, 28:555–568
- Cannon M, Jones P, Huttunen MO, Tanskanen A, Huttunen T, Rabe-Hesketh S et al. School performance in Finnish children and later development of schizophrenia: A population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:457–463
- Cannon M, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H-L, Taylor A, Murray RM et al. Evidence for early childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder: Results from a longitudinal birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:449–456
- Caplan R, Guthrie D, Tang B, Komo S, Asarnow RF. Thought disorder in childhood schizophrenia: replication and update of concept. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39:771–778
- Cawthron P, James A, Dell J, Seagroatt V. Adolescent onset psychosis. A clinical and outcome study. *J Child Psychol Psychiatry* 1994, 35:1321–1332

- David CN, Greenstein D, Clasen L, Gochman P, Miller R, Tossell JW et al. Childhood onset schizophrenia: high rate of visual hallucinations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011, 50:681–686
- Eggers C, Bunk D. The long-term course of childhood-onset schizophrenia: A 42-year follow up. *Schizophr Bull* 1997, 23:105–117
- Fleischhaker C, Schulz E, Tepper K, Martin M, Hennighausen K, Remschmidt H. Long-term course of adolescent schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005, 31:769–780
- Forbes NF, Carrick LA, McIntosh AM, Lawrie SM. Working memory in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med* 2009, 39:889–905
- Giedd JN, Clasen LS, Lenroot R, Greenstein D, Wallace GL, Ordaz S et al. Puberty-related influences on brain development. *Mol Cell Endocrinol* 2006, 254–255:154–162
- Glahn DC, Ragland JD, Abramoff A, Barrett J, Laird AR, Bearden CE et al. Beyond hypofrontality: a quantitative meta-analysis of functional neuroimaging studies of working memory in schizophrenia. *Hum Brain Mapp* 2005, 25:60–69
- Gochman PA, Greenstein D, Sporn A, Gogtay N, Keller B, Shaw P et al. IQ stabilization in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Res* 2005, 77:271–277
- Hafner H, Nowotny B. Epidemiology of early-onset schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995, 245:80–92
- Hollis C. Child and adolescent (juvenile onset) schizophrenia. A case control study of premorbid developmental impairments. *Br J Psychiatry* 1995, 166:489–495
- Hollis C. Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: Diagnostic stability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2000, 157:1652–1659
- Honey GD, Bullmore ET, Soni W, Varatheesan M, Williams SC, Sharma T. Differences in frontal cortical activation by a working memory task after substitution of risperidone for typical antipsychotic drugs in patients with schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999, 96:13432–13437
- Isohanni M, Jones PB, Moilanen K, Rantakallio P, Veijola J, Oja H et al. Early developmental milestones in adult schizophrenia and other psychoses. A 31-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Schizophr Res* 2001, 52:1–19
- Jacobsen LK, Giedd JN, Castellanos FX, Vaituzis AC, Hamburger SD, Kumra S et al. Progressive reduction of temporal lobe structures in childhood-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998, 155:678–685
- Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994, 344:1398–1402
- Kolvin I, Ounsted C, Humphrey M, McNay A. Studies in the childhood psychoses. II. The phenomenology of childhood psychoses. *Br J Psychiatry* 1971, 118:385–395
- Kyriakopoulos M, Dima D, Roiser J, Corrigall R, Barker GJ, Frangou S. Abnormal functional activation and connectivity in the working memory network in Early Onset Schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012, 51:911–920
- Kyriakopoulos M, Frangou S. Pathophysiology of Early-Onset Schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2007, 19:315–324
- Kyriakopoulos M, Perez-iglesias R, Woolley J, Kanaan RAA, Vyas N, Barker GJ et al. Effect of age at onset of schizophrenia on white matter abnormalities. *Br J Psychiatry* 2009, 195:346–353
- Kyriakopoulos M, Vyas NS, Barker GJ, Chitnis XA, Frangou S. A Diffusion Tensor Imaging Study of White Matter in Early-Onset Schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008, 63:519–523
- Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt MH. The psychosocial outcome of adolescent-onset schizophrenia: A 12-year followup. *Schizophr Bull* 2000, 26:801–816
- Maziade M, Gingras N, Rodrigue C, Bouchard S, Cardinal A, Gauthier B et al. Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence. I: Nosology, sex and age of onset. *Br J Psychiatry* 1996, 169:361–370
- McClellan JM, Werry JS, Ham M. A follow-up study of early onset psychosis: Comparison between outcome diagnoses of schizophrenia, mood disorders, and personality disorders. *J Autism Dev Disord* 1993, 23:243–262
- McClellan J, McCurry C. Neurodevelopmental Pathways in Schizophrenia. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1998, 3:320–332
- McClellan J, McCurry C. Early onset psychotic disorders: Diagnostic stability and clinical characteristics. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999, 8(Suppl 1):13–19
- McClellan J, Stock S. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013, 52:976–990
- Minzenberg MJ, Laird AR, Thelen S, Carter CS, Glahn DC. Meta-analysis of 41 functional neuroimaging studies of executive function in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2009, 66:811–822
- Muratori F, Salvadori F, D' Arcangelo G, Viglione V, Picchi L. Childhood psychopathological antecedents in early onset schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2005, 20:309–314
- Pauly K, Seiferth NY, Kellermann T, Backes V, Vloet TD, Shah NJ et al. Cerebral dysfunctions of emotion-cognition interactions in adolescent-onset schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008, 47:1299–1310
- Pencer A, Addington J, Addington D. Outcome of a first episode of psychosis in adolescence: A 2-year follow-up. *Psychiatry Res* 2005, 133:35–43
- Rabinowitz J, Levine SZ, Häfner H. A population based elaboration of the role of age of onset on the course of schizophrenia. *Schizophr Res* 2006, 88:96–101
- Remschmidt HE, Schulz E, Martin M, Warnke A, Trott GE. Childhood-onset schizophrenia: History of the concept and recent studies. *Schizophr Bull* 1994, 20:727–245
- Remschmidt H, Martin M, Fleischhaker C, Theisen FM, Hennighausen K, Gutenbrunner C et al. Forty-two-years later: The outcome of childhood-onset schizophrenia. *J Neural Transm* 2007, 114:505–512
- Röpcke B, Eggers C. Early-onset schizophrenia: A 15-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005, 14:341–350
- Samartzis L, Dima D, Fusar-Poli P, Kyriakopoulos M. White matter alterations in early stages of schizophrenia: a systematic review of Diffusion Tensor Imaging studies. *J Neuroimaging* 2013 doi: 10.1111/j.1552-6569.2012.00779.x
- Schothorst PF, Emck C, van Engeland H. Characteristics of early psychosis. *Compr Psychiatry* 2006, 47:438–442
- Thompson PM, Vidal C, Giedd JN, Gochman P, Blumenthal J, Nicolson R et al. Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001, 98:11650–11655
- Volkmar FR, Cohen DJ, Hoshino Y, Rende RD, Paul R. Phenomenology and classification of the childhood psychoses. *Psychol Med* 1988, 18:191–201
- Vourdas A, Pipe R, Corrigall R, Frangou S. Increased developmental deviance and premorbid dysfunction in early onset schizophrenia. *Schizophr Res* 2003, 62:13–22
- Walker EF, Savoie T, Davis D. Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994, 20:441–451
- Werry JS, McClellan JM, Chard L. Early-onset schizophrenia, bipolar and schizoaffective disorders: A clinical follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, 30:457–465
- White T, Hongwanishkul D, Schmidt M. Increased anterior cingulate and temporal lobe activity during visuospatial working memory in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr Res* 2011, 125:118–128

ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΟΙΝΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΣΗ;

Ι. Νησιώτου, Φ. Βλάχος

Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2014, 2:31–41

Στο άρθρο αυτό γίνεται ανασκόπηση και σύνθεση της βιβλιογραφίας που αφορά στο γενετικό υπόβαθρο της «συννοσηρότητας» μεταξύ των νευροαναπτυξιακών διαταραχών (ΝΑΔ). Η πρόσφατη έρευνα επιβεβαιώνει την κλινική εμπειρία ότι η ταυτόχρονη εκδήλωση δύο ή περισσότερων διαταραχών στο ίδιο παιδί αποτελεί συχνό φαινόμενο, το οποίο μάλιστα δυσχεραίνει τη διάγνωση και την αντιμετώπιση. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα αν στην πραγματικότητα οι οντότητες αυτές έχουν διαφορετικά αίτια, οπότε δικαιολογείται η χρήση του όρου «συννοσηρότητα», ή απλώς ανήκουν σε ένα φάσμα εγκεφαλικών δυσλειτουργιών με κοινή βιολογική βάση. Τα τελευταία χρόνια, οι έρευνες με αναλύσεις γενετικής σύνδεσης σε ολόκληρο το ανθρώπινο γονιδίωμα προσπαθούν να εντοπίσουν «υποψήφια» γονίδια που προδιαθέτουν στην εμφάνιση των ΝΑΔ. Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι οι συχνότερες από αυτές παρουσιάζουν έναν βαθμό γενετικής αλληλοεπικάλυψης, καθώς μοιράζονται περιοχές του γονιδιώματος σε τέτοιον βαθμό που δεν θα μπορούσε να αποδοθεί στον παράγοντα τύχη. Στο άρθρο αυτό παρατίθενται συγκεντρωτικά τα δεδομένα της βιβλιογραφίας σχετικά με τη συχνότητα συνεμφάνισης πέντε συχνών αναπτυξιακών διαταραχών και τη γενετική τους βάση, παρουσιάζονται τα γονίδια τα οποία εμπλέκονται σε αυτές τις διαταραχές και γίνεται μια σύντομη αναφορά στον ρόλο των γονιδίων στις διαδικασίες μορφογένεσης και λειτουργίας του εγκεφάλου. Τα γονίδια αυτά φαίνεται ότι αλληλεπιδρούν με παράγοντες του περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα ποικιλία φαινοτύπων εγκεφαλικής δυσλειτουργίας, αλλά και ενδοφαινοτύπων (διαφορές στη βαρύτητα και τις εκδηλώσεις) μιας διαταραχής. Η πρόοδος στη γνώση αυτή θα συμβάλει, αφενός στην αναθεώρηση της διάκρισης και της ταξινόμησης των ΝΑΔ στο μέλλον, αφετέρου στην κατανόηση της εμφάνισης συγκεκριμένων ψυχιατρικών διαταραχών σε άτομα που παρουσίασαν κάποια ΝΑΔ στην παιδική ηλικία.

Με δεδομένο, επομένως, ότι οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές, παρά τις μεταξύ τους διαφορές, μπορεί να έχουν ορισμένους κοινούς γενετικούς παράγοντες κινδύνου, ίσως είναι ορθότερο να μιλάμε για κοινή βιολογική βάση παρά για συννοσηρότητα.

Λέξεις ευρετηρίου: Νευροαναπτυξιακές διαταραχές, συννοσηρότητα, γονίδια, διαταραχές προφορικού και γραπτού λόγου, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα, αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού, διαταραχές του φάσματος του αυτισμού.

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ανάπτυξη του ανθρώπου επιτυγχάνεται χάρη σε μια δυναμική αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών επιρροών. Ο μεγάλος αριθμός των παραγόντων που εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία, καθώς και το μακρύ χρονικό διάστημα που χρειάζεται για την ολοκλήρωσή της, είναι οι βασικοί λόγοι για την αρκετά συχνή εμφάνιση αναπτυξιακών διαταραχών, με έναρξη κατά την παιδική ηλικία. Πρόκειται για δυσλειτουργίες που συνδέονται στενά με τη βιολογική ωρίμανση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Ο όρος «Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές» δεν υπήρχε στο DSM-IV, αλλά προστέθηκε στην νέα έκδοση του Αμερικανικού Ταξινομητικού Συστήματος DSM-5, με σκοπό να ομαδοποιηθούν ομάδες διαταραχών όπως οι Μαθησιακές Δυσκολίες (γενικευμένες και ειδικές), η Αναπτυξιακή Διαταραχή του Συντονισμού των Κινήσεων (δυσπραξία), οι Διαταραχές της Επικοινωνίας,

ωνίας, οι Διάχυτες Διαταραχές της Ανάπτυξης (φάσμα του αυτισμού) και η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.

Οι πιο συχνές από τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Παρά τα διαφορετικά χαρακτηριστικά τους, συχνά στην κλινική πράξη διαπιστώνεται αλληλεπικάλυψη στην έκφραση των αναπτυξιακών διαταραχών. Για παράδειγμα, ένα παιδί με δυσλεξία μπορεί να παρουσιάζει συγχρόνως και ΔΕΠΥ ή ΕΑΔΛ. Η σύγχρονη έρευνα επιβεβαιώνει την εμπειρία γιατρών, ψυχολόγων και εκπαιδευτικών ότι η συνύπαρξή τους αποτελεί συχνό φαινόμενο και όχι εξαίρεση (Gilger 2001). Τίθεται λοιπόν το ερώτημα αν στην πραγματικότητα οι οντότητες αυτές έχουν διαφορετικά αίτια, οπότε δικαιολογείται ο συχνά χρησιμοποιούμενος όρος «συννοσηρότητα», ή απλώς αποτελούν διαφορετικές όψεις ενός πρίσματος, διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων, με κοινή βιολογική βάση.

Πίνακας 1. Οι συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές (ΝΑΔ).

Διαταραχές προφορικού και γραπτού λόγου:

Ειδική Διαταραχή της Ανάγνωσης (F81.0, σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10, η οποία στο κείμενο θα αναφέρεται για συντομία ως Δυσλεξία): δυσχέρεια στην κατάκτηση των δεξιοτήτων ανάγνωσης και ορθογραφίας. Αποτελεί τη συχνότερη από τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (APA 2000).

Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές του Λόγου (ΕΑΔΛ): Χαρακτηρίζονται από δυσχέρεια στην έκφραση και την κατανόηση του προφορικού λόγου (Pennington 2009).

Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ): Μία από τις συχνότερες διαταραχές της ανάπτυξης. Τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η απροσεξία με ή χωρίς υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα (APA, 2000) και η συχνότητά της υπολογίζεται στο 5% του παιδικού πληθυσμού (Faraone 2003).

Δυσπραξία (Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού): Ειδική διαταραχή της ανάπτυξης των κινητικών δεξιοτήτων, η οποία επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να σχεδιάζει και να εκτελεί αλληλουχίες κινήσεων. Η συχνότητά της υπολογίζεται από 1,8% μέχρι 5% των παιδιών (Lingam 2009).

Διάχυτες Διαταραχές της Ανάπτυξης (διαταραχές του φάσματος του αυτισμού): Αναπτυξιακές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην επικοινωνία, περιορισμένα ενδιαφέροντα και στερεοτυπικές συμπεριφορές. Η έρευνα για τα «γονίδια του αυτισμού» συνήθως είναι χωριστή από εκείνη των άλλων ΝΑΔ, αλλά τα ευρήματά της ενισχύουν την υπόνοια ύπαρξης κοινής βιολογικής αιτιολογίας, τουλάχιστον σε κάποιες περιπτώσεις.

Σκοπός αυτού του άρθρου είναι η ανασκόπηση και σύνθεση των δεδομένων πρόσφατων ερευνών που στοχεύουν στη διερεύνηση του γενετικού υποβάθρου της «συννοσηρότητας» μεταξύ των νευροαναπτυξιακών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, παρατίθενται τα δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα συνεμφάνισης των αναπτυξιακών διαταραχών και στη συνέχεια παρουσιάζονται τα γονίδια τα οποία έχει αποδειχθεί ότι εμπλέκονται σε αυτές τις διαταραχές. Τέλος, γίνεται μια σύντομη αναφορά στον ρόλο αυτών των γονιδίων, τα οποία φαίνεται ότι συνδέονται με περισσότερους του ενός φαινοτύπους εγκεφαλικής δυσλειτουργίας και καταλήγουμε ότι οι ΝΑΔ παρά τις μεταξύ τους διαφορές, φαίνεται να έχουν ορισμένους κοινούς γενετικούς παράγοντες κινδύνου, άρα κοινή βιολογική βάση.

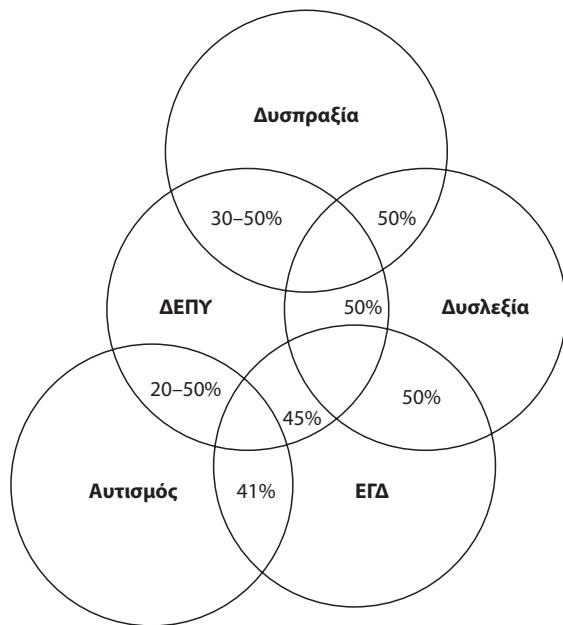
«Συννοσηρότητα» των Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών

Ο όρος «συννοσηρότητα» υπαινίσσεται την ταυτόχρονη παρουσία, στο ίδιο άτομο, δύο ή και περισσότερων νοσημάτων ή διαταραχών, οι οποίες δεν απορρέουν από γνωστή κοινή αιτιολογία, π.χ. άσθμα και διαβήτη στο ίδιο άτομο. Χρησιμοποιείται συχνά στην Ψυχιατρική για να περιγράψει τη συνύπαρξη, σε ψυχιατρικούς ασθενείς, και άλλων παθολογικών καταστάσεων, όπως παχυσαρκία ή σακχαρώδης διαβήτη. Το ερώτημα για συννοσηρότητα ή συνύπαρξη μεταξύ των ΝΑΔ προκύπτει από τη διαπίστωση ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, διαταραχές της μάθησης, της προσοχής ή/και της συμπεριφοράς, συνυπάρχουν στο ίδιο παιδί και συνδέονται μεταξύ τους αποτελώντας ένα συνεχές φάσμα συμπτωμάτων (Mayes 2000) και δυσχεραίνοντας τη διάγνωση. Από μεγάλο αριθμό κλινικών μελετών, τόσο παλαιότερων, όσο και πιο πρόσφατων, προκύπτουν διάφορα ποσοστά αυτής της «συννοσηρότητας». Η συχνότητα συνύπαρξης μαθησιακών διαταραχών (ΜΔ) και Διαταραχής της Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/ΔΕΠΥ) ποικίλει στις διάφορες έρευνες, με ένα εύρος της τάξης του 35% έως 50% (Gillberg 2004, Semrud-Clikeman 2011). Η δυσλεξία εμφανίζει υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με τη ΔΕΠΥ (Germanò 2010). Πιο συγκεκριμένα, σε μελέτες που εξέτασαν δείγματα ατόμων με ΔΕΠΥ, το ποσοστό αυτών που εμφάνιζαν και δυσλεξία κυμαινόταν από 18% έως 45% (Loo 2004, Wisniewska 2007), ενώ όταν οι έρευνες εξέταζαν παιδιά με δυσλεξία, το 18–42% αυτών παρουσίαζαν και ΔΕΠΥ (Gayan 2005,

Willcutt 2005). Από μια πρόσφατη ανασκόπηση 17 δημοσιεύσεων στο διάστημα 1996–2010 υπολογίστηκε ότι η συχνότητα συνύπαρξης ΔΕΠΥ και δυσλεξίας ανέρχεται στο 45,1% (DuPaul 2012). Άλλες μελέτες έδειξαν ότι παιδιά με αναγνωστικές δυσκολίες ή δυσλεξία παρουσιάζουν και κινητικά προβλήματα σε μεγάλη συχνότητα (Βλάχος 2004, Kasselimis 2008), καθώς και συχνή συνύπαρξη κινητικών προβλημάτων με ΔΕΠΥ (Kadesjo 2001) ή συνύπαρξη δυσλεξίας, ΔΕΠΥ και δυσπραξίας (Dewey 2000). Σημαντικός είναι και ο βαθμός «συννοσηρότητας» μεταξύ δυσλεξίας και ΕΑΔΛ (Newbury 2011). Έχει βρεθεί ότι το 43% των παιδιών με ΕΑΔΛ θα παρουσιάσουν αργότερα αναγνωστικές δυσκολίες, (Snowling 2000), ενώ το 55% των παιδιών με δυσλεξία πληρούν και τα διαγνωστικά κριτήρια για ΕΑΔΛ (McArthur 2000).

Τα παιδιά με μαθησιακά προβλήματα, προβλήματα προσοχής, ή και τα δύο, αποτελούν πολλές φορές ομάδες υψηλού κινδύνου και για διαταραχές των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ο αυτισμός χαρακτηρίζεται από δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις και στον λόγο και από περιοριστικές και στερεότυπες συμπεριφορές, αλλά και από διαταραχή της προσοχής και του συντονισμού των κινήσεων (Green 2009, Ming 2007). Οι συσχετίσεις αυτές μπορεί να είναι τυχαίες, αλλά μπορεί να οφείλονται σε κοινή γονιδιακή βάση, με συνέπεια κοινή προδιάθεση για εμφάνιση μίας ή περισσότερων από τις παραπάνω διαταραχές, όπως, για παράδειγμα, συμβαίνει με την αυξημένη εμφάνιση της ΔΕΠ/Υ σε μέλη οικογενειών με σύνδρομο Asperger και το αντίστροφο (Ghaziuddin 2004, Gillberg et al 2004). Επιπρόσθετα, έτσι θα μπορούσε να ερμηνευθεί το γεγονός ότι σε αρκετά παιδιά τίθεται διαδοχικά η διάγνωση της μίας ή της άλλης διαταραχής κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους, αφού άλλοτε προεξάρχουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ/Υ και άλλοτε του αυτισμού (Costello et al 2010). Αρκετές μελέτες έχουν εντοπίσει την παρουσία αυτιστικής συμπτωματολογίας σε 20–50% των παιδιών με ΔΕΠ/Υ (Ames 2010, Kochhar 2011, Hattori 2006) ή συμπτωμάτων ΔΕΠ/Υ σε 30–80% παιδιών με σύνδρομο Asperger (Corbett 2009, Sinzig et al 2009) ή ακόμη, συνύπαρξη ΔΕΠΥ, ΕΑΔΛ και αυτισμού (Geurts 2008). Στο σχήμα 1 παρουσιάζονται συνοπτικά οι συχνότητες συννοσηρότητας μεταξύ των υπό εξέταση αναπτυξιακών διαταραχών.

Με βάση τα παραπάνω, τα τελευταία χρόνια τίθεται το ερώτημα αν οι αναπτυξιακές διαταραχές



Σχήμα 1. Ποσοστά «συννοσηρότητας» μεταξύ των αναπτυξιακών διαταραχών.

εμφανίζουν πραγματική συννοσηρότητα, ή μοιράζονται κάποιους κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες, ή, ακόμη περισσότερο, αντανakλούν πλειοτροπικές εκδηλώσεις μιας κοινής υποκείμενης διαταραχής (Pennington 2009).

Υπάρχουν γενετικοί τόποι ευπάθειας που σχετίζονται με περισσότερες από μία διαταραχές;

Τα τελευταία χρόνια, οι μελέτες ανάλυσης της γενετικής σύνδεσης σε ολόκληρο το γονιδίωμα του ανθρώπου (Genome-Wide Association Studies, GWAS) αναζητούν γενετικούς τόπους ευπάθειας ή υποψήφια γονίδια, διάσπαρτα κατά μήκος ολόκληρου του γονιδιώματος, που καθορίζουν την ευπάθεια, δηλαδή αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ενός νοσήματος ή μιας διαταραχής. Ως γενετικοί τόποι ευπάθειας, ορίζονται συγκεκριμένες περιοχές χρωμοσωμάτων οι οποίες περιλαμβάνουν μια ομάδα γονιδίων, κάποιο από τα οποία επηρεάζει ένα συνεχές χαρακτηριστικό, (π.χ. την ικανότητα ανάγνωσης), χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί ότι η δυσλειτουργία του αποτελεί αναγκαία ή επαρκή προϋπόθεση για την εμφάνιση του αντίστοιχου φαινοτύπου. Υλικό για την ανίχνευση των γενετικών τόπων ευπάθειας αποτελούν κυρίως οικογένειες των οποίων κάποια μέλη παρουσιάζουν μια κλινικά διαγνωσμένη διαταραχή, καθώς και

αρχεία μεμονωμένων ατόμων ή ζευγών διδύμων που παρουσιάζουν κάποια ΝΑΔ (Posthuma 2013).

Σε μια από τις πρώτες προσπάθειες προσέγγισης του παραπάνω ερωτήματος βρέθηκαν αρκετοί γενετικοί τόποι που μπορεί να έχουν πλειοτροπικές επιδράσεις (δηλαδή, τα γονίδια τους είναι υπεύθυνα για διαφορετικούς φαινοτύπους), τόσο για δυσλεξία, όσο και για διαταραχή της προσοχής (Gayan 2005). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η συνύπαρξη των παραπάνω διαταραχών μπορεί να οφείλεται σε έναν κοινό γενετικό παράγοντα.

Πράγματι, πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι το υποψήφιο για τη δυσλεξία γονίδιο *DCDC2* εμπλέκεται και στην εκδήλωση της διαταραχής της προσοχής (Couto 2009). Πιο πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι δύο από τα υποψήφια για την εκδήλωση δυσλεξίας γονίδια, το *DCDC2* και το *DYX1C1* έχουν πλειοτροπικές επιδράσεις και σχετίζονται αντίστοιχα και με τους γνωστικούς φαινοτύπους για την εκτέλεση αριθμητικών πράξεων και νοητικών υπολογισμών (Marino, 2011). Επίσης, το γονίδιο *CMIP*, που σχετίζεται με τις Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές του Λόγου (ΕΑΔΛ), εντοπίστηκε και σε περιπτώσεις δυσλεξίας (Scerri, 2011). Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την άποψη ότι τα γονίδια που είναι «υποψήφια» για τη δυσλεξία έχουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και άλλων αναπτυξιακών διαταραχών (διαταραχή της προσοχής, δυσαριθμησία, ΕΑΔΛ) που παρουσιάζουν συχνά τα δυσλεξικά άτομα.

Η «συννοσηρότητα» αυτισμού και ΔΕΠ/Υ έχει ερευνηθεί αρκετά την τελευταία δεκαετία. Το ερώτημα σχετικά με πιθανό κοινό γενετικό υπόβαθρο αυτισμού και ΔΕΠ/Υ τέθηκε όταν δημοσιεύτηκαν οι πρώτες μελέτες ανάλυσης της γενετικής σύνδεσης για τόπους ευπάθειας ΔΕΠ/Υ σε ολόκληρο το γονιδίωμα (Fisher 2002, Bakker 2003, Ogdie 2003). Οι Fisher et al (2002) αποκάλυψαν μια υψηλή συχνότητα σύνδεσης για ΔΕΠ/Υ και αυτισμό στη θέση 16p13, ενώ οι Smalley et al (2002) τοποθετούν ένα γονίδιο ευπάθειας για αυτισμό μέσα σ' αυτήν την περιοχή ευπάθειας για ΔΕΠ/Υ. Άλλη μελέτη σύνδεσης σε 270 άτομα με σύνδρομο Asperger αποκάλυψε μια δεύτερη περιοχή αλληλεπικαλυπτόμενης σύνδεσης μεταξύ ΔΕΠ/Υ και αυτισμού στη θέση 17p11, (Ogdie 2003). Οι Bakker et al (2003) παρουσίασαν μια επιπλέον κοινή θέση ευαισθησίας για ΔΕΠ/Υ, αυτισμό και δυσλεξία. Οι Smalley et al (2005) διαπίστωσαν ότι επτά χρωμοσωμικές περιοχές (2p11–12, 5p13, 7q22–33, 9q33–34, 13q22, 16p13, και 17p11–q11), που έχουν συσχετισθεί με αυτισμό, δυσλε-

ξία και ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν γενετική επικάλυψη για δύο τουλάχιστον από τις τρεις διαταραχές.

Σε μια επίσης πρόσφατη μελέτη (Paracchini 2011), υποστηρίζεται ότι γονίδια «υποψήφια» για τη δυσλεξία και την ΕΓΔ φαίνεται να συνδέονται και με άλλες διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, το *CNTNAP2* έχει σταθερά εμπλακεί με τον αυτισμό (Alarcon et al 2008, Arking et al 2008, Bakkaloglu et al 2008, Penagarikano 2012). Μια από αυτές τις μελέτες αναφέρει μια ειδική συσχέτισή του με την «ηλικία που το παιδί είπε την πρώτη λέξη» (Alarcon et al 2008), η οποία παρέχει μια ένδειξη για καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου. Όπως είναι γνωστό, οι διαταραχές του λόγου αποτελούν ένα από τα κύρια συμπτώματα του αυτισμού. Το *CNTNAP2* (Lesch et al 2008) και το *DCDC2* (Couto et al 2009) έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση ΔΕΠΥ, ενώ οι Anitha et al (2008) αναφέρουν ελάττωση της έκφρασης του *ROBO1* σε κάποιες περιπτώσεις αυτισμού. Συνολικά, οι παραπάνω μελέτες υποδηλώνουν ότι γονίδια υποψήφια για δυσλεξία και ΕΑΔΛ μπορεί να συμβάλουν και σε άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο αυτισμός και η ΔΕΠΥ.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται συνοπτικά οι γενετικοί τύποι ευπάθειας και «υποψήφια» γονίδια τα οποία, όπως προκύπτει από τη σχετική βιβλιογραφία, εντοπίστηκαν σε άτομα και οικογένειες με διάφορες αναπτυξιακές διαταραχές. Όπως φαίνεται στον πίνακα αυτόν, οι γενετικοί τύποι ευπάθειας για δυσλεξία και ΔΕΠΥ, *DYX4* και *ADHD3*, έχουν την ίδια εντόπιση στο χρωμόσωμα 6 (6q11-q12), γεγονός που ίσως σημαίνει ότι περικλείουν κοινά γονίδια. Εκτός από την εντυπωσιακή αυτή σύμπτωση των γενετικών τύπων ευπάθειας, στον πίνακα 2 σημειώνονται συγκεκριμένα γονίδια υποψήφια για κάποια από τις διαταραχές, π.χ. το *DRD4*, υποψήφιο για τη ΔΕΠΥ, βρίσκεται στην περιοχή 11p15.5, η οποία αποτελεί τύπο ευπάθειας και για τη δυσλεξία (*DYX7*). Επομένως, διακριτές διαταραχές μπορεί να οφείλονται σε πλειοτροπικά γονίδια, δηλαδή γονίδια που επηρεάζουν περισσότερα από ένα, φαινομενικά μη συνδεδεμένα μεταξύ τους χαρακτηριστικά (φαινοτύπους), και προδιαθέτουν για περισσότερες από μία διαταραχές (Willcutt 2007). Ίσως, μάλιστα, τα πλειοτροπικά γονίδια να αποτελούν τον κανόνα, παρά την εξαίρεση, για την εμφάνιση ποικίλων ενδοφαινοτύπων, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον για να καθορίσουν τον τελικό φαινότυπο.

Ο ρόλος των υποψήφια γονιδίων στην κατασκευή και λειτουργία του εγκεφάλου

Αν και τα υποψήφια γονίδια που παρουσιάστηκαν στη προηγούμενη ενότητα πιθανόν αποτελούν έναν μικρό αριθμό από το σύνολο των γενετικών παραγόντων οι οποίοι συμβάλλουν στην παθογένεια των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, η μελέτη του ρόλου τους μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση των βιολογικών «μονοπατιών» που οδηγούν στις διαταραχές αυτές. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι κάποια από τα παραπάνω γονίδια εμπλέκονται στην ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου, επηρεάζοντας διεργασίες όπως η ανάπτυξη και ο πολλαπλασιασμός των νευρώνων, η μετανάστευση και η διασύνδεσή τους, ο προγραμματισμένος νευρωνικός θάνατος και τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών και των υποδοχέων τους (πίνακας 3).

Συγκεκριμένα, στη διαδικασία μετανάστευσης των νευρώνων συμμετέχει το γονίδιο *DCDC2* (χρωμόσωμα 6), το γονίδιο *DYX1C1* του χρωμοσώματος 15 και το γονίδιο *KIAA0319* του χρωμοσώματος 6 (Meng 2005, Wang 2006, Paracchini 2006). Το *CMIP* στην περιοχή 16q24 κωδικοποιεί τη C-MAF-inducing protein, η οποία αποτελεί μέρος του κυττοσκελετού, ο οποίος είναι σημαντικός για τη νευρωνική μετανάστευση και τη συναπτογένεση (Scerri 2011). Το γονίδιο *FOXP2* κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη που αποτελεί μεταγραφικό παράγοντα σημαντικό για την έκφραση γονιδίων σε περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη λεπτή κινητικότητα, όπως ο κινητικός φλοιός και η παρεγκεφαλίδα. Η δυσλειτουργία του προκαλεί μια σπάνια, μονογονιδιακή διαταραχή που συνδυάζει τη λεκτική δυσπραξία (δυσκολίες στον συντονισμό των μυών του στόματος) με ελλείμματα κατανόησης ή έκφρασης του λόγου (Fisher 2006, Fisher 2009).

Η επιγενετική ρύθμιση της έκφρασης των γονιδίων, δηλαδή χημικές τροποποιήσεις της γονιδιακής έκφρασης σε απάντηση αναπτυξιακών ή περιβαλλοντικών αλλαγών, αποτελεί επίσης μια παράμετρο που επηρεάζει τον τελικό φαινότυπο. Για παράδειγμα, η ακετυλίωση των ιστονών και η μεθυλίωση του DNA προκαλούν αναδιατάξεις της χρωματίνης, οι οποίες επηρεάζουν βασικές διεργασίες ανάπτυξης του εμβρυϊκού φλοιού, όπως ο πολλαπλασιασμός και η διαφοροποίηση των νευρώνων, η διαφοροποίηση των νευρογλοιακών κυττάρων και η μυελινοποίηση, με αντίστοιχες επιπτώσεις στις γνωστικές λειτουργίες και τη μάθηση (Tsankova 2010). Τυπικό παράδειγμα

Πίνακας 2. Γενετικοί τόποι ευπάθειας και γονίδια που εμπλέκονται σε διάφορες νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Ειδική Διαταραχή της Ανάγνωσης - Δυσλεξία, ΔΕΠΥ, ΕΑΔΛ, Αυτισμό, Δυσπραξία).

Γενετικός τόπος ευπάθειας	Υποψήφια γονίδια για:				
	Δυσλεξία	ΔΕΠΥ	ΕΑΔΛ	Αυτισμός	Δυσπραξία
1p36-p34	DYX8 - KIAA0319L	+	+		
2p11-12	+			+	
2p16-p15	DYX3 - MRPL19 C2ORF3				
2		ADRA2B			
2q22-35	+	+		+	
3p12-q13	DYX5 - ROBO1	+		+	
4q12-13	+	+			
4p16.3		RDD5			
5p13		ADHD4 - DAT1		+	
6p22	DYX2 - DCDC2 KIAA0319	+			
6q11-6q13	DYX4	ADHD3 - 5-HT1B		+	
7q22-33	+			+	
7q31.2-q32.3		CNTNAP2	CNTNAP2	CNTNAP2	SPCH1 FOXP2
9q33-34		DBH		+	
10q23-25	+	ADRA2A			+
11p15.5	DYX7	DRD4			
13q21	+		SLI3	+	
14q32	+	+			+
15q21	DYX1 - DYX1C1	+		+	
16q			SLI1 - CMIP ATP2C2		
16p12	+			+	+
16p13		ADHD1			
17p11		ADHD2		+	
17q22	+	+			
19q			SLI2		
18p11.2	DYX6				
20q11	+	+			
Xq27.2- q28	DYX9				

Το + δηλώνει ταυτοποίηση ενός ήδη γνωστού γονιδίου ή γενετικού τόπου και σε άτομα με άλλη ΝΑΔ. Με έντονα γράμματα σημειώνονται οι τόποι ευπάθειας, οι οποίοι αριθμούνται με τη σειρά ανακάλυψής τους, π.χ. **DYX1**, **ADHD1**, **SLI3**, ενώ με πλάγια γράμματα σημειώνονται γονίδια που έχουν ταυτοποιηθεί, π.χ. KIAA0319.

τέτοιας επιγενετικής ρύθμισης αποτελεί το σύνδρομο Rett, το οποίο ανήκει στο φάσμα του αυτισμού. (Baker 2013).

Το γονίδιο *CNTNAP2* που συνδέθηκε με τον αυτισμό (Alarcon et al 2008, Arking et al 2008) και τις ΕΑΔΛ (Vernes et al 2008), κωδικοποιεί μια νευρεξίνη, μια πρωτεΐνη που διευκολύνει την αλληλεπίδρα-

ση νευράξονα-νευρογλοίας και παρεμβαίνει στη συναπτογένεση του μετωπιαίου με τον ινιακό λοβό και την παρεγκεφαλίδα (Scott-Van Zeeland et al 2010). Η διευκρίνιση του ρόλου γονιδίων που εμπλέκονται σε σπάνιες και σοβαρές μορφές ΕΑΔΛ, όπως το *FOXP2*, μπορεί να χρησιμεύσει για τη μελέτη πιο συχνών διαταραχών. Αξιοσημείωτο είναι ότι το *FOXP2*

Πίνακας 3. Γονίδια που εμπλέκονται στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και ο πιθανός ρόλος τους στη μορφογένεση και λειτουργία του εγκεφάλου.

<i>ADRA2B</i>	Ρύθμιση της νευροδιαβίβασης
<i>ATP2C2</i>	Ρύθμιση ενδοκυττάρων επιπέδων Ca και Mg του νευρώνα.
<i>CNTNAP2</i>	Συναπτογένεση (αλληλεπίδραση νευραξόνων-νευρογλοίας)
<i>CMIP</i>	Νευρωνική μετανάστευση και συναπτογένεση
<i>DAT1</i>	Νευροδιαβίβαση
<i>DBH</i>	Νευροδιαβίβαση
<i>DCDC2</i>	Μετανάστευση νευρώνων
<i>DRD4</i>	Υποδοχέας ντοπαμίνης
<i>DYX1C1</i>	Μετανάστευση νευρώνων
<i>FOXP2</i>	Ρυθμίζει την έκφραση του <i>CNTNAP2</i>
<i>5-HT1B</i>	Νευροδιαβίβαση
<i>KIAA031, KIAA0319L</i>	Μετανάστευση νευρώνων
<i>MRPL19</i>	Παραγωγή ενέργειας από τα μιτοχόνδρια
<i>C20RF3</i>	Άγνωστος ο ρόλος του
<i>ROBO1</i>	Καθοδήγηση νευραξόνων

κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη-μεταγραφικό παράγοντα που συνδέεται άμεσα με το *CNTNAP2* και ρυθμίζει την έκφρασή του (Vernes 2008). Πρόκειται για μια εντυπωσιακή περίπτωση σύνδεσης μεταξύ δύο γονιδίων που συμμετέχουν σε μια νευρική οδό σημαντική για την ανώτερη γνωστική λειτουργία του ανθρώπου. Οι Penagarikano και Geschwind (2012) θεωρούν ότι η κατανόηση του ρόλου του *CNTNAP2* στη συναπτογένεση συμβάλλει στην ερμηνεία ορισμένων ανατομικών και νευροαπεικονιστικών δεδομένων του αυτιστικού φάσματος, δεδομένου ότι ο αυτισμός θεωρείται κατ' εξοχήν διαταραχή της εγκεφαλικής συνδετικότητας.

Οι Rommelse et al (2011) συζητούν τα διάφορα μοντέλα που μπορεί να ερμηνεύουν τη συχνή συνύπαρξη διαταραχών αυτιστικού φάσματος και ΔΕΠΥ και υποστηρίζουν ότι οι παρεμφερείς διαταραχές της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου όσων πάσχουν από αυτισμό ή ΔΕΠΥ μπορεί να συμβάλουν στην κατανόηση της βιολογικής βάσης και των δύο διαταραχών. Συμπερασματικά, η διαταραγμένη έκφραση των γονιδίων που προαναφέρθηκε ότι σχετί-

ζεται με αυτές τις διαταραχές πιθανόν επιφέρει διαταραχή των πρώιμων νευροαναπτυξιακών διεργασιών – καθώς τα περισσότερα από αυτά εκφράζονται ειδικά κατά την περίοδο της ανάπτυξης του ανθρώπινου εμβρυικού εγκεφάλου (Galaburda et al 2006), με τελικό φαινότυπο τις αναπτυξιακές διαταραχές.

Συζήτηση

Όπως αναφέρει ο Geschwind (2011) η πρόοδος των τελευταίων ετών στη γενετική, τη νευροβιολογία και τη νευροαπεικόνιση, έχει αυξήσει σε μεγάλο βαθμό τις γνώσεις μας για τα αίτια των αναπτυξιακών διαταραχών και την ετερογένεια στις εκδηλώσεις τους. Η πολύπλοκη βιολογική βάση των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, η αλληλεπίδραση μεταξύ διαφόρων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που προκαλούν ένα ευρύ φάσμα φαινοτύπων, θα μπορούσε να ερμηνεύσει τη συχνή «συννοσηρότητα» μεταξύ τους. Η ταυτοποίηση γονιδίων «υποψήφιων» για την πρόκληση νευροαναπτυξιακών διαταραχών αποτελεί ένα σημαντικό ορόσημο στην προσπάθεια κατανόησης ακριβώς της βιολογικής τους βάσης.

Τα ευρήματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν σε αυτήν την ανασκόπηση στηρίζουν την άποψη ότι πολλές ΝΑΔ παρουσιάζουν γενετική επικάλυψη, καθώς μοιράζονται περιοχές του γονιδιώματος σε τέτοιον βαθμό που δεν θα μπορούσε να αποδοθεί στον παράγοντα τύχη. Η Smalley (2005) υποστήριξε ότι η άτυπη εγκεφαλική ασυμμετρία, δηλαδή η απουσία κυριαρχίας του αριστερού ημισφαιρίου για τη γλώσσα μπορεί να αποτελεί τον κοινό φαινότυπο αυτών των διαταραχών εξαιτίας γονιδίων που εντοπίζονται στις περιοχές που επικαλύπτονται. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη που διατυπώσαν οι Gilger και Kaplan (2001) οι οποίοι απορρίπτουν τον όρο «συννοσηρότητα» και προτείνουν τη «μη τυπική εγκεφαλική ανάπτυξη», ως ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την κατανόηση των αναπτυξιακών διαταραχών. Η άποψη ότι ο εγκέφαλος ενός ατόμου λειτουργεί διαφορετικά από το αναμενόμενο, δεν επιχειρεί να ερμηνεύσει την αιτιολογία ή τη μονιμότητα μιας δυσλειτουργίας, και δεν εκφράζει προκατάληψη ή υποτίμηση. Σύμφωνα με τους παραπάνω συγγραφείς, οι άνθρωποι που παρουσιάζουν δυσκολία στην κατάκτηση μιας συγκεκριμένης ικανότητας έχουν κάποια μη τυπική εγκεφαλική λειτουργία, η οποία μπορεί να οφείλεται σε γονίδια, σε τραυματισμό, σε παράγο-

ντες του ενδομήτριου περιβάλλοντος ή ακόμα και στο στρες της σύγχρονης ζωής.

Η Bishop (2006), υποστηρίζει ότι η διαδικασία εντοπισμού υπεύθυνων γονιδίων για την εμφάνιση ΝΑΔ είναι αργή και προτείνει να παρακάμψουμε τα παραδοσιακά κριτήρια διάγνωσης των ΝΑΔ και να εστιάσουμε στη μέτρηση των υποκείμενων γνωστικών ικανοτήτων, με τη βοήθεια ψυχομετρικών τεστ που θα ορίζουν τη διάσταση κάθε φαινοτύπου. Παραδέχεται, όμως, ότι η γενετική έρευνα θα μας δι-αφωτίσει σχετικά με τις αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ των διαφόρων γνωστικών ελλειμμάτων. Για παρά-δειγμα, υπάρχει η άποψη ότι μικρού βαθμού ακου-στικά ελλείμματα μπορούν να προκαλέσουν φωνο-λογικά προβλήματα στις ΕΑΔΛ. Ωστόσο, μια μελέτη διδύμων (Bishop 2006a) έδειξε ότι, ενώ και οι δύο τύ-ποι ελλειμμάτων υπάρχουν στις ΕΑΔΛ, έχουν διαφο-ρετική προέλευση: για τα ακουστικά ελλείμματα εί-ναι κυρίως υπεύθυνοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, ενώ γενετικοί παράγοντες προκαλούν τις διαταραχές της βραχείας φωνολογικής μνήμης. Μια άλλη μελέτη εντόπισε ότι τα μορφο-συντακτικά ελλείμματα στις ΕΑΔΛ είναι επίσης κληρονομικά, αλλά το γενετικό τους υπόβαθρο είναι διαφορετικό από εκείνο των διαταραχών της βραχείας μνήμης (Bishop 2006b).

Ο Pennington (2006) προτείνει ένα μοντέλο πολλա-πλών ελλειμμάτων για διαταραχές που φαίνεται ότι έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες, όπως οι μαθησιακές διαταραχές και η ΔΕΠΥ. Υποθέτει ότι σε κάθε διαταραχή υπάρχει ένας συνδυασμός ειδικών και κοινών ελλειμμάτων, οπότε το κοινό έλλειμμα εί-ναι υπεύθυνο για τη «συννοσηρότητα». Πιο πρόσφα-τα, η Grigorenko (2009), υποστήριξε ότι πολλαπλοί γενετικοί μηχανισμοί εμπλέκονται στην εκδήλωση των ΝΑΔ και είναι πιθανό ότι κάθε «όψη του πρί-σματος», δηλαδή κάθε στοιχείο μιας διαταραχής, να ελέγχεται από μια ημι-αυτόνομη ομάδα γονιδίων.

Από τις προαναφερθείσες διαπιστώσεις συνάγεται ότι η έρευνα για μια μοναδική αιτιολογία των ΝΑΔ δεν οδηγεί σε αποτέλεσμα, λόγω της πολυπλοκότη-τάς τους και της σύνδεσής τους με ποικίλους παρά-γοντες κινδύνου, ο συνδυασμός των οποίων καταλή-γει τελικά σε μια κλινικά διαπιστούμενη διαταραχή. Η «συννοσηρότητα» μεταξύ των ΝΑΔ πιθανόν οφείλε-ται σε δυσλειτουργία κάποιων στοιχείων κοινών για όλες (Kaplan 2001). Η γενετική βάση των διαταραχών αυτών μπορεί να περιλαμβάνει, όχι τόσο μεμονωμέ-να γονίδια, αλλά μάλλον έναν συνδυασμό γονιδίων

και νευρικών οδών που αυτά τα γονίδια ελέγχουν. Η γενετική έρευνα στον τομέα αυτόν ανοίγει τον δρόμο για μια συνθετική αντίληψη και ερμηνεία της «συννοσηρότητας» που εμφανίζεται συχνά ανάμεσα στις αναπτυξιακές διαταραχές. Κάθε ανατομική και λειτουργική μεταβολή στον ανθρώπινο εγκέφαλο θα μπορούσε να αποδοθεί σε γενετικές αποκλίσεις που οφείλονται σε τροποποίηση της έκφρασης σχετικών γονιδίων. Αυτές οι γενετικές αποκλίσεις σε συνδυα-σμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες, πιθανόν πα-ρακωλύουν τη φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου, προκα-λώντας ένα ευρύ φάσμα ενδοφαινοτύπων (Βλάχος 2010).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση αυτή συνάγεται ότι οι ΝΑΔ, παρά τις μεταξύ τους διαφορές, φαίνεται να έχουν ο-ρισμένους κοινούς γενετικούς παράγοντες κινδύνου, κοινή βιολογική βάση. Με τα σημερινά δεδομένα, θεωρούμε ότι στην εμφάνιση των ΝΑΔ εμπλέκεται ένα σύνολο γενετικών και περιβαλλοντικών παραγό-ντων, προγεννητικών, περιγεννητικών και μεταγεν-νητικών. Οι εξωγενείς παράγοντες όπως η διατροφή, η έκθεση σε τοξικές ουσίες και γενικότερα το περι-βάλλον της ανάπτυξης του παιδιού επιδρούν στην έκφραση των γονιδίων, προκαλώντας αλλαγές στη δομή και λειτουργία του φλοιού.

Η πρακτική και άμεση εφαρμογή των πληροφορι-ών αυτών αφορά στην αναγκαιότητα συστηματικής αξιολόγησης και ανίχνευσης πιθανής συνύπαρξης διαφορετικών συμπτωμάτων σε κάθε παιδί με μια διαγνωσμένη ΝΑΔ, με στόχο την αντιμετώπισή τους και την πολύπλευρη ενίσχυσή του, τόσο στον τομέα των ακαδημαϊκών επιδόσεων, όσο και της κοινωνι-κής προσαρμογής. Η αλληλεπικάλυψη των συμπτω-μάτων δυσχεραίνει τη διάγνωση και τη θεραπεία, προκαλεί επιδείνωση των γνωστικών ελλειμμάτων, χαμηλή αυτοεκτίμηση, προβλήματα συμπεριφοράς, εγκατάλειψη του σχολείου, με τελικό αποτέλεσμα πτωχότερη ακαδημαϊκή και κοινωνική προσαρμο-γή σε σχέση με τα παιδιά με μεμονωμένη διαταρα-χή (Germanò et al 2010, Wisniewska 2007). Επίσης, συχνή είναι η συννοσηρότητα των ΝΑΔ με ψυχια-τρικά νοσήματα (Willcutt 2000) και έχει μελετηθεί ιδιαίτερα η συνύπαρξη της ΔΕΠ/Υ με διαταραχές της συμπεριφοράς, άγχος και διπολική διαταραχή (Biederman 1991, Hellgren 1994, Jensen 2001, Wingo

2007) και η εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών στον αυτισμό (Leyfer 2006). Η πρώιμη ανίχνευση και αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών μπορεί να είναι καθοριστική για την κοινωνική ένταξη του ατόμου. Οι περαιτέρω έρευνες στο πεδίο αυτό προσδοκούμε ότι θα επιτρέψουν την καλύτερη κατανόηση των γενετικών μηχανισμών που δημιουργούν τη προδιάθεση για εμφάνιση ΝΑΔ, ενώ η γνώση θα αξιοποιηθεί

για την ανάπτυξη αξιόπιστων μεθόδων πρόληψης, ανίχνευσης και ακριβούς διάγνωσης και τον σχεδιασμό βελτιωμένων θεραπευτικών στρατηγικών και παρεμβάσεων στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Τέλος, η συστηματική μελέτη της βιολογικής βάσης και των τελικών φαινοτύπων θα επιτρέψει την σαφέστερη ταξινόμηση των διαταραχών αυτών από τους ειδικούς.

NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS IS THERE A COMMON BIOLOGICAL BASE?

J. Missiōfou, F. Vlachos

Department of Special Education, University of Thessaly, Volos, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2014, 2:31–41

Abstract: In this article we attempt a review of the literature on the genetic basis of “comorbidity” between neurodevelopmental disorders (NDDs). Recent research confirms data of clinical experience that a child may frequently express symptoms of more than one disorder. This fact can create more difficulties in diagnosis and treatment. The question is whether these entities have distinct etiologies, thus justifying the use of the term “comorbidity”, or they merely belong to a continuum of brain dysfunctions with a common biological basis. Last decade research using analysis of genetic association along the whole human genome (Genome-Wide Association Studies) has identified several “candidate” genes predisposing to NDDs. This gene hunting is expected to explain the etiology and allow a better understanding of the biological pathways leading to NDDs. In addition, these studies proved that there is a certain genetic overlapping between them, as they share some regions of the genome so frequently that it could not be attributed to chance alone. In this article, we present a synthesis of research data about comorbidity among five of the most frequent NDDs and its genetic basis. We also briefly refer to the genes involved in these disorders and their impact in brain morphogenesis and function. The above genes are like to interact with other genes and with environmental factors to create a variety of phenotypes, even a variety of endophenotypes (variation in severity and expression) within the same disorder. These new data are possibly going to change the way the NDDs are diagnosed and classified and elucidate their relation to psychiatric diseases. Since neurodevelopmental disorders, despite their differences, may share some common genetic risk factors, we should consider them as a group of disorders with a common biological basis rather than comorbid ones.

Key words: Neurodevelopmental disorders, comorbidity, genes, disorders of spoken and written language, attention-deficit hyperactivity disorder, developmental co-ordination disorder, autism spectrum disorders.

Βιβλιογραφία

- Alarcon M, Abrahams BS, Stone JL, Duvall JA, Perederiy JV, Bomar JM et al. Linkage, association, and gene-expression analyses identify *CNTNAP2* as an autism-susceptibility gene. *Am J Hum Genet* 2008, 82:150–159
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, 4th edition, text rev. Washington, DC, 2000
- Ames CS, White SJ. Brief report: are ADHD traits dissociable from the autistic profile? Links between cognition and behaviour. *J Autism Dev Disord* 2010, 41:357–363.
- Anitha A, Nakamura K, Yamada K, Suda S, Thanseem I, Tsujii M et al. Genetic analyses of roundabout (ROBO) axon guidance receptors in autism. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2008, 147B:1019–1027
- Arking DE, Cutler DJ, Brune CW, Teslovich TM, West K, Ikeda M et al. A common genetic variant in the neurexin superfamily member *CNTNAP2* increases familial risk of autism. *Am J Hum Genet* 2008, 82:160–164
- August GJ, Garfinkel BDJ. The nosology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:155–165
- Bakkaloglu B, O'Roak BJ, Louvi A, Gupta AR, Abelson JF, Morgan TM et al. Molecular cytogenetic analysis and resequencing of contactin associated protein-like 2 in autism spectrum disorders. *Am J Hum Genet* 2008, 82:165–173
- Baker SA, Chen L, Wilkins AD, Yu P, Lichtarge O, Zoghbi HY. An AT-hook domain in MeCP2 determines the clinical course of Rett syndrome and related disorders. *Cell* 2013, 152:984–996
- Bakker SC, Meulen EM, Buitelaar JK, Sandkuijl LA, Pauls DL, Monsuur AJ et al. A whole-genome scan in 164 Dutch sib pairs with attention-deficit/hyperactivity disorder: suggestive evidence for linkage on chromosomes 7p and 15q. *Am J Hum Genet* 2003, 72:1251–1260
- Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991, 148:564–577
- Bishop D. Developmental cognitive genetics: How psychology can inform genetics and vice versa. *Quarterly J Experiment Psychol* 2006, 59:1153–1168
- Bishop DVM, Adams CV, Norbury CF. Distinct genetic influences on grammar and phonological short-term memory deficits: evidence from 6-year-old twins. *Genes Brain Behav* 2006a, 5:158–169
- Bishop DVM, Laws G, Adams C, Norbury CF. High heritability of speech and language impairments in 6-year-old twins demonstrated using parent and teacher report. *Behav Genet* 2006b, 36:173–184
- Βλάχος Φ. Δυσλεξία: Μια συνθετική προσέγγιση αιτιολογικών θεωριών. *Hel J Psychol* 2010, 7:205–240
- Βλάχος Φ, Ιωάννου Κ, Ματτή – Ζήση Ε, Η υπόθεση του παρεγκεφαλιδικού ελλείμματος σε παιδιά με αναγνωστικές δυσκολίες. *Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ* 2004, ΣΤ':111–127
- Couto JM, Gomez L, Wigg K, Ickowicz A, Pathare T, Malone M et al. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder with a candidate region for reading disabilities on chromosome 6p. *Biol Psychiatry* 2009, 15, 66:368–375
- Corbett BA, Constantine LJ, Hendren R, Rocke D, Ozonoff S. Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typical development. *Psychiatry Res* 2009, 166:210–222
- Costello E, Blenner S, Augustyn M. Different is nice, but it sure isn't easy: differentiating the spectrum of autism from the spectrum of normalcy. *J Dev Behav Pediatr* 2010, 31:720–722
- Dewey D, Wilson BN, Crawford SG, Kaplan BJ. Comorbidity of developmental coordination disorder with ADHD and reading disability. *J Int Neuropsychol Society* 2000, 6:152
- DuPaul G J, Eckert TL, Vilaro B. The Effects of of School-based Interventions for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis 1996-2010. *School Psychol Rev* 2012, 4:387–412
- Dykman RA, Ackerman, PT. Attention deficit disorder and specific reading disability: separate but often overlapping disorders. *J Learning Disab* 1991, 2:96–103
- Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003, 2:104–113
- Fisher SE, Francks C, McCracken JT, McGough JJ, Marlow AJ, MacPhie IL et al. A genome-wide scan for loci involved in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am J Hum Genet* 2002, 70:1183–1196
- Fisher SE. Tangled webs: Tracing the connections between genes and cognition. *Cognition* 2006, 101:270–297
- Fisher SE, Scharf C. FOXP2 as a molecular window into speech and language. *Trends Genet* 2009, 25:166–177
- Galaburda AM, LoTurco J, Ramus F, Fitch RH, Rosen GD. From genes to behavior in developmental dyslexia. *Nat Neurosci* 2006, 9:1213–1217
- Gayan J, Wilcutt E, Fisher S, Francks C, Cardon L, Olson R et al. Bivariate linkage scan for reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder localizes pleiotropic loci. *J Child Psychol Psychiatr* 2005, 6:1045–1056
- Germanò E, Gagliano A, Curatolo P. Comorbidity of ADHD and Dyslexia. *Development Neuropsychol* 2010, 35:475–493
- Geschwind D. Neurodevelopmental disorders: hope for a new beginning. *Curr Opin Neurol* 2011, 24:95–9481
- Geurts HM, Embrechts M, 2008. Language profiles in ASD, SLI, and ADHD. *J Autism Dev Disord* 2008, 38:1931–1943
- Ghaziuddin M, Mountain-Kimchi K. Defining the Intellectual Profile of Asperger Syndrome: Comparison with High- Functioning Autism. *J Autism Devel Disorders* 2004, 34:279–284
- Gilger JW, Kaplan BJ. Atypical Brain Development: A Conceptual Framework for Understanding Developmental Learning Disabilities *Development Neuropsychol* 2001, 20:465–481
- Gillberg C, Gillberg IC, Rasmussen P, Kadesjo B, Kadesjö B, Söderström H et al. Co-existing disorders in ADHD: Implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004, 13:80–92
- Green D, Charman T, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Simonoff E et al. Impairment in movement skills of children with autism spectrum disorders. *Devel Med Child Neurol* 2009, 51:311–316
- Grigorenko EL. At the height of fashion: what genetics can teach us about neurodevelopmental disabilities. *Curr Opin Neurol* 2009, 22: 126–130
- Hattori J, Ogino T, Abiru K, Nakano K, Oka M, Ohtsuka Y. Are pervasive developmental disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder distinct disorders? *Brain Dev* 2006, 28:371–374
- Hellgren L, Gillberg IC, Bågenholm A, Gillberg C. Children with deficits in attention, motor control and perception (DAMP) almost grown up: psychiatric and personality disorders at age 16 years. *J Child Psychol Psychiatry* 1994, 35:1255–1271
- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, 40:147–158

- Kadesjo B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psych* 2001, 42:487–492
- Kasselimis D, Margarity M, Vlachos F. Cerebellar function, dyslexia and articulation speed. *Child Neuropsychol* 2008, 14:303–313
- Kaplan BJ, Dewey DM, Crawford SG, Wilson BN. The term comorbidity is of Questionable Value in reference to Developmental Disorders. Data and Theory. *J Learn Disabil Nov* 2001, 34:555–565
- Kochhar P, Batty MJ, Liddle EB, Groom MJ, Scerif G, Liddle PF et al. Autistic spectrum disorder traits in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Child Care Health Dev* 2011, 37:103–110
- Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J et al. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord* 2006, 36:849–861
- Lesch KP, Timmesfeld N, Renner TJ, Halperin R, Roser C, Nguyen TT et al. Molecular genetics of adult ADHD: converging evidence from genome-wide association and extended pedigree linkage studies. *J Neural Transm* 2008, 115:1573–1585
- Lingam R, Hunt L, Golding J, Jongmans M, Emond A. Prevalence of Developmental Coordination Disorder Using the DSM-IV at 7 Years of Age: A UK Population-Based Study. *Pediatrics* 2009, 123:e693–e700
- Loo SK, Fisher SE, Francks C, Ogdie MN, MacPhie IL, Yang M et al. Genome-wide scan of reading ability in affected sibling pairs with attention-deficit/hyperactivity disorder: Unique and shared genetic effects. *Molecular Psychiatry* 2004, 9:485–493
- Marino C, Mascheretti S, Riva V, Cattaneo F, Rigoletto C, Rusconi M, et al. Pleiotropic effects of *DCDC2* and *DYX1C1* genes on language and mathematics traits in nuclear families of developmental dyslexia. *Behav Genet* 2011, 41:67–76
- McArthur GM, Hogben JH, Edwards VT, Heath SM, Mengler ED. On the "specifics" of specific reading disability and specific language impairment. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 2000, 41:869–874
- Mayes SD, Calhoun SL, Crowell EW. Learning disabilities and ADHD: overlapping spectrum disorders. *J Learn Disabil* 2000, 33:417–424
- Meng H, Smith SD, Hager K, Held M, Liu J, Olson RK et al. *DCDC2* is associated with reading disability and modulates neuronal development in the brain. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005, 102:17053–17058
- Ming X, Brimacombe M, Wagner GC. Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. *Brain Dev* 2007, 29:565–570
- Newbury DF, Paracchini S, Scerri TS, Winchester L, Addis L, Richardson AJ et al. Investigation of Dyslexia and SLI Risk Variants in Reading- and Language-Impaired Subjects *Behav Genet* 2011, 41:90–104
- Ogdie MN, Macphie IL, Minassian SL, Yang M, Fisher SE, Francks C et al. A genomewide scan for attention-deficit/hyperactivity disorder in an extended sample: suggestive linkage on 17p11. *Am J Hum Genet* 2003, 72:1268–1279
- Paracchini S, Thomas A, Castro S, Lai C, Paramasivam M, Wang Y et al. The chromosome 6p22 haplotype associated with dyslexia reduces the expression of *KIAA0319*, a novel gene involved in neuronal migration. *Hum Mol Genet* 2006, 15:1659–1666
- Paracchini S. Dissection of genetic associations with language-related traits in population-based cohorts. *J Neurodevel Disord* 2011, 3:365–373
- Penagarikano O, Geschwind DH. What does CNTNAP2 reveal about autism spectrum disorder? *Trends Molecul Med March* 2012, 18:156–163
- Pennington BF. From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition* 2006, 101:385
- Pennington BF, Bishop DV. Relations among speech, language, and reading disorders. *Annu Rev Psychol* 2009, 60:283–306
- Posthuma D, Polderman JC. What we have learned from recent twin studies about the etiology of neurodevelopmental disorders? *Curr Opin Neurol* 2013, 26:111–121
- Rommelse NJ, Geurts HM, Franke B, Buitelaar JK, Hartman CA. A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neurosci Biobehavior Rev* 2011, 35:1363–1396
- Scerri TS, Morris AP, Buckingham LL, Newbury DF, Miller LL, Monaco AP et al. *DCDC2*, *KIAA0319* and *CMIP* are associated with reading-related traits. *Biol Psychiatry* 2011, 70:237–245
- Scott-Van Zeeland AA, Abrahams BS, Alvarez-Retuerto AI, Sonnenblick LI, Rudie JD, Ghahremani D et al. Altered functional connectivity in frontal lobe circuits is associated with variation in the autism risk gene CNTNAP2. *Sci Transl Med* 2010, 3, 2:56ra80
- Semrud-Clikeman M, Bledsoe J. Updates on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Learning Disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2011, 13:364–373
- Sinzig J, Walter D, Doepfner M. Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder. Symptom or syndrome? *J Atten Disord* 2009, 13:117–126
- Smalley SL, Kustanovich V, Minassian SL, Stone JL, Ogdie MN, McGough JJ. Genetic linkage of attention-deficit/hyperactivity disorder on chromosome 16p13, in a region implicated in autism. *Am J Hum Genet* 2002, 71:959–963
- Smalley SL, Loo SK, Yang MH, Cantor RM. Toward localizing genes underlying cerebral asymmetry and mental health. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005, 5, 135B:79–84
- Snowling MJ, Bishop DVM, Stothard SE. Is preschool language impairment a risk factor for dyslexia in adolescence? *J Child Psychol Psychiatry* 2000, 41:587–600
- Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Hear Research* 1997, 40:1245–1260
- Tsankova N, Renthall W, Kumar A, Nestler EJ. Epigenetic Regulation in Psychiatric disorders. *FOCUS* 2010, 8:435–448
- Vernes SC, Newbury DF, Abrahams BS, Winchester L, Nicod J, Groszer M et al. A functional genetic link between distinct developmental language disorders. *N Engl J Med* 2008, 359:2337–2345
- Willcutt EG, Pennington BF. Psychiatric comorbidity in children and adolescent with reading disability. *J Child Psychol Psych* 2000, 41: 1039–1048
- Willcutt EG, Pennington BF, Olson RK, Chhabildas N, Hulslander J. Neuropsychological analyses of comorbidity between reading disability and attention deficit hyperactivity disorder: In search of the common deficit. *Development Neuropsychol* 2005b, 27: 35–78
- Willcutt EG, Pennington BF, Olson RK, DeFries JC. Understanding comorbidity: a twin study of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. American journal of medical genetics. Part B, *Neuropsychiatr Genet* 2007, 144:709–714
- Wisniewska B, Baranowska W, Wendorff J. The assessment of comorbid disorders in ADHD children and adolescents. *Adv Med Science* 2007, 52:215–217
- Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2007, 68:1776–1784
- Wang Y, Paramasivam M, Thomas A, Bai J, Kaminen-Ahola N, Kere J et al. *DYX1C1* functions in neuronal migration in developing neocortex. *Neuroscience* 2006, 143:515–522

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ν. Χαβελέ, Μ. Βλασσοπούλου, Ε. Λαζαράτου

Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής,
Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2014, 2:42–49

Εισαγωγή: Πολλές μελέτες επισημαίνουν ότι η οικονομική κρίση, με την εισοδηματική αβεβαιότητα και την εργασιακή ανασφάλεια, έχει αρνητικές συνέπειες στην ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων και επηρεάζει τη λειτουργία της οικογένειας. **Σκοπός:** Η σύγκριση της ψυχοκοινωνικής κατάστασης οικογενειών που τα παιδιά τους παρακολουθούν ένα πρόγραμμα πρώιμης αντιμετώπισης (ΠΠΑ) σε δύο χρονικές περιόδους, πριν από την οικονομική κρίση και κατά τη διάρκειά της. **Υλικό και μέθοδος:** Οι συμμετέχοντες είναι οικογένειες με παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές του Τμήματος Παιδιών και Εφήβων του Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής. **Ομάδα Α:** 22 οικογένειες που συμμετείχαν στο ΠΠΑ κατά την περίοδο 2005–2007. **Ομάδα Β:** 25 οικογένειες που συμμετείχαν κατά την περίοδο 2011–2013. Συλλέχθηκαν τα εξής δεδομένα από τους φακέλους των παιδιών: διάγνωση του παιδιού, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επαγγέλματα των γονιών και οι ψυχοκοινωνικές διαγνώσεις της οικογένειας. **Αποτελέσματα:** Οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις ηλικίες, μορφωτικό επίπεδο, επαγγέλματα των γονιών, καθώς και τις διαγνώσεις των παιδιών. Στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει ως προς τα προβλήματα που σχετίζονται με την ανατροφή των παιδιών ($p=0,0163$). Το ίδιο ισχύει και για την ολική βαθμολογία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων. **Συμπέρασμα:** Στο δείγμα της μελέτης, η αβεβαιότητα της οικονομικής κρίσης έχει άμεσο αντίκτυπο στην οικογένεια και ειδικά σε θέματα που αφορούν στην ανατροφή των παιδιών. Συγκεκριμένα οι δυσκολίες διατυπώνονται ως ανεπαρκής γονική επίβλεψη και έλεγχος, εχθρότητα προς το παιδί, συναισθηματική παραμέληση του παιδιού και ανεπάρκεια στην οριοθέτησή του.

Συμπερασματικά, η μελέτη αναδεικνύει τις σημαντικές δυσκολίες των οικογενειών κατά τη διάρκεια της περιόδου της οικονομικής κρίσης ως προς την εσωτερική λειτουργία τους.

Λέξεις ευρετηρίου: Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές, οικογένεια, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, οικονομική κρίση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλές έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες καταδεικνύουν το γεγονός ότι οι οικονομικές κρίσεις συνδέονται με αύξηση προβλημάτων ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό (Chatterjee 2009, Friedman & Thomas 2009). Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σαφή συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την αύξηση των αυτοκτονιών με την οικονομική κρίση (Stuckler et al 2009, Lee et al 2010, Chang et al 2013). Δεδομένου ότι σύμφωνα με τον ΠΟΥ ο ορισμός της υγείας αφορά όχι μόνο στην απουσία νόσου, αλλά στην κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, η οικονομική κρίση και τα επακόλουθά της επηρεάζουν τη σωματική και την ψυχική υγεία (Χαλκούση και συν 2012).

Τα τελευταία χρόνια οι μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα, επιβεβαίωσαν ότι η οικονομική κρίση και οι συνέπειες αυτής στην εργασία, το εισόδημα και τις περικοπές στις παροχές υγείας έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία με αύξηση των ποσοστών κατάθλιψης, άγχους, χρήσης ουσιών, αυτοκτονιών και αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Μπούρας & Λύκουρας 2011, Γιωτάκος και συν 2011, Γιωτάκος και συν 2012, Οικονόμου και συν 2012).

Ενδεικτικά, η γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) καταγράφει για το πρώτο εξάμηνο του 2010 απότομη αύξηση της τάξης του 14,3% του ποσοστού των κλήσεων με έμμεσες ή άμεσες αναφορές στην οικονομική κρίση το οποίο φτάνει το 28,7% ως το πρώτο εξάμηνο του 2011 (Οικονόμου και συν 2012).

Η οικονομική κρίση έχει αντίκτυπο και στη λειτουργία της οικογένειας. Εκτός από τις περιπτώσεις υπερχρεωμένων νοικοκυριών που εκ των πραγμάτων δυσκολεύονται να αντεπεξέλθουν στην καθημερινότητα, ακόμα και οι οικογένειες που έχουν τα προς το ζην πλήττονται συναισθηματικά. Η εικόνα αυτού αλλά και η αυτοπεποίθηση του σύγχρονου αν-

θρώπου καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την εργασία και την οικονομική επιφάνεια. Οι αυξημένες περικοπές στους μισθούς, οι ελαστικές μορφές εργασίας και εντέλει η εισοδηματική αβεβαιότητα και η εργασιακή ανασφάλεια έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων (Μπούρας & Λύκουρας 2011). Η αβεβαιότητα και ο φόβος για την απώλεια εργασίας φαίνεται ότι συμβάλλει περισσότερο στην εκδήλωση κατάθλιψης απ' ό,τι η απώλεια εργασίας καθαυτή (Ferrie et al 1998, Meltzer et al 2010).

Στην περίπτωση των οικογενειών με παιδιά, οι επιπτώσεις της αβεβαιότητας και της ανεργίας επηρεάζουν τις συζυγικές σχέσεις, την ψυχική κατάσταση των γονέων και την οικογενειακή ζωή, και αυτές οι παράμετροι φαίνεται ότι συσχετίζονται άμεσα με την ψυχική υγεία των παιδιών τους (Solantaus et al 2004).

Το αίσθημα αβεβαιότητας και ανασφάλειας που διακατέχει τους ενήλικες δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστους τα παιδιά και τους νέους που γίνονται έμμεσοι αποδέκτες. Ανεξάρτητα του ποιος εκφράζει το σύμπτωμα, όλη η οικογένεια επηρεάζεται από την κρίση και βιώνει αισθήματα απόγνωσης και αβοήθητου (Αναγνωστόπουλος & Σουμάκη 2013). Ιδίως στις περιπτώσεις άνεργων γονιών, δημιουργούνται αμφιθυμικά συναισθήματα σε σχέση με την οικογένειά τους που εκδηλώνονται με ευερεθιστότητα και ενδοοικογενειακές συγκρούσεις (Φατούρου 2010).

Σε έρευνα του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (ΕΚΕΨΥΕ), που αφορά στα έτη 2006 και 2011 φάνηκε αύξηση των ενδοοικογενειακών συγκρούσεων και μειωμένη δυνατότητα της οικογένειας και του σχολείου να διαχειρισθούν ακόμη και ήπιες διασπαστικές/επιθετικές συμπεριφορές των παιδιών (Χαλκούση και συν 2012). Οι συγγραφείς παρατηρούν πως είναι φανερό η ανάγκη των χρηστών των υπηρεσιών για ψυχική υποστήριξη, κατανόηση

και καθοδήγηση τη στιγμή που βιώνουν πλήρη ανασφάλεια ως προς το παρόν και το μέλλον.

Παρά τις πολυάριθμες μελέτες που εστιάζονται στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία, η συσχέτιση με την οικογένεια και τον γονεϊκό ρόλο φαίνεται πως αποτελεί προς το παρόν ένα πεδίο χωρίς επαρκή έρευνα. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να φωτίσει τις συνέπειες της κρίσης στη λειτουργία των οικογενειών όπου ένα ή περισσότερα μέλη τους παρουσιάζουν ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές λόγου και κινητικού συντονισμού και παρακολουθούν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα στο Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής.

Από την αρχή της κρίσης μέχρι σήμερα παρατηρούνται περισσότερα προβλήματα ψυχοκοινωνικής φύσεως στις οικογένειες που απευθύνονται στην Υπηρεσία. Σκοπός μας είναι να αποτυπωθεί αυτό το φαινόμενο, να συγκριθεί με την εμπειρία προηγούμενων προ-κρίσεως χρόνων, να διερευνηθεί σε ποιους συγκεκριμένους τομείς παρατηρούνται διαφορές έτσι ώστε να διαμορφωθεί μια θεραπευτική προσέγγιση για αυτές τις οικογένειες λαμβάνοντας υπόψη τα νέα δεδομένα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είναι οικογένειες που παρακολούθησαν το Πρόγραμμα Πρώιμης Αντιμετώπισης για παιδιά με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές (Λαζαράτου & Βλασσοπούλου 2006) της Υπηρεσίας Παιδιών και Εφήβων του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής.

Το Πρόγραμμα Πρώιμης Αντιμετώπισης (ΠΠΑ) προσφέρει συστηματική και μακροχρόνια παρέμβαση σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (από 2–6 ετών) με διάγνωση των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών (λόγου και κινητικού συντονισμού), καθώς και υποστήριξη στους γονείς τους. Το πρόγραμμα παρέμβασης λειτουργεί στα εξής επίπεδα: (1) πρόληψη, (2) αξιολόγηση, (3) παρέμβαση και (4) παρακολούθηση (follow-up).

Το ΠΠΑ ακολουθεί ένα βιοψυχοκοινωνικό θεραπευτικό μοντέλο μέσω ενός διεπιστημονικού πλαισίου. Η λεπτομερής ανάλυση των δυσκολιών του παιδιού (ομιλία, λόγος, κίνηση, αντίληψη και συμπεριφορά) και του περιβάλλοντος (οικογένεια, σχολείο) θεωρείται αναγκαία για τον προγραμματισμό και εφαρμογή του

θεραπευτικού σχεδιασμού (Βλασσοπούλου και συν 2010).

Οι οικογένειες ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με τη χρονική περίοδο που συνεργάστηκαν με την Υπηρεσία:

Ομάδα Α: 22 οικογένειες (22 παιδιά) που συνεργάστηκαν με το ΠΠΑ κατά την περίοδο 2005–2007, που περιλαμβάνει δύο ακαδημαϊκές χρονιές (Οκτώβριος–Ιούνιος), πριν από την οικονομική κρίση.

Ομάδα Β: 25 οικογένειες (25 παιδιά) που συμμετείχαν στο ΠΠΑ κατά τη χρονική περίοδο 2011–2013, που είχε επέλθει η οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Τα δεδομένα για τη μελέτη συλλέχθηκαν από τους φακέλους που τηρεί η Υπηρεσία μας για τους χρήστες της. Για τις ανάγκες της μελέτης σημειώθηκαν τα εξής:

1. Η διάγνωση του παιδιού και των αδελφών του (εάν υπήρχαν και είχαν επισκεφθεί την υπηρεσία μας).
2. Η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και τα επαγγέλματα των γονιών.
3. Οι ψυχοκοινωνικές διαγνώσεις της οικογένειας.

Στόχος ήταν η καταγραφή των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων που αφορούν στη λειτουργία της οικογένειας και σχετίζονται με την ανατροφή των παιδιών.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι ηλικίες, οι ψυχοκοινωνικές διαγνώσεις και οι παιδοψυχιατρικές διαγνώσεις των παιδιών των δύο ομάδων σύμφωνα με το ICD-10. Τα παιδιά σε περίπτωση συννοσηρότητας, μπορούν να έχουν μέχρι 3 παιδοψυχιατρικές διαγνώσεις, ενώ δεν υπάρχει όριο στο αριθμό των ψυχοκοινωνικών διαγνώσεων. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά οι ψυχοκοινωνικές διαγνώσεις σύμφωνα με το ταξινομητικό σύστημα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ICD-10, που παρατηρήθηκαν στο δείγμα των οικογενειών της έρευνάς μας.

Οι οικογένειες μεταναστών στην Ομάδα Α ήταν δύο και αντίστοιχα στην Ομάδα Β ήταν μία.

Για τη στατιστική ανάλυση, σε μια προσπάθεια μείωσης του αριθμού των 10 παραγόντων εφαρμόστηκε ανάλυση κυρίων συνιστωσών ΚΣ (principal components analysis). Κριτήριο παραμονής μιας ΚΣ αποτέλεσε η ιδιοτιμή με όριο το 1 και η δυνατότητα ερμηνείας τους. Ακολούθησε εφαρμογή λογιστικής παλινδρόμησης θεωρώντας ως εξαρτημένες μεταβλητές τις Z60, Z62, Z63, Z81 και το ολικό άθροισμα Z και ανεξάρτητες τις κύριες συνιστώσες οι οποίες

Πίνακας 1. Ηλικία, διάγνωση και ψυχοκοινωνική διάγνωση κατά ICD-10 (1992).

ΟΜΑΔΑ Α				ΟΜΑΔΑ Β			
Παιδί	Ηλικία	Διάγνωση	Z	Παιδί	Ηλικία	Διάγνωση	Z
A1	2,5	F80, F80.1, F82	0	B1	2,3	F80.2, F82	Z63.5, Z62.0, Z59, Z63.0
A2	2,6	F80.2, F82	0	B2	2,4	F80.1, F82	0
A3	3,1	F80.2, F82	0	B3	3	F80.1, F82	Z63.0
A4	3,3	F80.2, F94.0	Z60.3	B4	3,5	F80.2, F82	Z81.1, Z63.0, Z72.5, Z62.4, Z62.3, Z62.8
A5	3,9	F80.2, F82	0	B5	3,5	F80.2, F82	0
A6	3,9	F80.2, F82	Z81.8	B6	3,6	F80.2, F82	Z62.8
A7	3,11	F80.2, F82	Z63.0, Z62.0	B7	3,7	F80.1, F82	Z62.6, Z81.1, Z81.8, Z62.3, Z63.0
A8	4	F80.2, F82	0	B8	3,9	F80.2, F82	Z63.5, Z81.8
A9	4,2	F80.1 F82	Z63.0	B9	3,11	F80.2, F82	Z62.6
A10	4,2	F80.2	Z63.5, Z62.0, Z91.1	B10	4	F80.2, F82	0
A11	4,3	F80.2, F82	0	B11	4,1	F80.2, F82	Z62.8, Z56
A12	4,5	F80.2, F82	Z62.0	B12	4,1	F80.2, F82	Z62.4, Z62.3, Z60.4
A13	4,7	F80.2, F82	Z59, Z63.5	B13	4,4	F80.2, F82	Z59
A14	4,8	F80.2, F82	0	B14	4,11	F80.2, F82	Z62.6, Z56, Z63.0
A15	5	F80.2, F82	Z81.8	B15	5,2	F80.2, F82	Z81.1, Z62.6, Z56, Z59
A16	5	F80.2, F82	Z63.0	B16	5,2	F80.2, F82	Z63.5, Z59, Z63.3, Z62.4
A17	5,2	F80.1, F80.2, F82, F41.1	0	B17	5,3	F80.2, F82	Z63.5, Z81.8, Z63.0
A18	5,2	F80.1, F82	Z63.5	B18	5,3	F80.2, F82	Z60.3, Z60.4, Z62.4, Z65.1, Z59, Z62.8
A19	5,3	F80.1, F82	0	B19	5,5	F80.1, F82	0
A20	5,4	F80.2 F82	Z63.0	B20	5,6	F80.2, F82	0
A21	5,8	F80.2, F82	0	B21	5,8	F80.2, F82	Z62.8
A22	5,9	F80.2	Z60.3	B22	5,8	F80.1	Z63.3
				B23	5,8	F80.1, F82	0
				B24	5,11	F80.2	Z63.5, Z81.1, Z81.8
				B25	5,11	F80.2, F82, F91.3	Z62.4, Z63.0, Z62.8

Πίνακας 2. Ψυχοκοινωνικές διαγνώσεις κατά ICD-10 που παρατηρήθηκαν στο δείγμα μας.

Z56 – Προβλήματα σχετιζόμενα με την επαγγελματική απασχόληση και την ανεργία
 Z59 – Προβλήματα σχετιζόμενα με την κατοικία και τις οικονομικές συνθήκες
 Z60.3 Δυσχέρειες στον επιπολιτισμό
 Z60.4 Κοινωνικός αποκλεισμός και απόρριψη
 Z62.0 Ανεπαρκής γονεϊκή επίβλεψη και έλεγχος
 Z62.3 Εχθρότητα προς το παιδί και χρησιμοποίησή του ως αποδιοπομπαίου τράγου
 Z62.4 Συναισθηματική παραμέληση παιδιού
 Z62.6 Ακατάλληλη γονεϊκή πίεση και άλλες μη φυσιολογικές ή ανώμαλες ποιότητες της ανατροφής
 Z62.8 Άλλα καθοριζόμενα προβλήματα σχετιζόμενα με την ανατροφή
 Z63.0 Προβλήματα στη σχέση με τον σύζυγο ή τον σύντροφο
 Z63.3 Απουσία μέλους της οικογένειας
 Z63.5 Διάσπαση της οικογένειας λόγω χωρισμού και διαζυγίου
 Z81.0 Οικογενειακό ιστορικό νοητικής υστέρησης
 Z81.1 Οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης οινόπνευματος
 Z81.8 Οικογενειακό ιστορικό άλλων ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς

αναδείχθηκαν κατά την προηγούμενη ανάλυση συν τη χρονική περίοδο. Όλες οι αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό πακέτο (SAS 2012).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τις ΚΣ μετά από την ομώνυμη ανάλυση. Με βάση το κριτήριο της ιδιοτιμής σχηματίστηκαν 4 ΚΣ, οι οποίες επιδέχονταν ερμηνείας. Η πρώτη συνιστώσα (ΚΣ1), ερμηνεύθηκε ως «Κοινωνικο-οικονομικο-επαγγελματική κατάσταση γονέων» και αποτελείται από τις μεταβλητές «μόρφωση μητέρας και πατέρα» καθώς και «επάγγελμα μητέρας και πατέρα», η 2η συνιστώσα (ΚΣ2), ερμηνεύθηκε ως «Ηλικία γονέων» και αποτελείται από τις μεταβλητές «ηλικία μητέρας και πατέρα», η 3η

συνιστώσα (ΚΣ3), ερμηνεύθηκε ως «Αριθμός και ψυχοπαθολογία αδελφών» και αποτελείται από τις μεταβλητές «αριθμός αδελφών, επάγγελμα μητέρας και ψυχοπαθολογία αδελφών», τέλος η 4η συνιστώσα (ΚΣ4), ερμηνεύθηκε ως «Μεταναστευτικό καθεστώς γονέων» και αποτελείται από τη μεταβλητή «μετανάστευση».

Τα αποτελέσματα (πίνακας 4) δείχνουν ότι κατά τη χρονική περίοδο 1 (πριν τη κρίση) υπήρχε μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης προβλημάτων που σχετίζονται με το Z62 (προβλήματα σχετιζόμενα με την ανατροφή). Το ίδιο ισχύει και για το ολικό Z. Οι γενικές ψυχοκοινωνικές διαγνώσεις των οικογενειών ήταν στατιστικά σημαντικά αυξημένες στην περίοδο κατά τη κρίση και ειδικότερα, τα προβλήματα που σχετίζονται με την ανατροφή των παιδιών. Καμία από τις ΚΣ δεν βρέθηκε να σχετίζεται με κάποια από τις Z μεταβλητές, ενώ δεν κατέστη δυνατό να υπάρξει λύση για τη μεταβλητή Z60 και γι' αυτό δεν συμπεριλήφθηκε στον πίνακα 4.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αναφέρεται σε οικογένειες με παιδιά προσχολικής ηλικίας με ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές, που παρακολουθούν ένα πρόγραμμα πρώιμης αντιμετώπισης σε δημόσιο πλαίσιο. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσουμε τις ψυχολογικές-κοινωνικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης σε αυτές τις οικογένειες σε σύγκριση με οικογένειες που ήταν χρήστες της ίδιας υπηρεσίας πριν από την κρίση. Οι οικογένειες διέμεναν στην ίδια περιοχή και τα παιδιά τους ανήκαν στην ίδια διαγνωστική κατηγορία των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών. Επιπλέον

Πίνακας 3. Κύριες συνιστώσες (ΚΣ).

Αρχική μεταβλητή	ΚΣ1	ΚΣ2	ΚΣ3	ΚΣ4
Αριθμός αδελφών	15	23	77*	25
Ηλικία πατέρα	-1	90*	-5	4
Ηλικία μητέρας	-6	84*	12	-16
Επάγγελμα πατέρα	77*	-14	-5	2
Μόρφωση πατέρα	85*	1	4	-33
Επάγγελμα μητέρας	45*	1	-55*	24
Μόρφωση μητέρας	87*	-1	3	3
Μετανάστευση	0	-12	16	88*
Ψυχοπαθολογία αδελφών	-6	-7	71*	5
Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	81*	11	-17	37

*Παράγοντας με τιμή άνω του 0,4

Πίνακας 4. Εκτίμηση σχετικής πιθανότητας (διάστημα εμπιστοσύνης 95%) των μεταβλητών Z62, Z63, Z81 και ολικό Z σε σχέση με τις κύριες συνιστώσες και τη χρονική περίοδο.

ΚΣ	Μεταβλητές			
	Z62	Z63	Z81	Z
1	0,904 (0,476–1,176)	0,644 (0,349–1,185)	1,462 (0,591–3,615)	0,844 (0,493–1,446)
2	1,250 (0,661–2,364)	0,956 (0,524–1,744)	1,660 (0,706–3,904)	0,879 (0,514–1,503)
3	1,569 (0,832–2,956)	0,850 (0,465–1,552)	0,874 (0,380–2,008)	1,160 (0,672–2,001)
4	1,285 (0,689–2,395)	0,940 (0,510–1,732)	0,475 (0,123–1,838)	1,548 (0,903–2,651)
Χρονική περίοδος=1	0,095 (0,020–0,460)*	0,571 (0,163–2,000)	0,225 (0,036–1,405)	0,214 (0,066–0,688)*

Σημείωση: Στατιστικά σημαντικό εφόσον δεν εμπεριέχει την τιμή ≥ 1

οι ηλικίες των γονέων, το μορφωτικό τους επίπεδο, τα επαγγέλματά τους, οι ηλικίες των παιδιών, οι διαγνώσεις, ο αριθμός αδελφών και η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στα αδέλφια δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες στις δύο χρονικές περιόδους, πριν και κατά την κρίση. Οι οικογένειες μεταναστών κυμαίνονται επίσης στο ίδιο επίπεδο. Συνεπώς οι δύο ομάδες οικογενειών και στις δύο χρονικές περιόδους φαίνεται να είναι ομοιόμορφες ως προς τα χαρακτηριστικά τους.

Επιπλέον τα παιδιά και στις δύο ομάδες αντιμετωπίστηκαν στο Πρόγραμμα Πρώιμης Αντιμετώπισης με τις ίδιες προϋποθέσεις.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι προβλήματα σχετιζόμενα με την επαγγελματική απασχόληση, την ανεργία, την κατοικία, τις οικονομικές συνθήκες, το κοινωνικό περιβάλλον, την ανατροφή των παιδιών, τις διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις και ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς υπάρχουν και στα δύο δείγματα. Οι κάτοικοι των περιοχών ευθύνης του ΚΚΨΥ και ειδικά τα άτομα που αντιμετωπίζονται από το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι γενικά άτομα με χαμηλούς οικονομικούς πόρους, που συχνά παρουσιάζουν δυσκολίες στη διαβίωση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι παρά τα αναμενόμενα, δεν παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά ανεργίας στο δεύτερο δείγμα. Παρόλ' αυτά στο σύνολό τους, οι οικογένειες στη χρονική περίοδο 2 (κατά την κρίση) βιώνουν περισσότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως φαίνεται από το συνολικό Z που είναι στατιστικά σημαντικό (πίνακας 4).

Στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τα προβλήματα που σχετίζονται με την ανατροφή των παιδιών ($p=0,0163$). Συγκεκριμένα, η ομάδα που βιώνει την οικονομική κρίση αντιμετωπίζει περισσότερα προβλήματα σ' αυτόν τον τομέα. Παρουσιάζονται δυσκολίες που διατυπώνονται ως ανεπαρκής γονική επίβλεψη και έλεγχος, εχθρότητα προς το παιδί, συναισθηματική παραμέληση του παιδιού και ανεπάρκεια στην οριοθέτησή του. Φαίνεται ότι ενώ οι γονείς βιώνουν μια αβεβαιότητα και αστάθεια, σε έναν εχθρικό και δύσκολο κόσμο, η οικογένεια δεν μοιάζει να συσπειρώνεται και να στρέφεται με περισσότερη ευαισθησία στις ανάγκες των παιδιών, αλλά αντίθετα αυτή η κατάσταση διαβρώνει τον ιστό της οικογένειας, με τους

γονείς να φτάνουν στο τέλος της αντοχής τους και το παιδί να βρίσκεται απροστάτευτο και εκτεθειμένο.

Θεωρούμε ότι η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει σημαντικό αντίκτυπο στις οικογένειες, όχι μόνο επειδή έχουν προβλήματα στην καθημερινή τους διαβίωση, λόγω ανεργίας, και έλλειψης πόρων, αλλά και λόγω της αβεβαιότητας που είναι συνακόλουθό της. Για τις οικογένειες που έχουν κάποιο μέλος ή παιδί με δυσκολίες η κατάσταση είναι ακόμα πιο κρίσιμη, διότι πέρα από τις δυσκολίες που παρουσιάζονται στις οικογένειες σε πρακτικό επίπεδο, οι παροχές που μπορούν να προσφέρουν στο παιδί τους είναι σημαντικά μειωμένες. Τα δημόσια νοσοκομεία και πλαίσια έχουν σοβαρά προβλήματα, χρηματοδοτούμενα προγράμματα σταματούν τη λειτουργία τους και διακόπτουν τις υπηρεσίες τους, και τα ασφαλιστικά ταμεία αδυνατούν να καλύψουν ένα μέρος των εξόδων για την ιδιωτική παροχή υπηρεσιών. Συχνά οι οικογένειες βρίσκονται σε αδιέξοδο και δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των παιδιών τους.

Αντίθετα με άλλες έρευνες (Μπούρας & Λύκουρας 2011, Γιωτάκος και συν 2011, Γιωτάκος και συν 2012, Οικονόμου et al 2012), στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, έντονου άγχους, χρήσης ουσιών, αυτοκτονιών και αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε αυτές τις οικογένειες με μικρά παιδιά με αναπτυξιακές δυσκολίες. Όπως παρατηρούν και οι Μπούρας & Λύκουρας (2011), οι περικοπές στους μισθούς, η εισοδηματική αβεβαιότητα και η εργασιακή ανασφάλεια φαίνεται ότι έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική ανθεκτικότητα των ανθρώπων. Στο δείγμα μας, η αβεβαιότητα και ο φόβος για την απώλεια εργασίας συμβάλλουν στην αποδιοργάνωση της οικογένειας με άμεσο αντίκτυπο σε θέματα που αφορούν στην ανατροφή των παιδιών και όχι τόσο πολύ σε άλλες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους.

Σημειώνεται ότι περιορισμός της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι οι ίδιες οι οικογένειες του δείγματος δεν είχαν ελεγχθεί προ της κρίσης για την αναγνώριση πιθανών δυσλειτουργικών συμπεριφορών που προϋπήρχαν.

Συμπερασματικά, ενώ το δείγμα της μελέτης είναι περιορισμένο, αναδεικνύει τις σημαντικές δυσκολίες που έχουν προκύψει από την οικονομική κρίση στη χώρα μας και πώς αυτή αντανακλάται στη λειτουργία της οικογένειας με μικρά παιδιά που παρουσιάζουν

ειδικές αναπτυξιακές δυσκολίες. Η ισορροπία της οικογένειας μοιάζει να διαταράσσεται σημαντικά και οι γονείς φαίνεται να αδυνατούν να διατηρήσουν τον γονεϊκό τους ρόλο αλώβητο.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οφείλουν να προσαρμόσουν τις υποστηρικτικές τους παρεμβάσεις για τις ανάγκες των οικογενειών έτσι όπως αυτές διαμορφώθηκαν με τα νέα δεδομένα της οικονομικής κρίσης. Στην Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, εκτός από την ψυχο-εκπαίδευση όσον αφορά στις

ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των παιδιών τους, δόθηκε χώρος στους γονείς μέσω ατομικών και ομαδικών συνεδριών, για την επεξεργασία των επώδυνων συναισθημάτων που αφορούν στον περιορισμό των οικονομικών δυνατοτήτων της οικογένειας και την ανασφάλεια που προέρχεται από τις παρούσες συνθήκες οικονομικής κρίσης της χώρας. Κρίνουμε επίσης ότι μια συστηματική παρακολούθηση αυτών των οικογενειών είναι απαραίτητη για να διαπιστωθούν οι μακροχρόνιες συνέπειες και οι διαχρονικές επιπτώσεις της κρίσης.

THE EFFECT OF THE ECONOMIC CRISIS ON THE FUNCTIONING OF FAMILIES WITH CHILDREN WITH SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS

N. Chavele, M. Vlassopoulos, H. Lazaratou

*Child and Adolescent Service, Community Mental Health Centre Byron-Kessariani, A'
Department of Psychiatry, University of Athens School of Medicine, Athens, Greece*

Child and Adolescent Psychiatry 2014, 2:42–49

Introduction: In recent years many studies, both Greek and international, have noted that the economic crisis has severe negative consequences on mental health. With respect to the family, the job insecurity, and unemployment, combined with distress and uncertainty, impacts the individual family members' mental resilience. Difficulties in sustaining one's family's needs have an immediate effect on the family's functioning as a whole. This situation is compounded when one of the family's members exhibits some form of disorder or disability. In a community mental health centre in Athens, an increasing number of psychosocial difficulties have been observed in the families served from the beginning of the crisis to the present day. The purpose of this study is to compare the psychosocial outcomes of families attending an Early Intervention Programme (EIP) for children with specific developmental disorders during two time periods: (a) before the commencement of the economic crisis in Greece, (b) during the economic crisis. **Material-method:** The participants consisted of families with children with specific developmental disorders who were service users of the Child and Adolescent Mental Health Unit in the Community Mental Health Centre Byron-Kessariani. Group A consisted of 22 families who were attending the EIP during the period 2005–2007 (before the economic crisis) and Group B consisted of 25 families attending the same programme in 2011–2013 (during the crisis). The following data was examined from the patients' files: child's diagnosis, parents' age, educational level and professions, and the family's psychosocial diagnoses. All diagnoses were given according to ICD-10 (1991) criteria and were the result of interdisciplinary consensus. Data

was analysed with the SAS (2012) statistical package. **Results:** The two groups did not show any statistical differences regarding parents' age, educational level and professions, as well as the children's diagnoses. Problems related to the child's upbringing ($p=0,0163$) were found to be statistically significant: Group B families were more likely to exhibit insufficient parental control and supervision, hostile behaviour towards the child, emotional neglect and difficulties in sustaining boundaries. The total scores for the psychosocial parameters were also statistically significant. **Conclusion:** In this study, the emotional and practical difficulties elicited by the economic crisis appear to have a direct impact on the families of small children with specific developmental disorders. These difficulties have an effect on the way the parents deal with issues within the family, and in particular their children's upbringing, which seems to imply that the parents' roles are deficient within the family during the economic crisis. The need for focused interventions through community services to deal with this issue is discussed.

Key words: Specific developmental disorders, psychosocial outcomes, family, economic crisis.

Βιβλιογραφία

- Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnel D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013, 347:f5239
- Chatterjee P. Economic crisis highlights mental health issues in India. *Lancet* 2009, 373:1160–1161
- Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Davey-Smith G. The health effects of major organizational change and job insecurity. *Soc Sci Med* 1998, 46:243–254
- Friedman J, Thomas D. Psychological health before, during and after the economic crisis: Results from Indonesia. *World Bank Economic Rev* 2009, 23:57–76
- Lee S, Guo WJ, Tsang A, Mak APD, Wu J, Ng KL et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disorders* 2010, 126:125–133
- Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R. Job insecurity, socio-economic circumstances and depression. *Psychol Med* 2010, 40: 1401–1407
- Solantaus T, Leinonen J, Punamaki, RL. Children's Mental Health in Times of Economic Recession: Replication and Extension of the Family Economic Stress Model in Finland. *Dev Psych* 2004, 40: 412–429
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy response in Europe: An empirical analysis. *Lancet* 2009, 374:315–323
- Αναγνωστόπουλος Δ, Σουμάκη Ε. Η κατάσταση της ψυχιατρικής των παιδιών και των εφήβων στην Ελλάδα της «κρίσης». *Σύναψις* 2013, 29:11–14
- Βλασσοπούλου Μ, Τσίπρα Ι, Λεγάκη Λ, Ρότσικα Β. Πρόγραμμα Πρώιμης Αντιμετώπισης παιδιών με Ειδικές Αναπτυξιακές Διαταραχές. Στο: Βογινδρούκας Ι, Σταυρακάκη Σ, Οκαλίδου Α (Επιμ. εκδ) *Αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές-από τη βασική έρευνα στην κλινική πράξη*. Εκδόσεις Επίκεντρο, Θεσσαλονίκη, 2010:299–321
- Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καυκάς Α. Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 2011, 22:109–119
- Γιωτάκος Ο, Τσουβέλας Γ, Κονταξάκης Β. Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 2012, 23:29–36
- Λαζαράτου Ε, Βλασσοπούλου Μ. Αναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας και νοητική υστέρηση. Στο: Σολδάτος Κ, Λύκουρας Α (Επιμ) *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*. Β' τόμος. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2006:537–557
- Μπούρας Γ, Λύκουρας Α. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος* 2011, 48:54–61
- Οικονόμου Μ, Πέππου ΛΕ, Λουκή Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α, Στεφανής Κ. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική* 2012, 23:17–28
- Φατούρου Μ. Εργασία και ανεργία: ψυχολογικές επιπτώσεις. *Εγκέφαλος* 2010, 47:176–180
- Χαλκούση Γ, Βλαχάκη Ε, Βούλγαρη Α, Βουτυράκος Π, Γρηγοριάδου Α, Γραβάνη Ε. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία: Η εμπειρία του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών. *Σύναψις* 2012, 26:4–8

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ Η ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Δ. Σιούσιουρα

Διδάκτωρ Κλινικής Ψυχολογίας – Νομικός, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Ψυχιατρικό Τμήμα, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2014, 2:50–57

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 αποτελεί χρόνια μεταβολική νόσο, η οποία χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια έκκρισης ή/και δράσης της ινσουλίνης από το πάγκρεας. Εμφανίζεται νωρίς στη ζωή του ατόμου και η ενέσιμη ινσουλίνη αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της αντιμετώπισής του, η οποία συντελείται με την επίτευξη μεταβολικού ελέγχου. Ως χρόνια νόσος ο διαβήτης επιφέρει ποικίλες ψυχολογικές συνέπειες στη ζωή του παιδιού και του εφήβου που διαγιγνώσκεται με ΣΔ1, καθώς η εξάρτηση από τη χορήγηση ινσουλίνης καλλιεργεί ταυτόχρονα το βίωμα της ψυχολογικής εξάρτησης από το περιβάλλον και κυρίως από τα μέλη της οικογένειας. Συνοδά αρνητικά συναισθήματα παράγονται στο παιδί που πάσχει από διαβήτη και παράλληλα αυξάνονται οι απαιτήσεις που αφορούν στη φροντίδα και την αντιμετώπιση της νόσου. Χαρακτηριστικά επίσης είναι τα στάδια αντίδρασης στην εμφάνιση της νόσου, από τα οποία συνήθως –αλλά όχι απαραίτητα– περνούν οι ασθενείς, γεγονός που εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Αυτά είναι η άρνηση, ο θυμός, η καταθλιπτική διάθεση, η απομόνωση και τέλος η αποδοχή. Ευρύτερα, η διάγνωση του διαβήτη σε νεαρό μέλος της οικογένειας συνδέεται με μια φάση έλλειψης ισορροπίας σε ολόκληρο το οικογενειακό περιβάλλον, ως αποτέλεσμα του απειλητικού αυτού γεγονότος που δημιουργεί σημαντικό πρόβλημα και που δεν αντιμετωπίζεται με κοινές πρακτικές. Επομένως, η διάγνωση συνδέεται με την ψυχολογική κρίση στην οικογένεια. Ο διαβήτης ως απειλητικό γεγονός πυροδοτεί αντιδράσεις στρες στα μέλη της οικογένειας, οι οποίες με τη σειρά τους δημιουργούν

δυσκολίες διαχείρισης της νόσου, εμποδίζουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία και δυσχεραίνουν την απώτερη επίτευξη μεταβολικού ελέγχου. Η οικογένεια διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση της νόσου και η υποστήριξή της είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ενδυνάμωση του ασθενούς και στην ανταπόκρισή του στη φροντίδα της νόσου. Ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας περιλαμβάνει ενσυναίσθηση, συμβουλευτική, ανοικτή επικοινωνία, επιβραβεύσεις, και οργάνωση δράσης. Η ταυτόχρονη ιατρική και ψυχολογική παρέμβαση και ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας αποτελούν αναγκαίες δράσεις για την αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 1.

Λέξεις ευρετηρίου: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1, κρίση στην οικογένεια, οικογενειακή δυσλειτουργία, μεταβολικός έλεγχος, στάδια αντίδρασης, γονείς και παιδιά με ΣΔ1.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ΣΔ1 αποτελεί σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας, καθώς οι επιπλοκές του ευθύνονται για υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και σε πολλές περιπτώσεις πρόωρης θνησιμότητας (Atkinson 1994, Jörgens 2002, Μυγδάλης 2000). Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 800.000 άτομα νοσούν από διαβήτη, ενώ το 10% αυτών πάσχουν από ΣΔ1, σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του ΣΔ και των επιπλοκών του (<http://www.hndc.gr>). Ο ΣΔ1 εμφανίζεται νωρίς στη ζωή του ατόμου και η ενέσιμη ινσουλίνη αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ιατρικής θεραπευτικής αντιμετώπισής του.

Η κρίση στην οικογένεια, αφορά σε «μια περίοδο έλλειψης ψυχικής ισορροπίας που βιώνεται ως αποτέλεσμα ενός απειλητικού γεγονότος ή κατάστασης, εν προκειμένω της διάγνωσης της χρόνιας νόσου, που δημιουργεί σημαντικό πρόβλημα, το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με συνήθεις στρατηγικές αντιμετώπισης» (Roberts 2000). Οι Κινέζοι μεταφράζουν τη λέξη κρίση ως κίνδυνο και ευκαιρία (Greene 2000).

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1

Ο ΣΔ1 (ινσουλινοεξαρτώμενος, παιδικός ή νεανικός διαβήτης) είναι χρόνια νόσος, από τις πιο διαδεδομένες σήμερα. Έχει ως χαρακτηριστικό την ολική καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, μετά από αυτοάνοσο ή άγνωστο μηχανισμό. Πρόκειται για μια μεταβολική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από χρόνια υπεργλυκαιμία, λόγω διαταραχών του με-

ταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών και είναι αποτέλεσμα ανεπάρκειας στην έκκριση ή στη δράση της ινσουλίνης ή και των δύο. Εκδηλώνεται, όταν το πάγκρεας παράγει ελάχιστη ή καθόλου ινσουλίνη, ορμόνη αναγκαία για τη μεταφορά της γλυκόζης από το αίμα στα κύτταρα (Jörgens 2002). Η αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας μπορεί να γίνει άμεσα με τη χορήγηση ζάχαρης από το στόμα ή με κάτι άλλο που περιέχει ζάχαρη. Η ένεση γλυκαγόνης αυξάνει τη γλυκόζη στο αίμα. Είναι σημαντικό τα άτομα με διαβήτη να ενημερώνουν τους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους στο σπίτι, στο σχολείο, στον χώρο εργασίας για την ύπαρξη του ΣΔ. Σε περιπτώσεις λιποθυμίας, εάν δεν μπορούν να φάνε ή να πιούν κάτι λόγω υπογλυκαιμίας, τα άτομα του περιβάλλοντος χρειάζεται να γνωρίζουν για την ένεση γλυκαγόνης.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΔ1

Στη νόσο του ΣΔ1, η έναρξη των θεραπευτικών σχημάτων με ινσουλίνη ενισχύει το αίσθημα της «εξάρτησης» από τους άλλους, εφόσον και η φύση της νόσου είναι ταυτόσημη με την εξάρτηση από την ινσουλίνη. Αυτό το βίωμα επιτείνεται στην εφηβεία, προκαλώντας, σε ορισμένες περιπτώσεις απομόνωση, καθώς και αρνητική εικόνα εαυτού (Steinhauser 1974). Γι' αυτό οι καθηγητές και οι συμμαθητές, αλλά και οι συνομήλικοι είναι αναγκαίο να γνωρίζουν για τη νόσο, ώστε να συμβάλουν από την πλευρά τους, σε όσο γίνεται ομαλότερη προσαρμογή του εφήβου, όχι μόνο στη νόσο, αλλά και στην ένταξή

της στον «ενιαίο εαυτό» των ασθενών ("unified self", Σιούσιουρα 2012, Sioussioura 2014). Ο «ενιαίος εαυτός» αποτελεί τη θεώρηση του ατόμου ως ολότητα, και πιο συγκεκριμένα ενσωματώνει τις βιολογικές και τις ψυχολογικές πτυχές του ατόμου ως αλληλοεπιδρούμενα μέρη του ίδιου εαυτού. Και αυτό γιατί η νόσος του ΣΔ1 είναι πολυσύνθετη στη διαχείρισή της. Πολλοί έφηβοι αποτυγχάνουν να ακολουθήσουν συμπεριφορές αυτοφροντίδας, όπως αλλαγή τρόπου ζωής, στρατηγικές αντιμετώπισης, προσαρμογή στα θεραπευτικά σχήματα, υγιεινή διατροφή, άσκηση, ρύθμιση του σακχάρου. Υποστηρικτικά συστήματα, όπως οικογένεια, φίλοι, διαδραματίζουν ενθαρρυντικό και τελικά θετικό ρόλο στην ανταπόκριση στα πολύπλοκα θεραπευτικά σχήματα. Μελέτες ανασκόπησης (Van Dam 2005), αναλύοντας τις παραμέτρους της κοινωνικής υποστήριξης στον ΣΔ1, συμπεριέλαβαν τη συναισθηματική στήριξη, την πληροφόρηση και την απτή βοήθεια κυρίως ως προς την αντιμετώπιση της νόσου. Η ένταξη κυρίως των εφήβων με ΣΔ1 σε υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα ενισχύει το αίσθημα «του ανήκειν» και της αποδοχής από τους γύρω, δεδομένου ότι η φύση της νόσου τούς καθιστά διαφορετικούς από τους υγιείς.

Χαρακτηριστικά στάδια αντίδρασης στην κρίση, που σχετίζεται με τη διάγνωση χρόνιας νόσου του ΣΔ1, στο παιδί ή στον έφηβο αναφέρονται, ενδεικτικά τα εξής (Σιούσιουρα 2012, Sioussioura 2014, Wilkinson 1987):

- *Άρνηση*, ως διεργασία θλίψης που επανέρχεται κυκλικά στο άτομο και που εάν συνεχιστεί συνυπάρχει με εκδηλώσεις άγχους (συχνά προδιαθεσικές), ανασφαλειών, συγκρούσεων (λειτουργεί η εκλογίκευση και η νόσος μετατρέπεται σε «κακό άλλοθι» για οτιδήποτε αρνητικό στη ζωή τους), εκτροπές συμπεριφοράς, και ανταγωνιστικών τάσεων προς τους γονείς, με αποτέλεσμα συχνά την απορρύθμιση του σακχάρου. Αυτές οι εκτροπές συμπεριφοράς, σε συνδυασμό με επικριτική στάση των γονέων, καθώς και συγκεκριμένη οικογενειακή δυσλειτουργία, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη διαχείριση της νόσου (Lewin 2006), οδηγώντας συχνά σε αύξηση της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (Duke 2008).
- *Θυμός*, ταυτόσημος με την αδικία που η νόσος επιφέρει, συχνά εκφραζόμενος με χειριστικού τύπου συμπεριφορές προς τους γύρω.

- *Καταθλιπτική διάθεση* για μεγάλο χρονικό διάστημα της ημέρας, κατάθλιψη ως διεργασία θλίψης και προσπάθεια προσαρμογής στη νόσο.
- *Απομόνωση* ως βίωμα της νόσου σαν «στίγμα» και ανεπάρκεια.
- *Αποδοχή*, εάν επέλθει, όπου επιτυγχάνεται σε σημαντικό βαθμό, προσαρμογή στην καθημερινότητα της νόσου.

Γι' αυτό η κοινωνική αποδοχή, που απασχολεί όλους τους εφήβους, καθίσταται πιο σημαντική για τους ασθενείς με ΣΔ1, μιας και αυτά τα παιδιά/έφηβοι περνούν διαστήματα απομονωμένα από τους συνηλικούς τους. Η έλλειψη της αποδοχής των συνηλικών μπορεί να αποβεί επώδυνη για τον έφηβο και την οικογένειά του, εφόσον ένα παιδί που νιώθει απομονωμένο μπορεί να βιώνει εντονότερο στρες. Η ψυχολογική επιβάρυνση συχνά εκφράζεται με συμπτώματα, όπως κακή συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, σχολική άρνηση, επικίνδυνες συμπεριφορές. Η χρόνια νόσος είναι δυνατόν να ανακόψει τη φυσιολογική πορεία του παιδιού και/ή του εφήβου και να προκαλέσει παλινδρόμηση σε προγενέστερα στάδια, όπου νιώθει «εξαρτώμενο» από τους σημαντικούς άλλους, ενισχύοντας υπερπροστατευτικές συμπεριφορές των γονέων και κυρίως της μητέρας. Σχετική μελέτη έδειξε ότι το εκφραζόμενο συναίσθημα της μητέρας συσχετίστηκε με τον μεταβολικό έλεγχο του παιδιού της με ΣΔ1, ενώ η μητρική συναισθηματική υπερεμπλοκή συσχετίστηκε με φτωχό μεταβολικό έλεγχο (Liakopoulou 2001).

Οι έφηβοι που έχουν ένα χρόνιο νόσημα έχουν αυξημένο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν προβλήματα προσαρμογής. Ιδιαίτερα, εάν οι γονείς είναι υπερπροστατευτικοί, η διαδικασία ωρίμανσης ανακόπτεται σημαντικά. Επίσης, το βίωμα της υπογλυκαιμίας ενισχύει το αίσθημα της αδυναμίας, σε όσους εφήβους το βιώνουν έτσι. Γι' αυτό συχνά επιλέγουν, αυτοκαταστροφικά, να διατηρούν ένα υψηλό επίπεδο σακχάρου αίματος, προκειμένου να την αποτρέψουν. Πρόκειται για μια κατάσταση, που είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστεί, αρχικά διαμέσου της ψυχοεκπαίδευσης και υποστήριξης όλης της οικογένειας και στη συνέχεια του άμεσου περίγυρου του εφήβου (σχολείο, συμμαθητές, φίλοι). Τα χαρακτηριστικά της ψυχοεκπαίδευσης (κυρίως εκπαίδευσης σε δεξιότητες αντιμετώπισης και σε στρατηγικές διαχείρισης συγκρούσεων) και της κοινωνικής υποστήριξης (με ό-

ποια μορφή προσφέρεται) σχετίζονται θετικά με την αποτελεσματική αντιμετώπιση του ΣΔ1 (Grey 2000).

Ενδεικτικά, αναφέρονται ορισμένες μορφές στήριξης προερχόμενες από το κοινωνικό δίκτυο του παιδιού και του εφήβου (Aalto 1997): (α) η υποστήριξη μελών της οικογένειας και φίλων στην καθημερινή αυτοφροντίδα του εφήβου με διαβήτη, όπως η επίτευξη από κοινού συμπεριφορών άσκησης, υγιεινής διατροφής και μείωσης του καπνίσματος, (β) η υποστήριξη και η κατανόηση θεμάτων που σχετίζονται με τη νόσο αποτελούν ισχυρό προγνωστικό δείκτη υγείας, (γ) η παροχή ενός διευκολυντικού περιβάλλοντος για να πραγματοποιηθεί η αυτοφροντίδα. Δηλαδή, όσο πιο αποτελεσματικά γίνεται, τόσο λειτουργεί ως κίνητρο, ισχυροποιεί τη θέληση και μειώνει τη θλίψη των ατόμων με διαβήτη, (δ) η λεκτική ενθάρρυνση και η παροχή συμβουλευτικών οδηγιών ή οποιασδήποτε άλλης απτής βοήθειας προς τον έφηβο με διαβήτη, ιδιαίτερα αυτών των οποίων τα θεραπευτικά σχήματα είναι πολύπλοκα και επιφέρουν στρες, και (ε) η ενθάρρυνση και η κατανόηση των εφήβων με διαβήτη, σε περιόδους ψυχολογικής δυσφορίας και στρες, μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της ευεξίας τους.

Σημειώνεται δε ότι το υψηλό επίπεδο στρες είναι δυσδιάκριτο από τα αντίστοιχα συμπτώματα υπογλυκαιμίας (όπως νευρικότητα, τρόμος, ζαλάδες, αίσθημα προκαρδίων παλμών, πονοκέφαλος, αδυναμία, εφίδρωση, αίσθημα πείνας, αδυναμία συγκέντρωσης, αλλαγή της διάθεσης, επιθετικότητα, σύγχυση, αίσθημα λιποθυμίας, σπασμοί, απώλεια ελέγχου συντονισμού των μυών). Επιπλέον, οι αρνητικές εμπειρίες υπογλυκαιμίας λειτουργούν ως προϋποθέσεις ανάπτυξης «φοβίας υπογλυκαιμίας» (Polonsky 1992). Συχνά, οι έφηβοι με ΣΔ1 δεν διακρίνουν τα πραγματικά συμπτώματα του στρες από τα αντίστοιχα της υπογλυκαιμίας. Γι' αυτό επιλέγουν να έχουν υψηλό σάκχαρο, προκειμένου να αποφύγουν πιθανή υπογλυκαιμία.

ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΣΔ1

Σε ό,τι αφορά στην *οικογένεια και στη διαχείριση του ΣΔ1*, η υποστήριξή της είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ενδυνάμωση και στην ανταπόκριση του ασθενούς στην αυτοφροντίδα της νόσου (Σιούσιουρα 2012, Σιούσιουρα 2014), ακόμη και σε άμεση επίδραση στα επίπεδα των ορμονών του stress (California

Healthcare Foundation 2009). Είναι γνωστή η συσχέτιση του στρες και της αύξησης του σακχάρου, μέσω των νευροενδοκρινολογικών δυσλειτουργιών και της έκκρισης ορμονών του στρες (κατεχολαμίνες), οι οποίες προκαλούν υπεργλυκαιμία, εμποδίζοντας τη δράση της ινσουλίνης και διεγείροντας την ηπατική παραγωγή της γλυκόζης (Chrousos 2014). Η αντίδραση στο στρες συμβαίνει όταν η ομοιόσταση διαταράσσεται, μέσω του συστήματος του στρες. Οι επιπτώσεις στο ανθρώπινο σώμα προκύπτουν, μέσω έκκρισης ορμονών στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια (HPA) και των γλυκοκορτικοειδών, της νορεπινεφρίνης και της επινεφρίνης (Chrousos 1992, Chrousos 2013). Δυσλειτουργία στο σύστημα του στρες επηρεάζει την ανάπτυξη, την εξέλιξη, τη συμπεριφορά, τον μεταβολισμό, με επιπτώσεις στην εκδήλωση οξέων και χρόνιων διαταραχών. Μελέτες ανασκόπησης αναφέρουν συννοσηρότητα ανάμεσα στο στρες και ορισμένες ενδοκρινολογικές διαταραχές (είτε ως πρωταρχικό είτε ως χαρακτηριστικό σύμπτωμα στην πορεία της διαταραχής) (Porokin 1980). Ειδικότερα, το DSM-5 ορίζει ως τις πιο χαρακτηριστικές ενδοκρινολογικές διαταραχές που συσχετίζονται με αγχώδεις καταστάσεις, τις υπερ- και υποθυρεοειδισμό, φαιοχρωμοκύττωμα, υπερκορτιζολαιμία, υπο- και υπεργλυκαιμία (American Psychiatric Association 2013).

Οι Minuchin (2000) και Chrousos (2013) υπογραμμίζουν την αλληλεπίδραση του στρες μεταξύ των μελών της οικογένειας: (α) στη δυσκολία ρύθμισης της γλυκόζης του αίματος, (β) στη συμμόρφωση του ασθενούς με ΣΔ1 στη θεραπευτική αντιμετώπιση και (γ) τελικά στην επίτευξη μεταβολικού ελέγχου. Ο Minuchin (2000), περιγράφει την οικογένεια ως ένα αλληλοεπηρεαζόμενο σύστημα, όπου κάθε μέλος αντιδρά στο στρες που προκαλούν άλλα μέλη της οικογένειας και συμβάλλει στο στρες που νιώθουν αυτά. Ειδικότερα, το υποστηρικτικό και λιγότερο συγκρουσιακό οικογενειακό περιβάλλον δημιουργεί μια ατμόσφαιρα ενθάρρυνσης της αυτονομίας του ασθενούς και της ασφάλειας, ιδιαίτερα σημαντική για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου του ΣΔ1, αποτελώντας προγνωστικό δείκτη γλυκαιμικού ελέγχου, μέσω των ακόλουθων συμπεριφορών:

- Ενσυναίσθηση για τις απόψεις του εφήβου για τη νόσο.

- Παρουσίαση εναλλακτικών επιλογών στον έφηβο, καθώς και λογικών συμβουλών, ταιριαστών στην ψυχοσύνθεση και στην προσωπικότητά του/της.
- Ανοικτή επικοινωνία και άμεση συζήτηση για δυσκολίες της νόσου.
- Ερωτήσεις, σχετικές με το βίωμα και τα συναισθήματα που η νόσος προκαλεί στον έφηβο.
- Επιβραβεύσεις για μικρές καθημερινές επιτυχίες στη νόσο.
- Οργάνωση θετικών δράσεων μαζί με την οικογένεια.

Οι πιο επιτυχημένες οικογένειες είναι αυτές που είναι ευέλικτες/ανοικτές στις αλλαγές και δεν ενισχύουν την κριτική, τις ενοχές, την υπερπροστασία και την υπο-αξιολόγηση των συμπτωμάτων του εφήβου.

Ερευνητές του Case Western Reserve University (Cousino & Hazen 2013), υπογραμμίζουν ότι μαζί με τα συνήθη καθήκοντα ως γονείς, οι γονείς παιδιών με χρόνια νόσο έχουν να αντιμετωπίσουν ιδιαίτερες καταστάσεις, όπως ραντεβού με τον γιατρό, αγωγή, νοσηλεία και θέματα με το σχολείο που μπορούν να τους πιέσουν, ενώ προσπαθούν να ενσωματώσουν τις ανάγκες του παιδιού στην οικογενειακή ρουτίνα. Οι γονείς που έλαβαν μέρος στις έρευνες, ανέφεραν επιπλέον στρες από τον πόνο του παιδιού τους, από την ανησυχία για αυξημένη ευαισθησία του παιδιού και από τη δυσκολία εξήγησης των προβλημάτων υγείας σε ανθρώπους εκτός οικογένειας. Οι ερευνητές Cousino και Hazen (2013), προσφέρουν συμβουλευτική ως προς την αναζήτηση βοήθειας από υποστηρικτικό πλαίσιο φίλων ή της οικογένειας, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του στρες των γονέων και των παιδιών που νοσούν.

Οι γονείς θα πρέπει να βρουν τρόπους να μοιράζονται τις ευθύνες της αγωγής για να μειωθούν οι απαιτήσεις στον έναν γονέα και να μειωθεί το στρες λόγω νόσου (Grigsby 2002, Polonsky 1995). Οι συναισθηματικές ανάγκες των φροντιστών-γονέων είναι δυνατόν να επηρεάσουν, όχι μόνο τις απαιτήσεις της φροντίδας, αλλά και την αποτελεσματικότητά της (Pinquart, 2003). Πιο συγκεκριμένα, η από κοινού φροντίδα των γονέων κρατά την οικογένεια στις νέες υποχρεώσεις και απαιτήσεις της νόσου (Γωσαφάτ 1986, Scharff 1998). Οι θεραπευτικές προσδοκίες γίνονται πιο ρεαλιστικές, η ατομική ευθύνη ακόμη και σε μικρές ηλικίες, όπως 4–11 ετών, ενισχύεται, ο απογαλακτισμός του παιδιού με ΣΔ1 γίνεται με σεβασμό

στις αναπτυξιακές του ανάγκες, αναζητώντας, όταν είναι αναγκαίο, βοήθεια από ειδικούς (Greenhalgh 2000). Έτσι είναι σημαντικό η όποια παρέμβαση να σχεδιάζεται εξατομικευμένα, χωρίς να χάνονται οι ιδιαίτερες όλων των μελών της οικογένειας και η ποιότητα της ζωής τους. Στα υγιή αδέρφια χρειάζεται να δοθεί υποστήριξη ώστε να μην παραγκωνίζονται από τους γονείς με αρνητικά αποτελέσματα ως προς τη δική τους εξέλιξη και ανάπτυξη.

Για την αντιμετώπιση του ΣΔ1 είναι πολύ σημαντικό να εκτιμηθεί η σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ του ασθενούς και των γονέων του και να κατανοηθεί η σύνδεση των οικογενειακών σχέσεων με: (α) τον έλεγχο του μεταβολισμού, (β) τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αντιμετώπιση και (γ) την καλύτερη δυνατή ρύθμιση του σακχάρου.

Αυτή η κατανόηση είναι σημαντική, καθώς τα μέλη της οικογένειας συχνά μοιράζονται την ευθύνη της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αντιμετώπιση και είναι πιθανό, είτε να τη διευκολύνουν (σε θέματα διατροφής, άσκησης και κυρίως διαχείρισης της υπογλυκαιμίας) είτε να τη δυσχεραίνουν, μέσω του στρες. Επιπλέον το επίπεδο του στρες στην οικογένεια μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το ποιος έχει την πρώτη ευθύνη για τη φροντίδα του παιδιού. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι μητέρες αναφέρουν περισσότερο στρες μιας και είναι οι κυρίως υπεύθυνες για τη φροντίδα του παιδιού. Όπως συμπεραίνουν οι Thompson και Gustafson (1999), οι μητέρες είναι εκείνες που συνήθως «φορτώνονται» τις ευθύνες, τόσο του συναισθηματικού όσο και του πρακτικού τομέα στη φροντίδα του παιδιού ή εφήβου που νοσεί. Επιπλέον, ο βαθμός του στρες της μητέρας φαίνεται να επηρεάζει την άποψή της για τη συμπεριφορά του παιδιού μιας και εκείνες που βιώνουν περισσότερο στρες αναφέρουν συχνότερα ότι τα παιδιά τους είναι ανυπάκουα. Οι πατέρες αναφέρουν περισσότερη δυσκολία στη σχέση με το παιδί που έχει ΣΔ, ειδικά όταν αυτό είναι αγόρι. Αν αυτή η ομαλοποίηση της σχέσης δεν συμβεί κατά τα πρώτα χρόνια της εφηβείας, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα μόνιμης διαμάχης ανάμεσα στον έφηβο και στον πατέρα. Ωστόσο η ποιότητα της εμπλοκής των πατέρων (Boman 2014) στη διαχείριση της νόσου του ΣΔ1 του παιδιού τους φαίνεται να συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας τους.

Πολλές μελέτες συσχετίζουν την ανταπόκριση στην αυτοφροντίδα της νόσου με οποιαδήποτε μορ-

φής οικογενειακή υποστήριξη, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν καλά ή κακά συμμορφούμενοι στη θεραπευτική αντιμετώπιση (Glasgow 1991). Ειδικότερα, το υποστηρικτικό και λιγότερο συγκρουσιακό οικογενειακό περιβάλλον δημιουργεί μια ατμόσφαιρα ευελιξίας, ενθάρρυνσης και υποστήριξης, ιδιαίτερα σημαντική στο ΣΔ1 (Edelstein 1985). Το περιβάλλον αυτό αποτελεί προγνωστικό δείκτη μεταβολικού ελέγχου στο ΣΔ1. Η υποστηρικτική οικογένεια συμβάλλει στην ενθάρρυνση και ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης του μέλους που νοσεί. Έτσι προάγεται έμμεσα η φροντίδα υγείας ως μέρος του εαυτού και ως ικανότητα ελέγχου της νόσου και κυριαρχίας στο περιβάλλον, παρατηρείται μικρότερη αντίδραση στον πόνο, και αποτελεσματική διαχείριση των συναισθημάτων. Οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις λειτουργούν ως στρεσογόνες πηγές (λόγω του υψηλού επικριτικού συναισθήματος των γονέων και των συντρόφων), που οδηγούν σε ανεπαρκή έλεγχο της γλυκόζης (Brown 1985, Lustman 2005, Peyrot 1988, Rubin 1992), σε αντίθεση με το θετικά εκφραζόμενο συναίσθημα που συμβάλλει σε βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο, μέσω ενδοκρινολογικών μηχανισμών (Lustman 2005).

Οι αντιδράσεις της μητέρας στη χρόνια νόσο του παιδιού της είναι καθοριστικές, τόσο για την πρόγνωση της πορείας της νόσου, όσο και για την εξέλιξη του παιδιού ευρύτερα. Η νόσος του παιδιού συχνά βιώνεται από τη μητέρα ως τραυματικό γεγονός που αναδύει στην ίδια ενοχικά ακόμη και καταθλιπτικά συναισθήματα, που χρήζουν επεξεργασίας και συναισθηματικής επούλωσης, ώστε να μην «υιοθετηθούν» από το παιδί που νοσεί και τελικά εσωτερικευθούν ως μειονεξία και «στίγμα» (Schafer 1986). Το στίγμα της νόσου αποτελεί μια ανεπιθύμητη διαφορά (διαφορετικότητα), η οποία παρεμβαίνει αρνητικά στις συνήθεις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, καθώς το χαρακτηριστικό εκείνο που προκαλεί το στίγμα τελικά ορίζει και σκιάζει το παιδί και τον έφηβο, με αποτέλεσμα να αποξενώνεται κοινωνικά (Bernstein 2004).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι χρόνιες σωματικές νόσοι είναι αναγκαίο να αντιμετωπίζονται, όχι μόνο με ατομικές ιατρικές θεραπείες, όπως συχνά γίνεται στα ελληνικά νοσοκομεία, αλλά η αντιμετώπισή τους να είναι περισσότερο ολιστική, συμπεριλαμβάνοντας τις ψυχολογικές πτυχές τους. Με άλλα λόγια είναι αναγκαίο να υπάρχει ψυ-

χωσματική αντιμετώπιση των χρονίων νόσων. Έτσι, ως αναπόσπαστο τμήμα της αντιμετώπισης του ΣΔ1 προτείνονται τα ακόλουθα:

- Ο συνδυασμός της ιατρικής πλευράς της νόσου, με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου-ασθενούς, ως ξεχωριστού προσώπου και ενιαίας προσωπικότητας, ώστε ο θεραπευτικός σχεδιασμός να είναι εφικτός και ανάλογος των αναγκών και της εξελικτικής του φάσης, (αλληλεπίδραση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη ρύθμιση του σακχάρου) (Winkley 2006).
- Η ενίσχυση της αυτονομίας και της ανάληψης ατομικής ευθύνης στη φροντίδα της νόσου από το παιδί/έφηβο που νοσεί, σε συνεργασία με τον διαβητολόγο (ενίσχυση της ανθρώπινης ιατρικής σχέσης).
- Η διερεύνηση της επίδρασης του στρες στην αυτοφροντίδα είτε άμεσα, μέσω της έκκρισης ορμονών του στρες (Unger 1982, Chrousos 2013, Chrousos 1992) είτε έμμεσα, μέσω επίδρασης των συμπεριφορών αυτοφροντίδας (Snoek 2000). Το φορτίο της καθημερινής αυτοφροντίδας της νόσου (δίαιτα, άσκηση, διακύμανση σακχάρου, χρήση ινσουλίνης/αντλίας, φάρμακα, συχνές υπογλυκαιμίες και επιπλοκές) συχνά οδηγεί σε χρόνιο και συσσωρευμένο στρες (οι ψυχολογικές συνέπειες του στρες στη νόσο είναι, είτε κλινικές είτε υποκλινικές).
- Η κατανόηση των υποκειμενικών στρεσογόνων παραγόντων/εμποδίων διαχείρισης της νόσου (όπως διατροφικές εκτροπές, απουσία άσκησης, φοβία υπογλυκαιμίας, κόπωση από τη νόσο, μη κοινοποίησή της, άστατος/ακράιος τρόπος ζωής), των εξατομικευμένων αναγκών των ασθενών και του πλαισίου αναφοράς τους (Rubin 1994a).
- Στο πλαίσιο της οικογένειας είναι σημαντικό να εκτιμηθεί η διάδραση μεταξύ του ασθενούς με ΣΔ1 και των υπολοίπων μελών της οικογένειας, και να κατανοηθεί η σύνδεση μεταξύ των οικογενειακών διαδράσεων: (α) στον έλεγχο του μεταβολισμού και (β) στη συμμόρφωση στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η διάδραση είναι σημαντική, καθώς τα μέλη της οικογένειας συχνά μοιράζονται την ευθύνη της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αντιμετώπιση και είναι πιθανό, είτε να τη διευκολύνουν είτε να τη δυσχεραίνουν, όπως επίσης είναι πιθανό το στρες ή η υποστήριξη της οικογένειας και η αντίληψή της για τη νόσο (μειονεξία/στίγμα νόσου) να επηρεάσουν τη ρύθμιση του μεταβολισμού του παιδιού/εφήβου (Schafer 1986, Σιούσιουρα 2012).

- Η οργανωμένη ενημέρωση της κοινής γνώμης, κυρίως για την αποφυγή της «στιγματοποίησης» της νόσου του ΣΔ1, ταυτόχρονα με την εκπαίδευση της οικογένειας και του εφήβου, προσαρμοσμένη στις ηλικιακές και αναπτυξιακές του ανάγκες.
- Η συνεργασία ενδοκρινολόγων-διαβητολόγων, ψυχολόγων, ειδικευμένων σε θέματα κλινικής ψυχολογίας και ψυχολογίας της υγείας και ψυχιάτρων, ειδικευμένων στη διασυνδεδετική ψυχιατρική, ώστε να διαγιγνώσκονται άμεσα οι ασθενείς με αρρύθμιστο/ασταθές σάκχαρο (Brittle Diabetes), (Tattersall 1997).

Επίσης, η διεπιστημονική συνεργασία των υπηρεσιών των νοσοκομείων με στόχο, όχι μόνο την επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου, αλλά και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

TYPE 1 DIABETES MELLITUS AND FAMILY CRISIS

D. Sioussioura

Psychiatric Department, "Evangelismos" General Hospital, Athens, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2014, 2:50–57

Type 1 Diabetes Mellitus is a chronic metabolic disease, which is characterized by insufficient secretion or poor action of insulin produced by the pancreas. The disease usually has a very early onset and insulin injection is an integral part of diabetes medical treatment; the latter refers to the achievement of metabolic control. As a chronic condition, diabetes induces numerous psychological consequences in the diagnosed individual. Insulin dependence fosters a form of psychological dependence on others and most frequently on the members of the child's family. The child experiences various negative emotions, whereas simultaneously the need for diabetes care and treatment imposes strong demands in their everyday functioning. Usually, children and adolescents go through a number of psychological phases that follow the disease onset and depend on multiple factors. These phases are the following: denial, anger, depressive mood, isolation and finally acceptance. When the young individual is diagnosed with diabetes, the patient's family enters a period of disequilibrium as a result of the appearance of the threatening condition, which causes serious problems, and cannot be resolved using common measures of action; therefore, diabetes onset is associated with a psychological crisis within the family. Diabetes is considered a threat, which triggers stress-related reactions of the child or the adolescent, which further create difficulties in diabetes management, impede treatment compliance and hinder the achievement of metabolic control. The patient's family plays a crucial role in disease management, and more specifically support from the family is important for the child's empowerment, self-care and treatment compliance. Support on the part of the family includes empathy, advice, open communication, reinforcement and organization of a plan for action. Simultaneous medical and psychological interventions, as well as family support, are required for Diabetes Mellitus type 1 treatment.

Key words: Type 1 Diabetes Mellitus, family crisis, family dysfunction, metabolic control, reaction phases, parents with children diagnosed with DM1.

Βιβλιογραφία

- Aalto AM, Uutela A, Aor AR. Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychological correlates. *Patient Educ Counsell* 1997, 30:215–225
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. DSM-5. Washington, American Psychiatric Publishing, 2013
- Atkinson MA, Kao KJ, Maclaren NK. The pathogenesis of insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1994, 331:1428–1436
- Axelrod J, Reisine TD. Stress hormones: their interaction and regulation. *Science* 1984, 224:452–459
- Bernstein J. *The diabetes world: The development of sense of self and identity in adults with early onset, type 1 diabetes (Dissertation)*. California: John F. Kennedy University, Orinda, UMI. California Healthcare Foundation (2009). Sharing the Care: The Role of family in chronic illness, 2004
- Boman A, Povlsen L, Dahlborg-Lyckhage E, Hanas R, Borup IK. Fathers of Children with Type 1 Diabetes: Perceptions of a Father's Involvement from a Health Promotion Perspective. *J Fam Nurs* 2014, 20:337–354
- Brown GW. The discovery of Expressed Emotion: Induction or deduction? In: JP Leff, CE Vaughn (eds) *Expressed Emotion in Families: Its significance for mental illness* New York, The Guilford Press, 1985:7–25
- Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA* 1992, 267:1244–1252
- Cousino MK, Hazen RA. Parenting Stress among Caregivers of Children with Chronic Illness: A Systematic Review. *J Pediatr Psychol* 2013, 38:809–828
- Γωσαφάτ Μ. Ο κύκλος ζωής της οικογένειας και η ανάπτυξη του παιδιού. Στο: Τσιάντη Ι, Μανωλόπουλος Σ (επιμ) *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*. Καστανιώτης, Αθήνα, 1986, 1:91–122
- Duke DC, Geffken GR, Lewin AB, Williams LB, Storch EA, Silverstein JH. Glycemic control in youth with type 1 diabetes: family predictors and mediators. *J Pediatr Psychol* 2008, 33:719–727
- Edelstein J, Linn MW. The influence of the family on control of diabetes. *Soc Sci Med* 1985, 21:541–544
- Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης & Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ). Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη. Από <http://www.hndc.gr>
- Glasgow RE. Compliance to diabetes regimens: Conceptualization, complexity and determinants. In: Cramer JA, Spilker B (eds) *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. Raven Press, New York, 1991:209–224
- Greene GJ, Lee M, Trask R, Rheinscheld J. How to work with client's strengths in crisis intervention. In: AR Roberts (ed), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* 2000, 31–55, Oxford, UK: Oxford University Press
- Greenhalgh S. Helping children to learn about their diabetes. *Prof Nurs* 2000, 15:755–757
- Grey M. Interventions for children with diabetes and their families. *Ann Rev Nurs Res* 2000, 18:149–170
- Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systemic review. *J Psychosom Res* 2002, 53:1053–1060
- Jørgens V, Grüber M, Berger M. *Το βιβλίο μου για το Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1*. Roche (Hellas) ΑΕ: Τμήμα Διαγνωστικών για άτομα με Διαβήτη τύπου 1, 2002
- Lewin AB, Heidgerken AD, Geffken GR, Williams LB, Storch EA, Gelfand KM et al. The relation between family factors and metabolic control: the role of diabetes adherence. *J Pediatr Psychol* 2006, 31:174–183
- Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, Peppas M, Maniati M, Tzikas D et al. Maternal expressed emotion and metabolic control of children and adolescents with diabetes mellitus. *Psychother Psychosom* 2001, 70:78–85
- Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients. The relationship between mood and glycemic control. *J Diabetes Complications* 2005, 19:113–122
- Minuchin S. *Οικογένειες και Οικογενειακή Θεραπεία*. Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000
- Μυγδάλης ΗΝ (επιμ). *Στρατηγικές στη διερεύνηση και αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη*. Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα, 2000
- Peyrot MF, McMurry JF, Hedges R. Marital adjustment to adult diabetes, interpersonal congruence and spouse satisfaction. Stress buffering and glycemic control. *J Marr Fam* 1988, 50:363–376
- Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Ag* 2003, 18:250–267
- Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Aponte JE, Welch GJ, Jacobson AM et al. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care* 1995, 18:754–760
- Polonsky WH, Davis KL, Jacobson AM, Anderson BJ. Correlates of hypoglycemic fear in type I and type II diabetes mellitus. *Health Psychol* 1992, 11:199–202
- Popkin MK, Mackenzie TB. *Psychiatric presentations of endocrine dysfunction, in Psychiatric Presentations of Medical illness*. Spectrum Publications, New York, 1980
- Roberts AR (ed). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* 2000, New York: Oxford University Press
- Rubin RR, Peyrot MF. Psychosocial problems and interventions in diabetes: A review of the literature. *Diabetes Care* 1992, 15:1640–1657
- Rubin RR, Peyrot M. Psychosocial problems in diabetes treatment: Impediments to intensive self care. *Practical Diabetology* 1994a, 13:8–14
- Schafer LC, McCaul KD, Glasgow RE. Supportive and non-supportive family behaviors: Relationships to Adherence and Metabolic Control in Persons with Type I Diabetes. *Diabetes Care* 1986, 9:179–185
- Scharff ED, Scharff SJ. *Object relations family therapy*. Jason Aronson, New Jersey, 1998
- Steinhauer E, Mushin D, Rae-Grand OU. Psychological aspects of chronic illness. *Pediatr Clin North Am* 1974, 21:823
- Σιουσιούρα Δ. Ομαδική Ψυχολογική Παρέμβαση σε Ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1: Κλινικές εφαρμογές. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2012
- Sioussioura D. *Group Psychological Intervention in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. Clinical Applications*. BETA Medical Publications, Athens, 2014
- Tattersall RB. Brittle Diabetes Revisited: The third Arnold Bloom memorial lecture. *Diabet Med* 1997, 14:99–110
- Thompson RJ, Gustafson KE (eds) *Adaptation to Chronic Childhood Illness*. American Psychological Association, 1999
- Van Dam HA, Van dH, Knoops L, Ryckman RM, Crebolder HFJM, Van dB. Social support in diabetes: A systematic review of controlled intervention studies. *Patient Educ Counsell* 2005, 59:1–12
- Wilkinson G. The influence of psychiatric, psychological, and social factors on the control of insulin-dependent diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 1987, 31:277–286
- Winkley K, Landau S, Eisler I, Ismail K. Psychological interventions to improve glycemic control in patients with type 1 diabetes: systemic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2006, Retrieved from: 10.1136/bmj.38874.652569.55
- Υαλομ Ι. *Θεωρία και πράξη της ομαδικής ψυχοθεραπείας*. Ανδριτσάνου Ε, Δ. Κακατσάκη Δ (μετ.) Εκδόσεις Άγρα, Αθήνα, 2006
- www.SNF.org

ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Χ.Β. Καραβέλα,¹ Ε. Λαζαράτου²

¹Ψυχολόγος, ²Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, ΚΚΨΥ Βύρωνα, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2014, 2:58–67

Τα αυτοκτονικά ισοδύναμα καλύπτουν ένα φάσμα αυτοτραυματικών συμπεριφορών με υψηλά ποσοστά επικράτησης σε κλινικά και κοινοτικά δείγματα εφήβων. Το παρόν άρθρο επιχειρεί μια ανασκόπηση του φαινομένου του αυτοτραυματισμού στους εφήβους, όπως παρουσιάζεται μέσα από τη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία. Εξετάζονται όλες οι παράμετροι που έχουν ερευνηθεί σχετικά με την αυτοτραυματική συμπεριφορά στους εφήβους, με βάση έρευνες κυρίως των τελευταίων ετών. Πραγματοποιείται μια προσπάθεια αποσαφήνισης της ορολογίας και της θέσης της διαταραχής στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα. Παρουσιάζονται επιδημιολογικά και δημογραφικά στοιχεία σε εφηβικό πληθυσμό. Ανασκοπούνται τα αιτιολογικά μοντέλα και οι παράγοντες που αλληλεπιδρούν στην εκδήλωση συμπεριφορών αυτοτραυματισμού. Μελετώνται ακόμη οι λειτουργίες που επιτελεί η αυτοτραυματική πράξη και παρουσιάζεται η ψυχοδυναμική προσέγγιση της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Τέλος, συζητούνται οι σύγχρονες προληπτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις που έχουν εφαρμοστεί σε πληθυσμό εφήβων. Κρίνεται ιδιαίτερα ουσιώδης η επίδραση που μπορούν να έχουν προγράμματα παρέμβασης σε σχολεία αλλά και εκπαίδευσης «σημαντικών» ενηλίκων όσον αφορά στην έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων, στην αναζήτηση βοήθειας αλλά και στην εξάλειψη του στίγματος που συνοδεύει συχνά την αυτοτραυματική συμπεριφορά. Όσον αφορά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι ψυχοκοινωνικές και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο επανάληψης του αυτοτραυματισμού, ενώ η παρέμβαση με θεραπευτική αξιολόγηση σχετίζεται με στατιστικά σημαντική βελτίωση ως προς τη δέσμευση στη θεραπεία κατά την επανάκληση.

Λέξεις ευρετηρίου: Αυτοτραυματισμός, αυτοκτονικά ισοδύναμα, εφηβεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «αυτοτραυματισμός» περιλαμβάνει όλες τις επιθετικές συμπεριφορές που εκδηλώνει ένα άτομο προς τον ίδιο του τον εαυτό ή ένα μέρος του σώματος του χωρίς τη συνειδητή πρόθεση θανάτου. Την τελευταία δεκαετία, το φαινόμενο του αυτοτραυματισμού έχει απασχολήσει αρκετά τους μελετητές, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένας σχετικά μεγάλος όγκος ερευνητικής βιβλιογραφίας. Η αυτοτραυματική συμπεριφορά αποτελεί πλέον ένα σύνθετο κλινικό πρόβλημα, το οποίο έχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στην εφηβεία. Επιπροσθέτως, αποτελεί μέρος του φάσματος ενός συνεχούς, η έκβαση του οποίου είναι η απόπειρα αυτοκτονίας, σε υψηλό ποσοστό ατόμων που αυτοτραυματίζονται. Πρόκειται, επομένως, για ένα φαινόμενο που ανησυχεί σε μεγάλο βαθμό τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, και τους ειδικούς ψυχικής υγείας.

Ορολογία-Ορισμοί

Η ορολογία που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις αυτοτραυματικές συμπεριφορές είναι ένα θέμα που έχει προκαλέσει αρκετές συζητήσεις και διαφωνίες στην παγκόσμια ερευνητική και κλινική κοινότητα. Η διάσταση απόψεων μεταξύ των ερευνητών αφορά κυρίως στις προθέσεις της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς.

Ο όρος που χρησιμοποιείται συνήθως στην ευρωπαϊκή βιβλιογραφία και κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι [(σκόπιμος) αυτοτραυματισμός], [(deliberate self-harm)], ο ορισμός του οποίου καλύπτει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών και δεν αξιολογεί την πρόθεση θανάτου, περιλαμβάνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο και τις απόπειρες αυτοκτονίας. Από την άλλη πλευρά, στις δημοσιεύσεις που προέρχονται κυρίως από χώρες των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, και του Καναδά, χρησιμοποιείται συνήθως ο όρος «μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός» (nonsuicidal self-injury) και δίνεται ένας ορισμός του αυτοτραυματισμού που δεν περιλαμβάνει «θανάσιμες» μεθόδους (όπως π.χ. απόπειρα απαγχονισμού) και αποκλείει την πρόθεση αυτοκτονίας. Έναν τέτοιο ορισμό χρησιμοποιεί η Διεθνής Κοινότητα για τη Μελέτη του Αυτοτραυματισμού (International Society for the Study of Self-Injury), σύμφωνα με τον οποίο ως αυτοτραυματικές ορίζονται «οι συμπεριφορές σκόπιμου αυτοτραυματισμού των ιστών του σώματος, χωρίς να υπάρχει αυτοκτονική πρόθεση». Διαφοροποιούνται από

κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές σωματικής τροποποίησης, όπως είναι η δερματοστιξία (tattoo) και η διάτρηση (piercing), αλλά και από αυτοτραυματικές συμπεριφορές που έχουν πρόθεση θανάτου όπως οι απόπειρες αυτοκτονίας (ISSS 2007).

Ο ίδιος ορισμός υιοθετείται από την πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, DSM-5, με βάση το οποίο ο αυτοτραυματισμός δεν ταξινομείται ως επίσημη διαταραχή, αλλά συμπεριλαμβάνεται στις κλινικές οντότητες που συνίστανται για περαιτέρω έρευνα. Τα προτεινόμενα κριτήρια που τίθενται, διευκολύνουν την έρευνα και τους κλινικούς, καθώς παρέχουν μια κοινή γλώσσα και ακολούθως θα συντελέσουν σε πιο στοχευμένη, συγκριτική και διακρατική μελέτη του φαινομένου.

Ο αυτοτραυματισμός, με βάση τον συγκεκριμένο ορισμό έχει επαναληπτικότητα και οδηγεί σε μικρής ή μέτριας σοβαρότητας τραυματισμό. Το στοιχείο αυτό τον διαφοροποιεί από την απόπειρα αυτοκτονίας, στην οποία εκτός από πρόθεση θανάτου, συνήθως παρατηρείται πιο βαριάς σοβαρότητας αυτοτραυματισμός. Τα μέχρι στιγμής δεδομένα αποδεικνύουν ότι ο αυτοτραυματισμός συναντάται σε ένα πλήθος ψυχιατρικών διαγνώσεων, εκτός της οριακής διαταραχής προσωπικότητας, ενώ ένας μεγάλος αριθμός ατόμων (κυρίως εφήβων) που προβαίνει σε πράξεις αυτοτραυματισμού δεν πληροί τα κριτήρια καμίας διαταραχής (Shaffer & Jacobson 2009).

Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι στους ορισμούς του αυτοτραυματισμού δεν συμπεριλαμβάνονται αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές που βλάπτουν έμμεσα το σώμα, όπως είναι η επικίνδυνη οδήγηση, η κατάχρηση ουσιών και οι ιδιαίτερες διαιτητικές συμπεριφορές. Ο αυτοτραυματισμός διαχωρίζεται επίσης από καταναγκαστικού ή αγχώδους τύπου διαταραχές όπως η τριχοτιλλομανία και η δερματιλλομανία (Favazza 2008).

Μέθοδοι αυτοτραυματισμού

Οι μέθοδοι αυτοτραυματισμού που περιλαμβάνονται στον ορισμό του μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού (NSSI) είναι το χαράκωμα, το έγκαυμα, το δάγκωμα, ο αυτοδαρμός, η υποδόρια εισαγωγή αντικειμένων (Nock et al 2006, Klonsky & Olino 2008) καθώς δεν αναγνωρίζονται ως μη αυτοκτονικές οι πιο σοβαρές μορφές αυτοτραυματισμού (π.χ. το μα-

χαίρωμα) και η αυτοδηλητηρίαση (self-poisoning), η οποία συνήθως αφορά στην υπερβολική λήψη φαρμακευτικών δισκίων.

Το χαράκωμα με αιχμηρό αντικείμενο (cutting) αποτελεί την πιο κοινή μέθοδο και για τα δύο φύλα (Madge et al 2008, Fortune et al 2008a). Τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι ξυράφια, πινέζες, καρφιά και άλλα αιχμηρά αντικείμενα, ενώ τα συνήθη ανατομικά σημεία είναι οι βραχίονες, οι καρποί, οι αστράγαλοι και τα πόδια. Το χαράκωμα συνήθως καταλήγει σε επιφανειακές πληγές, ενώ τα άτομα που αυτοτραυματίζονται χρησιμοποιώντας αυτή τη μέθοδο διατρέχουν κίνδυνο να πληγωθούν σοβαρά είτε από άγνοια είτε από λάθος. Η πλειονότητα των εφήβων που αυτοτραυματίζονται συνήθως χρησιμοποιούν μόνο μία μέθοδο (Muehlenkamp & Gutierrez 2004).

Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Jacobson και Gould (2007), οι εκτιμήσεις της διά βίου επικράτησης προτείνουν ότι 13% με 23% των εφήβων κοινοτικού δείγματος έχουν προβεί σε πράξεις αυτοτραυματισμού χωρίς αυτοκτονική πρόθεση, ενώ στους ενήλικες ο επιπολασμός ανέρχεται στο 1–4% του γενικού πληθυσμού. Ο ετήσιος επιπολασμός του αυτοτραυματισμού στους εφήβους, ανεξαρτήτως συχνότητας κυμαίνεται από 2,5–28% (Taliaferro et al 2012).

Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα επιδημιολογικά ευρήματα πρόσφατης συστηματικής ανασκόπησης που έδειξαν ότι ο διά βίου επιπολασμός του αυτοτραυματισμού σε διεθνές κοινοτικό δείγμα εφήβων κυμαίνεται στο 18,0%, ενώ οι τιμές της διεθνούς επικράτησης των αυτοτραυματικών συμπεριφορών (NSSI και DSH) δεν έχουν σημειώσει αύξηση τα τελευταία πέντε χρόνια, γεγονός που δείχνει ότι το φαινόμενο παρουσιάζει μια σταθεροποίηση (Muehlenkamp et al 2012).

Βάσει της βιβλιογραφίας η πλειονότητα των ατόμων που έχουν αυτοτραυματιστεί, έχουν προβεί στη συγκεκριμένη συμπεριφορά είτε μόνο μία είτε λίγες φορές. Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι ένας μικρότερος αριθμός ατόμων παρουσιάζει επαναληπτικότητα και χρονιότητα (Nock et al 2006). Η ηλικία έναρξης της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς τοποθετείται στη μέση εφηβεία, δηλαδή στις ηλικίες μεταξύ 12–15 ετών, ενώ παρατηρείται πρωιμότερη έναρξη στα κορίτσια έναντι των αγοριών (Hawton

& Hariss 2008, Hawton et al 2012). Ως προς το φύλο παρατηρείται διάσταση ερευνητικών δεδομένων, με τις περισσότερες έρευνες να βρίσκουν υψηλότερη επικράτηση στα κορίτσια (Fliege et al 2009, Madge et al 2008, Tsai et al 2011) με αναλογία που κυμαίνεται από 2:1 μέχρι 4:1, ενώ άλλες μελέτες δεν βρίσκουν καθόλου διαφορές ως προς το φύλο (Muehlenkamp & Gutierrez 2004, Zoroglu et al 2003). Ως προς την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση υπάρχει μια συσχέτιση χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και χαμηλού μορφωτικού/εκπαιδευτικού επιπέδου με τον αυτοτραυματισμό τόσο σε εφηβικό, όσο και σε ενήλικο πληθυσμό (Swahn et al 2012, Fliege et al 2009).

Λειτουργίες του αυτοτραυματισμού

Ως λειτουργίες του αυτοτραυματισμού ορίζονται οι παράμετροι που κινητοποιούν και ενισχύουν την αυτοτραυματική συμπεριφορά.

Το μοντέλο των τεσσάρων λειτουργιών (Four Function Model) των Nock και Prinstein (2004), διαχωρίζει τις λειτουργίες του αυτοτραυματισμού σε ενδοπροσωπικές/αυτόματες λειτουργίες και διαπροσωπικές/κοινωνικές λειτουργίες. Οι ενδοπροσωπικές/ αυτόματες λειτουργίες επιτελούν σκοπούς που σχετίζονται με εσωτερικές αλλαγές που συμβαίνουν στο άτομο και κατά αυτόν τον τρόπο ενισχύουν την αυτοτραυματική συμπεριφορά. Η πιο συχνά αναφερόμενη από άτομα που αυτοτραυματίζονται ενδοπροσωπική λειτουργία είναι η ρύθμιση του αρνητικού συναισθήματος και της συναισθηματικής διέγερσης (emotion regulation function) (Klonsky 2007, Lloyd-Richardson et al 2007). Αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με τον αυτοτραυματισμό είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αγχώδες συναίσθημα και η αβοηθητότητα. Η αυτοτιμωρία (self-punishment) σύμφωνα με τις έρευνες που εξετάστηκαν στην ανασκόπηση του Klonsky (2007) αποτελεί την επικρατέστερη αιτιολογία για αυτοτραυματισμό, μετά τη λειτουργία της ρύθμισης του συναισθήματος. Το μοντέλο της αυτοτιμωρίας βλέπει την αυτοτραυματική συμπεριφορά ως έκφραση θυμού ενάντια στον εαυτό. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα άτομα έχουν διδαχτεί από το περιβάλλον τους να τιμωρούν ή να ακυρώνουν τον εαυτό τους. Οι διαπροσωπικές/κοινωνικές λειτουργίες επιτελούν σκοπούς που σχετίζονται με εξωτερικές/κοινωνικές αλλαγές, αφορούν δηλαδή σε κίνητρα που στοχεύ-

ουν στην επιρροή του εξωτερικού περιβάλλοντος του ατόμου. Συχνά αναφερόμενες διαπροσωπικές λειτουργίες είναι η διεκδίκηση διαπροσωπικών ορίων και αυτονομίας και η αναζήτηση βοήθειας.

Και οι δύο κατηγορίες λειτουργιών ενισχύουν είτε θετικά είτε αρνητικά το άτομο που αυτοτραυματίζεται. Πιο συγκεκριμένα, όταν η αυτοτραυματική πράξη επιτελεί ενδοπροσωπικές λειτουργίες ενδέχεται είτε να μειώνει ή να αποσπά από δυσάρεστες σκέψεις ή συναισθήματα (αρνητική ενίσχυση) είτε να προκαλεί επιθυμητά συναισθήματα ή διέγερση (θετική ενίσχυση). Όταν η πράξη επιτελεί διαπροσωπικές λειτουργίες ενδέχεται είτε να διευκολύνει τη διέξοδο από μη επιθυμητές κοινωνικές καταστάσεις (αρνητική ενίσχυση) είτε να διευκολύνει την αναζήτηση βοήθειας (θετική ενίσχυση). Οι διάφορες λειτουργίες δεν αποκλείουν η μία την ύπαρξη της άλλης, είναι δηλαδή πιθανόν περισσότερες από μία λειτουργίες να ενεργοποιούν την αυτοτραυματική πράξη στο ίδιο άτομο.

Συσχετιζόμενοι παράγοντες

Η αιτιολογία της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς είναι πολυπαραγοντική στην εμφάνιση καθώς και στην επανάληψή της δρουν και αλληλεπιδρούν γενετικοί, ψυχολογικοί, ψυχιατρικοί, κοινωνικοί, οικογενειακοί και διαπολιτισμικοί παράγοντες.

Συσχετιζόμενοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αποτελούν η μειωμένη κοινωνική στήριξη (Swahn et al 2012), τα προβλήματα στις σχέσεις με συντρόφους ή/και φίλους, οι πιέσεις για εκπαιδευτικά επιτεύγματα (Hawton et al 2012), ο εκφοβισμός στο σχολείο και ο σεξουαλικός προσανατολισμός. Ειδικότερα, ο εκφοβισμός/θυματοποίηση (bullying) έχει ερευνηθεί αρκετά, με τα μέχρι στιγμής δεδομένα να δείχνουν ότι αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για αυτοτραυματισμό σε εφήβους, κυρίως όταν συμβαίνει κατά τη διάρκεια των πρώτων σχολικών χρόνων και σε συνδυασμό με οικογενειακό ιστορικό απόπειρας ή ολοκληρωμένης αυτοκτονίας, με προβλήματα ψυχιατρικής διαταραχής και ιστορικό σωματικής κακοποίησης από ενήλικα (Fischer et al 2012).

Επιπροσθέτως, στοιχεία υπάρχουν και για τη σχέση του αυτοτραυματισμού με τον σεξουαλικό προσανατολισμό στους εφήβους. Έρευνες σε άτομα με ομοφυλόφιλο, αμφιφυλόφιλο και διαφυλικό σεξουαλικό προσανατολισμό έχουν δείξει ότι αυτή η ομάδα μπορεί να παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά αυτο-

τραυματισμού (King et al 2008). Ωστόσο, οι συσχετίσεις αυτές φαίνεται να διαμεσολαβούνται από την ύπαρξη εμπειριών εκφοβισμού/θυματοποίησης (Liu & Mustanski 2012).

Αρκετά ψυχολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τον αυτοτραυματισμό έχουν ταυτοποιηθεί σε πληθυσμό εφήβων, στα οποία περιλαμβάνονται η αλεξιθυμία (Polk & Liss 2007), η έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών, η επιθετικότητα, ο παρορμητισμός, η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Jacobson & Gould 2007) και το έντονο άγχος με τη μορφή δυσφορικού στρες (Moran et al 2012, Taliaferro et al 2012).

Πολύ ισχυρές συσχετίσεις για αυτοτραυματική συμπεριφορά έχουν βρεθεί με την έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών και επίλυσης προβλημάτων (Muehlenkamp & Gutierrez 2007, Oldershaw 2009) και με τον παρορμητισμό, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την κατανόηση του αυτοτραυματισμού ως μια μαθημένη δυσλειτουργική στρατηγική αντιμετώπισης δυσκολιών (Nock 2005) και παρορμητικής αντίδρασης σε αρνητικό συναίσθημα (Klonsky 2007).

Όσον αφορά στις ψυχιατρικές συσχετίσεις, τα περισσότερα ευρήματα δείχνουν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (καταθλιπτικό συναίσθημα, ανηδονία, αυτοκτονικός ιδεασμός) σε εφήβους με επεισόδια αυτοτραυματισμού σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Soong & Chen 2012, Swahn et al 2012, Taliaferro et al 2012), όπως επίσης χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα απελπισίας και αποσυνδεδεμένες εμπειρίες.

Άλλες συσχετιζόμενες ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες παρουσιάζουν συχνά και συννοσηρότητα με τον αυτοτραυματισμό είναι εκτός της καταθλιπτικής διαταραχής και της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (της οποίας και αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο), η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η αγχώδης διαταραχή (Jacobson & Gould 2007), οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (Ross et al 2009), και η κατάχρηση αλκοόλ (Rossow et al 2007).

Υπάρχουν λιγότερες έρευνες που να μελετούν ή να εντοπίζουν τους παράγοντες εκείνους που δρουν προστατευτικά στο άτομο. Πιο συγκεκριμένα οι προστατευτικοί παράγοντες φαίνεται να τοποθετούνται μέσα στην οικογένεια και να σχετίζονται με την οικογενειακή συνεκτικότητα, την καλή λειτουργία της οικογένειας και τη γονεϊκή στήριξη (Webb 2002, Soong & Chen 2012, Swahn et al 2012).

Εικόνα σώματος και αυτοτραυματισμός

Η εικόνα του σώματος (body image), αποτελεί ένα πολυδιάστατο σύνολο σκέψεων και συναισθημάτων που σχετίζονται με τη σωματική εμπειρία, την εκτίμηση και την ικανοποίηση από το σώμα μας (Cash & Smolak 2011). Ο αυτοτραυματισμός αποτελεί, βάσει ορισμού, μια επίθεση στο σώμα, ενδέχεται λοιπόν οι έφηβοι που προβαίνουν στη συμπεριφορά αυτή να παρουσιάζουν αρνητικές στάσεις απέναντι στο σώμα τους καθώς και μη ρεαλιστική εικόνα σώματος.

Όσον αφορά στη σχέση της σωματικής εικόνας και της σωματικής αντικειμενοποίησης με αυτοτραυματισμό σε εφήβους, πρόσφατα προκαταρκτικά ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η αυτοαντίληψη της εικόνας του σώματος δρα ως μεσολαβητής μεταξύ του αρνητικού συναισθήματος και της πράξης του αυτοτραυματισμού σε εφήβους και των δύο φύλων (Muehlenkamp & Brausch 2012). Οι έφηβοι, επομένως που αξιολογούν το σώμα τους αρνητικά, είναι πιο πιθανό όταν έρθουν αντιμέτωποι με δυσάρεστες συναισθηματικά καταστάσεις να αναπτύξουν αυτοτραυματική συμπεριφορά.

Ψυχοδυναμική προσέγγιση

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση τοποθετεί την προβληματική του αυτοτραυματισμού σε διάφορα επίπεδα, αναγνωρίζοντας την οικονομική αξία του συμπτώματος στην αναζήτηση ενός σωματικού ορίου, στην αναζήτηση μιας αυτοδιέγερσης, στην επιστροφή στον εαυτό της επιθετικότητας όταν είναι απαγορευμένη προς τους άλλους και στην αναζήτηση επικοινωνίας - κάλεσμα προς τον άλλον.

Οι έφηβοι που προβαίνουν σε αυτοτραυματικές πράξεις παρουσιάζουν μεγάλες ελλείψεις στην εικόνα εαυτού και αντικειμένου που δεν επιδιορθώνονται εύκολα. Νιώθουν την ανάγκη για εξωτερικοποίηση των συναισθημάτων και επιλέγουν τη σκηνοθεσία σαν το προτιμότερο μέσο για τη μάχη ενάντια στο άγχος, γιατί η νοητική επεξεργασία δεν δίνει τη δυνατότητα ελέγχου. Κυριαρχεί μια κακή εικόνα εαυτού και υπάρχει μια προδιάθεση για acting-out.

Τα περισσότερα από τα κορίτσια που αυτοτραυματίζονται, παρουσιάζουν διασπαστικά συμπτώματα με φαινόμενα αναισθησίας κατά τη διάρκεια του κοψίματος, τα οποία δεν φαίνεται να οφείλονται σε αυθυποβολή. Αυτή η χειρονομία επιφέρει μια ελάττωση της εσωτερικής πίεσης, εξωτερικεύοντας και

κάνοντας υπαρκτό έναν εσωτερικό πόνο που γίνεται ορατός στους άλλους. Ο σωματικός πόνος είναι ασήμαντος μπροστά στον τόσο ισχυρό εσωτερικοποιημένο πόνο.

Η σημασία της πράξης μπορεί να αναγνωρισθεί σε διαφορετικά επίπεδα:

1. Η ανάγκη κυριαρχίας στο σώμα. Οι αδιάκοπες σωματικές αλλαγές δίνουν στον έφηβο την εντύπωση ότι δεν κατέχει το σώμα του, το οποίο βιώνεται σαν εξωτερικό αντικείμενο ξένο και περίεργο όπου στρέφονται οι επιθετικές και καταστροφικές τάσεις.
2. Η αυτο-επιθετικότητα, η αυτοπροκαλούμενη πληγή αποτελεί τιμωρία για ένα πραγματικό ή φανταστικό λάθος.
3. Η επίδειξη της εσωτερικής οδύνης μπορεί να φτάσει στην επιδειξιμανία και όταν η συμπεριφορά μεταδίδεται μέσα στην ομάδα των συνομηλίκων αγγίζει το φαινόμενο της μαζικής υστερικοποίησης.
4. Είναι ταυτόχρονα μια προσπάθεια να στρέψει το βλέμμα του άλλου προς το σύμπτωμα, προς τον ψυχικό πόνο και αποτελεί μια επιβολή δύναμης στον άλλο.
5. Το παράλογο της αυτοκαταστροφής του σώματος ενός νέου κινητοποιεί το συναίσθημα να προσφέρουμε βοήθεια. Η αυτοπροκαλούμενη οδύνη προκαλεί συμπάθεια.
6. Υπάρχει όμως εκ μέρους των άλλων αδυναμία κατανόησης της πράξης και αποθάρρυνσης μπροστά στην έλλειψη λεκτικοποίησης αυτών των συμπεριφορών.
7. Μπορεί τέλος να αποτελεί μια προσπάθεια να δοθεί ένα νόημα στη ζωή, μια προσωπική τελετουργία της σύγχρονης εποχής που αντικαθιστά τις κοινωνικές τελετουργίες περάσματος στην ενήλικη ζωή, που υπήρχαν σε άλλες εποχές ή υπάρχουν ακόμη σε κάποιους πολιτισμούς.

Έκβαση

Η διαθεσιμότητα των ερευνών στο θέμα της μακροπρόθεσμης έκβασης του αυτοτραυματισμού σε εφήβους είναι περιορισμένη. Τα μέχρι στιγμής δεδομένα υποδεικνύουν ότι στην πλειονότητα των εφήβων η αυτοτραυματική συμπεριφορά υποχωρεί αυθόρμητα μετά την ενηλικίωση (Moran et al 2012).

Η μείωση στη συχνότητα των αυτοτραυματικών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της όψιμης εφηβείας, η οποία συνεχίστηκε και στην ενήλικη ζωή, θα μπορούσε να σχετίζεται με την υιοθέτηση πιο λειτουργικών στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, με τη μείωση του αρνητικού συναισθήματος και τέλος με την παύση της επιρροής από συνομηλίκους που αυτοτραυματίζονται (Heilbron & Prinstein 2008).

Παρεμβάσεις πρόληψης για αυτοτραυματισμό σε εφήβους

Οι προληπτικές στρατηγικές και τα προγράμματα πρόληψης αποσκοπούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης ή επαναληπτικότητας της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, ενδυναμώνοντας τα υγιή χαρακτηριστικά του ατόμου, παρέχοντας εκπαίδευση σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και συμβάλλοντας στην αύξηση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας του ατόμου (Antonovsky 1996).

Ο πρωτογενής τομέας της πρόληψης αφορά σε παρεμβάσεις που απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό, όπως προληπτικά προγράμματα σε σχολεία και εκπαίδευση «σημαντικών» ενηλίκων, ο δευτερογενής τομέας αφορά σε προγράμματα που στοχεύουν σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για αυτοτραυματισμό και τέλος ο τριτογενής τομέας σχετίζεται με παρεμβάσεις πρόληψης της επαναληπτικότητας της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης είναι περιορισμένες πιθανόν λόγω ελλειπών γνώσεων σχετικά με την αιτιολογία και την αλληλεπίδραση των παραγόντων που οδηγούν σε αυτοτραυματική συμπεριφορά. Δεν υπάρχουν ακόμα σαφείς απαντήσεις σχετικά με το γιατί κάποιοι έφηβοι επιλέγουν να αυτοτραυματιστούν, ενώ κάποιοι άλλοι όχι (Nock 2009). Τα μέχρι στιγμής ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ωστόσο την αναγκαιότητα του σχεδιασμού προληπτικών στρατηγικών για τη συγκεκριμένη οντότητα όπως επίσης και την εφαρμογή και αξιολόγηση προληπτικών παρεμβάσεων σε πληθυσμό εφήβων. Τα προκαταρκτικά ευρήματα του προγράμματος Signs of Self-Injury (Muehlenkamp et al 2010) φανερώνουν τη θετική επίδραση του συγκεκριμένου εγχειρήματος στους μαθητές.

Η εκπαίδευση «σημαντικών» ενηλίκων είναι επίσης ένας πολύ βασικός τομέας πρωτογενούς πρόληψης, καθώς οι ενήλικες που έρχονται σε επαφή με τους νέους μπορούν να συμβάλουν στην πρώιμη ανίχνευση

του αυτοτραυματισμού όπως και στην οικοδόμηση επικοινωνίας μαζί τους. Η παρέμβαση των Robinson et al (2008) σε δείγμα σχολικού προσωπικού, αποτελεί μια ιδιαίτερα αξιόλογη προσπάθεια προς αυτήν την κατεύθυνση.

Με βάση πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, η έλλειψη εκπαίδευσης σε επαγγελματίες υγείας αποτελεί πρωταρχική αιτιολογία για αρνητικές θέσεις απέναντι στην αυτοτραυματική συμπεριφορά (McHale & Felton 2010), και συχνά τα αισθήματα θυμού απέναντι σε άτομα που αυτοτραυματίζονται βασίζονται στην πεποίθηση ότι το άτομο είναι υπεύθυνο για τον τραυματισμό που προκαλεί στον εαυτό του όπως και στη θεώρηση της φύσης της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς ως μέσου χειρισμού των άλλων (Law et al 2009). Οι αρνητικές στάσεις σχετίζονται επίσης και με μειωμένη προθυμία για παροχή βοήθειας. Ως εκ τούτου, η εκπαίδευση του προσωπικού που ασχολείται με άτομα που αυτοτραυματίζονται είναι επιτακτικής σημασίας για την αποφυγή αρνητικών στάσεων και κατ' επέκταση για την οικοδόμηση της θεραπευτικής συμμαχίας.

Επιπλέον, οι απόψεις των νέων για την πρόληψη του αυτοτραυματισμού υπερτονίζουν τη σπουδαιότητα της επικοινωνίας. Οι έφηβοι έχουν ανάγκη να μιλάνε με κάποιον, να ακούγονται από κάποιον και να νιώθουν ασφάλεια και εμπιστοσύνη έτσι ώστε να μοιράζονται τα προβλήματά τους μαζί του. Η στήριξη και η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια, η αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους και η φιλία, η στήριξη από τους εκπαιδευτικούς και γενικά απ' το σχολείο, όπως επίσης οι ψυχαγωγικές και αθλητικές δραστηριότητες αποτυπώνουν τις απόψεις αλλά και τις ανάγκες κοινοτικού δείγματος εφήβων για την πρόληψη του αυτοτραυματισμού (Fortune et al 2008b).

Στα πλαίσια της διακρατικής μελέτης "CASE Study" σε σχολικό πληθυσμό εφήβων με δείγμα μεγαλύτερο των 30.000 ατόμων, μόνο το 12% των επεισοδίων αυτοτραυματισμού έλαβε νοσοκομειακή φροντίδα, περίπου δηλαδή ένας στους οκτώ εφήβους (Madge et al 2008).

Όσον αφορά στις πηγές στήριξης των εφήβων πριν και μετά από επεισόδιο αυτοτραυματισμού, στην έρευνα των Fortune et al (2008a) βρέθηκε ότι βασική πηγή ήταν άτομα από το κοινωνικό (47% πριν και 40% μετά) και οικογενειακό (23% πριν και 11% μετά) τους περιβάλλον, ενώ ελάχιστοι έφηβοι αναζήτησαν και έλαβαν βοήθεια από υπηρεσίες υγείας

ή επαγγελματίες (16% πριν και 9% μετά). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η πιθανότητα αναζήτησης βοήθειας από φίλους βρέθηκε να είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερη από την πιθανότητα αναζήτησης βοήθειας από συγγενείς.

Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι παρεμβάσεις Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας των James et al (2008) και James et al (2011) είχαν συνολικά θετικό αποτέλεσμα για τον αριθμό των ατόμων που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία. Παρατηρήθηκε μείωση στη συχνότητα των επεισοδίων αυτοτραυματισμού, στην καταθλιπτική συμπτωματολογία και το αίσθημα απελπισίας όπως επίσης βελτίωση στη συνολική λειτουργικότητα. Τα συγκεκριμένα ευρήματα είναι ελπιδοφόρα, ειδικά όταν προέρχονται από ψυχιατρικά δείγματα με σοβαρή αυτοτραυματική συμπεριφορά και εξίσου σοβαρά οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα, όπως το δείγμα της μελέτης των James et al (2011). Επίσης, η διατήρηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων κατά την επανάκληση εννέα μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης των James et al (2008), υποδεικνύει τη θετική επίδραση της θεραπείας πάνω στους συγκεκριμένους εφήβους. Επίσης η μελέτη των Fleischhaker et al (2011), με δείγμα μόλις δώδεκα ατόμων παρουσιάζει μια συνολική βελτίωση της ψυχοπαθολογίας, αύξηση στα επίπεδα ποιότητας ζωής, όπως και σχετική μείωση των επεισοδίων αυτοτραυματισμού.

Όσον αφορά στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, τα ευρήματα σε πληθυσμό ενηλίκων και εφήβων προτείνουν την αποτελεσματικότητά της ως προς τη μείωση της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς αλλά και ως προς τη βελτίωση στις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και στην αυτοεκτίμηση (Slee et al 2008). Η μικρού μεγέθους πιλοτική έρευνα των Taylor et al (2011) έδειξε σημαντική μείωση των επεισοδίων αυτοτραυματισμού μετά από παρέμβαση γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας, όπως και η έρευνα των Oldershaw et al (2012). Παρόλο που ο πρωταρχικός στόχος της τελευταίας ήταν η επίδραση της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας στην ικανότητα λήψης αποφάσεων σε εφήβους με αυτοτραυματισμό, οι δευτερογενείς μετρήσεις έκβασης έδειξαν σημαντική μείωση στην αυτοτραυματική συμπεριφορά.

Αντιφατικά εμφανίζονται τα ευρήματα που αφορούν στην Ομαδική Ψυχοθεραπεία. Ειδικότερα, οι έρευνες των Green et al (2011) και των Hazell et al (2009) αποτελούν μεγάλου μεγέθους παρεμβάσεις εξελικτικής ομαδικής θεραπείας με τυχαιοποιημένο σχεδιασμό και ομάδα ελέγχου, στις οποίες δυστυχώς δεν αναπαράγονται τα ιδιαίτερα θετικά ευρήματα ως προς τη στατιστικά σημαντική μείωση των επεισοδίων αυτοτραυματισμού σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία της έρευνας των Wood et al (2001).

Οι παρεμβάσεις που αυξάνουν τη δέσμευση στη θεραπεία κατέχουν εξίσου σημαντική θέση στον τομέα της πρόληψης της επαναληπτικότητας του αυτοτραυματισμού, καθώς η απουσία προσέλευσης στην επανάκληση αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στην παροχή βοήθειας στα άτομα με αυτοτραυματική συμπεριφορά. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Ougrin et al (2010) στηρίζουν την εφαρμογή της θεραπευτικής αξιολόγησης σε εφήβους που αυτοτραυματίζονται. Η θεραπευτική αξιολόγηση φαίνεται να οδηγεί σε μεγαλύτερη δέσμευση στη θεραπεία σε σύγκριση με τη συνήθη ψυχοκοινωνική αξιολόγηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η αυτοτραυματική συμπεριφορά παρουσιάζεται με αυξημένη συχνότητα στην εφηβεία και αποτελεί μια επίθεση στο σώμα εξωτερικεύοντας την ψυχική οδύνη. Έκτος από τον επαναληπτικό της χαρακτήρα, αποτελεί μέρος του φάσματος ενός συνεχούς, η έκβαση του οποίου μπορεί να είναι η απόπειρα αυτοκτονίας.

Προγράμματα που δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην ατομική ωρίμανση και θετική ανάπτυξη, στη βελτίωση της εικόνας του σώματος, στην εκπαίδευση σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και στρατηγικών αντιμετώπισης δυσκολιών ενδεχομένως να έχουν πολύ θετική επίδραση στην αυτοτραυματική συμπεριφορά.

Οι προληπτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στη συνολική βελτίωση της ψυχοπαθολογίας και την αύξηση στα επίπεδα ποιότητας ζωής που αναμένεται να επιφέρουν μείωση των επεισοδίων αυτοτραυματισμού

SELF-INJURY IN ADOLESCENCE

C.V. Karavela,¹ H. Lazaratou,²

¹Psychologist, ²Associate Professor of Child Psychiatry, Child and Adolescent Service, Community Mental Health Centre Byron, A' Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Athens, Athens, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2014, 2:58–67

Self-injurious behaviors are considered a very serious phenomenon with a high prevalence in clinical and community adolescent samples. The present paper attempts a literature review of recent bibliography on the phenomenon of self-injury in adolescence. Several parameters that have been researched on self-injury behaviors in adolescents are presented, emphasizing on recent research bibliography. A clarification of the terminology is attempted, given the fact that there is confusion in the research and clinical community regarding the nomenclature of the phenomenon. The DSM-5 proposed criteria for nonsuicidal self-injury intend to provide a common language for researchers and clinicians. Recent epidemiological and demographic data are been presented and a brief reference is made to the methods of self-harm utilized by adolescents. A presentation of the causal models and the researched risk factors that interact in the manifestation of self-harm behaviors is attempted. In this context more emphasis is given on the presentation of the relationship of body image to self-injury, as it is a recently researched subject which may be a key factor for preventive and therapeutic interventions. Moreover, the understanding of self-injury regards the presentation of intrapersonal (e.g. affect regulation) and interpersonal (e.g. help-seeking) functions, that self-injurious behavior may serve. According to the psychodynamic approach, the significance of the self-injurious act can be identified at different levels. Finally, the preventive and therapeutic interventions that have been applied to self-harm adolescent population are discussed. The effect of prevention intervention programs in schools and the education of significant adults is considered of particular importance in terms of early detection of symptoms, help-seeking but also in order to eliminate the stigma that often accompanies self-injurious behavior. Regarding the therapeutic interventions, the findings suggest that psychosocial and psychological interventions can reduce the risk of repetition of self-harm, while therapeutic assessment is associated with statistically significant improvement in commitment to treatment.

Key words: Self-harm, non-suicidal self-injury, adolescence.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed, text revision). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013
- Antonovsky, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. *Health Promot Intern* 1996, 11:11–18
- Cash T, Smolak L (eds) *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention*. 2nd ed. New York, The Guilford Press, 2011
- Favazza AR. *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. JHU Press, 1996
- Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *BMJ* 2012 (*Clinical research ed*), 344, e2683
- Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz E. Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 2011, 5:3

- Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Research* 2009, 66:477–493
- Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health* 2008a, 8, 369
- Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008b, 43:96–104
- Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J et al. Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ* 2011, (Clinical research ed.), 342, d682
- Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J et al. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psych Allied Discipl* 2012
- Hawton K, Bergen H, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S et al. Epidemiology and nature of self-harm in children and adolescents: findings from the multicentre study of self-harm in England. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012, 21:369–377
- Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *J Child Psychol Psych Allied Discipl* 2008, 49:441–448
- Hazell PL, Martin G, McGill K, Kay T, Wood A, Trainor G et al. Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2009, 48:662–670
- Heilbron N, Prinstein MJ. Peer influence and adolescent nonsuicidal self-injury: A theoretical review of mechanisms and moderators. *Appl Prevent Psychol* 2008, 12:169–177
- International Society for the Study of Self-Injury (ISSI) <http://www.itriples.org/>
- Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research* 2007, 11:129–147
- James AC, Taylor A, Winmill L, Alfoadari K. A Preliminary Community Study of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) with Adolescent Females Demonstrating Persistent, Deliberate Self-Harm (DSH). *Child Adolesc Mental Health* 2008, 13:148–152
- James AC, Winmill L, Anderson C, Alfoadari K. A Preliminary Study of an Extension of a Community Dialectic Behaviour Therapy (DBT) Programme to Adolescents in the Looked After Care System. *Child Adolesc Mental Health* 2011, 16:9–13
- King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008, 8:70
- Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007, 27:226–239
- Klonsky ED, Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *J Consult Clin Psychol* 2008, 76:22–27
- Law GU, Rostill-Brookes H, Goodman D. Public stigma in health and non-healthcare students: attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *Int J Nurs Stud* 2009, 46:107–118
- Liu RT, Mustanski B. Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Am J Prevent Med* 2012, 42:221–228
- Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 2007, 37:1183–1192
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psych Allied Discipl* 2008, 49:667–677
- McHale J, Felton A. Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *J Psych Mental Heal Nurs* 2010, 17:732–740
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 2012, 379:236–243
- Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 2012, 6:10
- Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life-threatening Behavior* 2004, 34:12–23
- Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research* 2007, 11:69–82
- Muehlenkamp JJ, Walsh BW, McDade M. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: the signs of self-injury program. *J Youth Adolesc* 2010, 39:306–314
- Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *J Adolesc* 2012, 35:1–9
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Self-harm Clinical Guidelines*. National Institute for Clinical Excellence, London, 2011
- Nock MK, Joiner TE, Jr Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research* 2006, 144:65–72
- Nock MK. Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Direct Psychologic Sci* 2009, 18:78–83
- Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 2004, 72:885–890
- Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol* 2005, 114:140–146
- Oldershaw A, Grima E, Jollant F, Richards C, Simic M, Taylor L, Schmidt U. (2009). Decision making and problem solving in adolescents who deliberately self-harm. *Psychol Med* 39:95–104
- Oldershaw A, Simic M, Grima E, Jollant F, Richards C, Taylor L et al. The effect of cognitive behavior therapy on decision making in adolescents who self-harm: a pilot study. *Suicide Life-threaten Behav* 2012, 42:255–265
- Ougrin D, Zundel T, Ng A, Banarsee R, Bottle A, Taylor E. Trial of Therapeutic Assessment in London: randomised controlled trial of Therapeutic Assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm. *Arch Disease Childhood* 2011, 96:148–153
- Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse Neglect* 2004, 28:339–354

- Polk E, Liss M. Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personal Individ Differenc* 2007, 43:567–577
- Robinson J, Gook S, Yuen HP, McGorry PD, Yung AR. Managing deliberate self-harm in young people: an evaluation of a training program developed for school welfare staff using a longitudinal research design. *BMC Psychiatry* 2008, 8:75
- Rossow I, Ystgaard M, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, de Wilde EJ et al. Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. *Suicide Life-threaten Behav* 2007, 37:605–615
- Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adol* 2002, 31:67–77
- Ross S, Heath NL, Toste JR. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *Am J Orthops* 2009, 79:83–92
- Shaffer D, Jacobson C. *Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V Disorder*, 2009
- Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psych: J Ment Science* 2008, 192:202–211
- Soong WT, Chen IC. Self-harm behavior in Taiwanese adolescents: Prevalence and associated factor. *Neuropsychiatrie de l' Enfance et de l' Adolescence* 2012, 60(Suppl 5):96
- Swahn MH, Ali B, Bossarte RM, Van Dulmen M, Crosby A, Jones AC, Schinka KC. Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the US: shared and unique risk and protective factors. *Internat J Environment Research Publ Health* 2012, 9:178–191
- Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample. *Acad Ped* 2012, 12:205–213
- Taylor LMW, Oldershaw A, Richards C, Davidson K, Schmidt U, Simic M. Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behaviour Cognitiv Psychother* 2011, 39:619–625
- Tsai MH, Chen YH, Chen CD, Hsiao CY, Chien CH. Deliberate self-harm by Taiwanese adolescents. *Acta Paediatrica* 2011 (Oslo, Norway: 1992), 100:e223–226
- Webb L. Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nur* 2002, 38:235–244
- Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adol Psych* 2001, 40:1246–1253
- Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, Hewitt A et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *J Adolesc* 2009, 32:875–891
- Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Ozturk M et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psych Clin Neurosci* 2003, 57:119–126

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΥΠΕΣΤΗΣΑΝ ΣΟΒΑΡΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ, ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥΣ

Α. Καλτσά, Μ. Λιακοπούλου, Δ. Δουμπού, Μ. Πετρόχχονα,
Μ. Λεπενιώτη, Α.Μ. Τσίλια, Ι. Φαρμακοπούλου, Γ. Κολαΐτης

Παιδοψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2014, 2:68–76

Κλινικές περιπτώσεις παιδιών και εφήβων με συμπτωματολογία Οξείας Διαταραχής Στρες (ΟΔΣ), καθώς και Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες (ΜΔΣ) περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία σε πληθώρα παιδιατρικών ασθενών που υπέστησαν σοβαρό τραυματισμό. Η Ομάδα Διασυνδετικής-Συμβουλευτικής Παιδοψυχιατρικής καλείται στη Νευροχειρουργική Κλινική, στην Πλαστική Χειρουργική καθώς και σε άλλες κλινικές (Παιδιατρικές, Ορθοπαιδικές, Χειρουργικές) σε περιπτώσεις νοσηλείας παιδιών και εφήβων μετά από σοβαρό τραυματισμό (τροχαία ατυχήματα, εγκαύματα, πτώσεις από ύψος, ακρωτηριασμούς, επιθέσεις κ.ά.). Μέσα από 18 πρόσφατες κλινικές περιπτώσεις παρουσιάζεται η λειτουργία της ομάδας αυτής στο Γενικό Παιδιατρικό Νοσοκομείο. Αναδεικνύεται η συμπτωματολογία Μετατραυματικού Στρες στα παιδιά και τους εφήβους που έχουν υποστεί σοβαρό τραυματισμό, και στους γονείς αυτών καθώς και η αμοιβαία σχέση και αλληλεπίδραση στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας, διαπίστωση που συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία. Παρουσιάζεται επίσης η πολύπλευρη υποστήριξη του παιδιού ή εφήβου και της οικογένειάς του από την Παιδοψυχιατρική Ομάδα σε στενή πάντα συνεργασία με τους θεράποντες και οι δυσκολίες που ανακύπτουν μέσα από αυτήν. Αναδεικνύεται η ανάγκη διαγνωστικής και θεραπευτικής παρέμβασης στα άμεσα

συμπτώματα στρες καθώς και παρακολούθησης για τυχόν εκδήλωση συμπτωματολογίας μετατραυματικού στρες ή έκπτωση της λειτουργικότητας στα παιδιά και τους εφήβους που έχουν υποστεί σοβαρό τραυματισμό. Σημαντική είναι επίσης και η παράλληλη κατάλληλη παρέμβαση στους γονείς και κατ' επέκταση στην οικογένεια.

Λέξεις ευρετηρίου: Σοβαρός τραυματισμός, διασυνδετική-συμβουλευτική παιδοψυχιατρική, μετατραυματική διαταραχή στρες, οξεία διαταραχή στρες, παιδιά και έφηβοι, γονείς.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ατυχήματα αποτελούν έναν συνηθισμένο λόγο προσέλευσης και στις σοβαρότερες περιπτώσεις, εισαγωγής παιδιών και εφήβων στα Παιδιατρικά Νοσοκομεία. Το 2008 στις ΗΠΑ περισσότερα από 8 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι προσήλθαν στα Επείγοντα λόγω τραυματισμών. Τα ατυχήματα είναι η αιτία για σχεδόν το 90% όλων των εξωγενών αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας και αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες θανάτου στον παιδιατρικό πληθυσμό. Αποτελούν την κύρια αιτία θανάτων στις ηλικίες 10–19 ετών παγκοσμίως (Imamura et al 2012). Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στα παιδιά και τους εφήβους στις αναπτυγμένες χώρες. Ετησίως στην Ευρώπη 9000 άτομα κάτω των 19 ετών σκοτώνονται, ενώ 355.000 τραυματίζονται σε τροχαία ατυχήματα (Kolaitis et al 2011). Στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο περίπου ένα εκατομμύριο παιδιά εμπλέκονται σε επεισόδιο πυρκαγιάς (Bakker et al 2010). Η συντριπτική πλειοψηφία των ατυχημάτων που επιφέρουν εγκαύματα συμβαίνουν μέσα στο σπίτι (Kai-Yang et al 2008). Πληθώρα επιδημιολογικών κυρίως μελετών προσδιορίζουν τη σοβαρότητα και τη συχνότητα άλλων σοβαρών ατυχημάτων: πτώσεων από ύψος, ακρωτηριασμών δακτύλων, δηγμάτων σκύλων, βίαιων εμπρόθετων επιθέσεων (Osifo et al 2010, Bar-Joseph et al 2007, Panagoroulou et al 2012, Daniels et al 2009, Snider et al 2009, Cheng et al 2003).

Μεγάλος αριθμός μελετών καταλήγει ότι τα ατυχήματα, όπως και οι απειλητικές για τη ζωή του παιδιού ασθένειες προκαλούν συμπτωματολογία και ΜΔΣ τόσο στα ίδια τα παιδιά, όσο και στους γονείς τους. Στο 6–35% των περιπτώσεων ανιχνεύθηκε συμπτωματολογία ΟΔΣ ή ΜΔΣ ενώ ποσοστό 10–20% εκδήλωσε

υποκλινική συμπτωματολογία ΟΔΣ ή ΜΔΣ. Τόσο η κλινική όσο και η υποκλινική συμπτωματολογία σχετίζεται με σοβαρή δυσφορία και μείωση της λειτουργικότητας. Τα παθογενετικά μοντέλα του ιατρικού τραυματικού στρες στα παιδιά καταλήγουν στο ότι οι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη συμπτωματολογίας ΜΔΣ είναι πολύπλοκοι και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, ιατρικούς και οικογενειακούς παράγοντες. Σε ό,τι αφορά στα γονεϊκά χαρακτηριστικά, οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η ψυχοπαθολογία των γονέων, συμπεριλαμβανομένης της ΜΔΣ αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη συμπτωματολογίας ΜΔΣ στα παιδιά (Landolt et al 2012).

Παιδιά θύματα τροχαίων ατυχημάτων εμφάνισαν ΜΔΣ κατά 40,4% έναν μήνα μετά το τροχαίο, ποσοστό που μειώθηκε στο 18,8% έξι μήνες αργότερα (Kolaitis et al 2011). Σε παιδιά με ποικίλα τραύματα, ποσοστό 69% βρέθηκε με τουλάχιστον ήπια συμπτώματα ΜΔΣ στην αρχική εκτίμηση, 57% στον έναν μήνα, 59% στους 6 μήνες, και 38% στους 18 μήνες μετά από το ατύχημα (Schreier et al 2005). Έφηβοι τραυματίες εμφάνισαν ΜΔΣ σε ποσοστά μεταξύ 19% και 32% στους 12 μήνες μετά από το ατύχημα (Zatzick et al 2006). Από τα σοβαρά τραυματισμένα παιδιά που υπέστησαν επίθεση από σκύλο, 26,3% εμφάνισε ΜΔΣ σε σύγκριση με το 9,9% των μέτρια τραυματισμένων και το 0,4% των ελαφρά τραυματισμένων παιδιών (Ji et al 2010). Η συμπτωματολογία ΜΔΣ παραμένει ενεργή για σειρά ετών: σε παιδιά με εγκαύματα ανιχνεύθηκε ΜΔΣ μεταξύ 6,7% (κατά μέσον όρο 8,9 έτη μετά από το ατύχημα) και 19% (κατά μέσον όρο 4,4 έτη μετά από το ατύχημα) (Bakker et al 2010).

Μια ανασκόπηση ικανού αριθμού μελετών από διαφορετικές χώρες, που περιλαμβάνει συνολικά 1645 παιδιά και εφήβους, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το κάθε σύμπτωμα της ΟΔΣ εμφανίζεται στο 14%

έως 51% των παιδιών και ότι το 41% των παιδιών παρουσιάζει κλινικά σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας (Kassam-Adams et al 2012)

Άλλες μελέτες, αναγνωρίζοντας την επίδραση της γονεϊκής ψυχοπαθολογίας στα παιδιά, ερευνούν την ανάπτυξη συμπτωμάτων ΜΔΣ στους γονείς παιδιών θυμάτων ατυχημάτων με σκοπό να βρεθεί ένα παθογενετικό μοντέλο που συνδέει την αμοιβαία ανάπτυξη συμπτωμάτων και να εντοπιστούν παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες. Σε μια μελέτη βρέθηκε το 47% των γονέων με σημαντικά συμπτώματα μετατραυματικού στρες τρεις μήνες μετά από την πυρκαγιά. Εντοπίστηκαν ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση και διατήρηση των συμπτωμάτων ΜΔΣ στα παιδιά το αυξημένο άγχος των γονέων και οι συγκρουσιακές σχέσεις με την ευρύτερη οικογένεια την περίοδο προ του ατυχήματος (Hall et al 2006). Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι η συμπτωματολογία ΜΔΣ της μητέρας αποτελούσε προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση ΜΔΣ στα παιδιά και στους εφήβους έναν μήνα μετά από το τροχαίο ατύχημα, ενώ εκείνη του πατέρα συνδεόταν με διατήρηση της συμπτωματολογίας 6 μήνες μετά από το τροχαίο ατύχημα (Kolaitis et al 2011). Όταν εξετάστηκαν μητέρες, 11 χρόνια μετά από τον τραυματισμό των παιδιών τους σε πυρκαγιά, βρέθηκε ότι τα συμπτώματα ΜΔΣ είχαν μειωθεί, αλλά συνδεόνταν άμεσα με το αίσθημα ενοχής της μητέρας για το ατύχημα και τη σοβαρότητα του εγκαύματος (μονιμότητα των ουλών) (Bakker et al 2010). Η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων και η εμφάνιση ΜΔΣ στη μητέρα αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη συμπτωμάτων στα παιδιά (Graf et al 2011). Αναφέρεται επίσης ότι αρχικά υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες στους γονείς συνδέονται με πτωχότερη ανάρρωση του τραυματισμένου παιδιού (Landolt et al 2012). Έρευνες δείχνουν ότι η συμπτωματολογία τραυματικού στρες στα παιδιά που δεν λαμβάνουν θεραπεία μπορεί να παραμείνει για σειρά ετών, συχνά και έως την ενήλικη ζωή (Enlow et al 2010).

Στην καθημερινή κλινική πράξη στο Γενικό Παιδιατρικό Νοσοκομείο η Ομάδα της Διασυνδεδετικής-Συμβουλευτικής Παιδοψυχιατρικής καλείται να εκτιμήσει διαγνωστικά και να υποστηρίξει πληθώρα παιδιών και εφήβων. Από το σύνολο των κλινικών περιπτώσεων που φτάνουν στη Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική Ομάδα σημαντική θέση κατέχουν τα σοβαρά ατυχήματα, με μεγαλύτερη συχνότητα τα τροχαία ατυχήμα-

τα και τα εγκαύματα. Οι κλινικές που νοσηλεύουν τα παιδιά και τους εφήβους που έχουν υποστεί σοβαρό τραυματισμό είναι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η Νευροχειρουργική, η Πλαστική Χειρουργική, οι Χειρουργικές, οι Ορθοπαιδικές και οι Παιδιατρικές Κλινικές.

Με στόχο να δοθεί έμφαση στη σημασία της παιδοψυχιατρικής παρέμβασης παρουσιάζονται οι περιπτώσεις των 18 παιδιών και εφήβων που παραπέμφθηκαν στη Μονάδα Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Α΄ της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», κατά τη νοσηλεία τους μετά από σοβαρό τραυματισμό, το έτος 2012. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά οι περιπτώσεις των παιδιών και εφήβων ανά κλινική νοσηλείας.

Παιδιά σε τροχαία ατυχήματα

Τα αδέρφια Μ. (2,5 ετών), Θ. (7,5 ετών) και Λ. (9 ετών), μέλη μονογονεϊκής οικογένειας, ενώ επέβαιναν με τη μητέρα τους σε δίκυκλο, ενεπλάκησαν σε τροχαίο ατύχημα στο οποίο αναποδογύρισε το όχημα με αποτέλεσμα να αποβιώσει ακαριαία η μητέρα-οδηγός και να τραυματιστούν τα 3 παιδιά. Νοσηλεύτηκαν η Μ. σε Παιδιατρική Κλινική με ελαφρά τραύματα, ο Θ. στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με κρανιοεγκεφαλική κάκωση και ο Λ. στη Χειρουργική Κλινική με σοβαρό τραυματισμό στην κοιλιακή χώρα, συνολικά για περίπου δύο μήνες. Ενεπλάκη η Εισαγγελία Ανηλίκων προκειμένου να ανατεθεί προσωρινά η επιμέλεια στη μητρική γιαγιά.

Ο Α. (12 ετών), παιδί διαζευγμένων γονέων, ενώ επέβαινε στο αυτοκίνητο του πατέρα ενεπλάκη σε τροχαίο ατύχημα στο οποίο απεβίωσε ακαριαία ο πατέρας, τραυματίστηκε ελαφρά ο μεγαλύτερος αδελφός ενώ ο Α. υπέστη σοβαρό τραυματισμό στο πρόσωπο και κάταγμα άνω γνάθου. Νοσηλεύτηκε στη Νευροχειρουργική Κλινική για περίπου δύο εβδομάδες.

Ο Λ. (11 ετών), ενώ έκανε ποδήλατο στον δρόμο παρασύρθηκε από διερχόμενο όχημα με αποτέλεσμα να υποστεί σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Νοσηλεύτηκε αρχικά στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στη συνέχεια, όταν διέφυγε τον κίνδυνο, στη Νευροχειρουργική Κλινική συνολικά περίπου για τρεις μήνες.

Πίνακας 1. Οι περιπτώσεις παιδιών και εφήβων ανά κλινική νοσηλείας.

ΑΑ	Φύλο	Ηλικία (έτη)	Ατύχημα	Κλινική Νοσηλείας
1	♂	3	Τροχαίο	Νευροχειρουργική
2	♂	12	Επίθεση	Νευροχειρουργική
3	♂	12	Τροχαίο-Θάνατος γονέα	Νευροχειρουργική
4	♂	11	Τροχαίο	Νευροχειρουργική (ΜΕΘ)
5	♀	9	Πτώση από ύψος	Νευροχειρουργική
6	♀	2,5	Τροχαίο-Θάνατος γονέα	Παιδιατρική
7	♂	7,5	Τροχαίο-Θάνατος γονέα	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
8	♂	9	Τροχαίο-Θάνατος γονέα	Χειρουργική
9	♂	3	Πτώση από ύψος	Χειρουργική
10	♀	9	Τροχαίο	Χειρουργική
11	♂	5	Τροχαίο	Ορθοπαιδική
12	♂	7,5	Έγκαυμα	Πλαστική Χειρουργική
13	♂	11	Έγκαυμα	Πλαστική Χειρουργική
14	♂	6	Έγκαυμα	Πλαστική Χειρουργική
15	♀	3	Έγκαυμα	Πλαστική Χειρουργική
16	♀	3	Ακρωτηριασμός	Πλαστική Χειρουργική
17	♂	4,5	Ακρωτηριασμός	Πλαστική Χειρουργική
18	♂	8	Ακρωτηριασμός	Πλαστική Χειρουργική

Ο Β. (3 ετών), ενώ έβγαине από το αυτοκίνητο της πατρικής γιαγιάς μετά από βόλτα και παρά την αυστηρή σύσταση της μητέρας να επιβαίνει το νήπιο αποκλειστικά στο αυτοκίνητο των γονέων, παρασύρθηκε από διερχόμενο όχημα. Νοσηλεύτηκε στη Νευροχειρουργική Κλινική για 5 ημέρες.

Η Σ. (9 ετών), ενώ διέσχιζε τον δρόμο με τη μητέρα και τις δύο αδελφές της παρασύρθηκε από διερχόμενο όχημα. Υπέστη κάταγμα κνήμης και άνω άκρου και αιμάτωμα σπλήνα. Νοσηλεύτηκε στη Χειρουργική Κλινική για περίπου δύο εβδομάδες.

Ο Σ. (5 ετών), ενώ διέσχιζε τον δρόμο με τη μητέρα και τον αδελφό του παρασύρθηκε από διερχόμενο όχημα. Υπέστη κάταγμα κνήμης. Νοσηλεύτηκε στην Ορθοπαιδική Κλινική για περίπου δύο εβδομάδες.

Παιδιά με εγκαύματα

Ο Π. (7,5 ετών) μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο μετά από προσπάθεια του πατέρα να σβήσει με νερό φλεγόμενο λάδι σε τηγάνι, με αποτέλεσμα να εκτοξευθεί φλεγόμενο υλικό στα κάτω άκρα του παιδιού.

Νοσηλεύτηκε στην Πλαστική Χειρουργική για περίπου έναν μήνα.

Τα αδέρφια Κ. (11 ετών) και Μ. (6 ετών), ήταν παρόντα στο σπίτι της μητρικής γιαγιάς όταν έγινε έκρηξη φιάλης υγραερίου με αποτέλεσμα να υποστούν εγκαύματα άνω και κάτω άκρων, ο Μ. μεγαλύτερης έκτασης (50%). Νοσηλεύτηκαν στην Πλαστική Χειρουργική για περίπου έναν μήνα.

Η Γ. (3 ετών), στην προσπάθεια της μητέρας να ενισχύσει με οινόπνευμα τη φωτιά στην ξυλόσομπα, υπέστη σοβαρά εγκαύματα καθώς μεταφέρθηκε η φλόγα στα κάτω άκρα της. Νοσηλεύτηκε στην Πλαστική Χειρουργική για θεραπεία και αποκατάσταση για περίπου τρεις μήνες.

Παιδιά και έφηβοι με ακρωτηριασμό μετά από ατύχημα

Η Ρ. (3 ετών), υπέστη ακρωτηριασμό φάλαγγας δακτύλου καθώς καταπλακώθηκε το χέρι της από καγκελόπορτα ενώ έπαιζε με τον αδελφό της. Νοσηλεύτηκε στην Πλαστική Χειρουργική για θεραπεία και αποκατάσταση για περίπου τρεις μήνες.

Ο Κ. (4,5 ετών), υπέστη ακρωτηριασμό φτέρνας και ενός δακτύλου άκρου ποδός όταν παγιδεύτηκε το πόδι του στο χλοοκοπτικό όχημα στο οποίο επέβαινε όπως συνήθιζε, συνοδεύοντας τον παππού του στις καθημερινές αγροτικές εργασίες. Νοσηλεύτηκε στην Πλαστική Χειρουργική για θεραπεία και αποκατάσταση για περίπου τρεις μήνες.

Ο Κ. (8 ετών), υπέστη ακρωτηριασμό μέρους του προσώπου του όταν, κατά τη διάρκεια επίσκεψης σε φίλη της μητέρας υπέστη απρόκλητη επίθεση από τον σκύλο της φίλης. Νοσηλεύτηκε στην Πλαστική Χειρουργική για θεραπεία και αποκατάσταση για περίπου τρεις μήνες.

Πτώση από ύψος

Ο Α. (3 ετών), που είχε αφηθεί από τη μητέρα κοιμισμένος, μόνος στο σπίτι, αναζητώντας τη μητέρα του κατόρθωσε να βγει στο μπαλκόνι και από εκεί έπεσε στον δρόμο. Νοσηλεύτηκε στη Χειρουργική Κλινική για περίπου μία εβδομάδα. Ενεπλάκη η Αστυνομία Ανηλίκων και η Εισαγγελία Ανηλίκων λόγω των συνθηκών παραμέλησης.

Η Α. (9 ετών) έπεσε με την πλάτη από τον δεύτερο όροφο καθώς στη διάρκεια παιχνιδιού κρύφτηκε πίσω από μια κουρτίνα και στηρίχθηκε σε ξύλινο παντζούρι φαινομενικά κλειστό που δεν ήταν όμως ασφαλισμένο. Νοσηλεύτηκε στη Νευροχειρουργική Κλινική για λίγες ημέρες.

Έφηβος που υπέστη επίθεση

Ο Σ. (12 ετών), κατά τη διάρκεια σκασιαρχείου με συμμαθητή του (κατά 2 χρόνια μεγαλύτερο) υπέστη

από εκείνον επίθεση και σοβαρή σωματική κακοποίηση στο κεφάλι χρησιμοποιώντας ως όπλο μια μεγάλη πέτρα. Στη συνέχεια έγινε απόπειρα στραγγαλισμού του εφήβου. Νοσηλεύτηκε στη Νευροχειρουργική Κλινική για περίπου δύο εβδομάδες.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Όπως είναι γνωστό, κλινικά τα συμπτώματα της ΟΔΣ και της ΜΔΣ εκδηλώνονται σε 3 τομείς: (1) αναβίωση του γεγονότος με εισβάλλουσες σκέψεις ή όνειρα, (2) αποφυγή χαρακτηριστικών του γεγονότος και (3) υπερδιέγερση στην παρουσία σχετικών ερεθισμάτων. Οι αντιδράσεις των παιδιών στα τραυματικά γεγονότα ποικίλουν και επηρεάζονται από την ηλικία και το επίπεδο ψυχοσυναισθηματικής ωριμότητας. (πίνακας 2) (Schreier et al 2005)

Στα παιδιά και στους εφήβους που παρακολουθήσαμε, παρατηρήσαμε ανά ηλικιακή ομάδα:

Στα 7 παιδιά προσχολικής ηλικίας (2,5–5 ετών) άγχος, έντονους φόβους σχετιζόμενους με το συμβάν, αϋπνία και εφιάλτες, έντονη και συχνή αναβίωση του γεγονότος, αποφυγή, υπερδιέγερση καθώς και άλλα συμπτώματα: νωθρότητα, παραμιλητό, ενούρηση, προσκόλληση στο άτομο φροντίδας (γιαγιά) μετά τον θάνατο της μητέρας, «κατηγορώ» προς τη μητέρα που δεν προστάτευσε το παιδί.

Στα 9 παιδιά σχολικής ηλικίας (6–11 ετών) παρατηρήσαμε άγχος, έντονους φόβους σχετιζόμενους με το συμβάν, αϋπνία και εφιάλτες, έντονη και συχνή αναβίωση του γεγονότος, σταθερή και επίμονη αποφυγή, υπερδιέγερση καθώς και άλλα συμπτώματα: αλαλία,

Πίνακας 2. Συνήθη συμπτώματα σε τραυματικά γεγονότα ανά εξελικτική φάση, όπως αναφέρονται στη βιβλιογραφία (με Χ σημειώνεται η παρουσία του συμπτώματος και αναφέρεται η ιδιαίτερη μορφή που παίρνει ανά ηλικιακή ομάδα όπου αυτό συναντάται).

Συμπτώματα	Προσχολική ηλικία	Σχολική ηλικία	Εφηβεία
Άγχος	Γενικευμένο, αποχωρισμού	Χ	Κρίσεις πανικού
Φοβίες	Ξένων, ζώων	Σκοτάδι	Χ
Διαταραχές ύπνου	Αϋπνία, εφιάλτες	Αϋπνία, εφιάλτες	Αϋπνία, εφιάλτες
Αναβίωση γεγονότος	Αναπαράσταση στο παιχνίδι	Αναπαράσταση στο παιχνίδι-στη ζωγραφική	Χ
Αποφυγή καταστάσεων	Χ	Χ	Συζητήσεις, τόπους, άτομα
Υπερδιέγερση	Χ	Χ	Χ
Άλλα	Απώλεια αναπτυξιακών δεξιοτήτων/Παλινδρόμηση/Κοινωνική απόσυρση	Ευερεθιστότητα/Δυσκολίες συγκέντρωσης/Προβλήματα μνήμης	Αμνησία πλευρών του τραύματος/Απόσυρση από φίλους, δραστηριότητες/Κατάθλιψη/Ιδέες αυτοκτονίας

απαίτηση για ύπνο με τους γονείς, ενούρηση, «κατηγορώ» προς τη μητέρα που δεν προστάτευσε το παιδί.

Στους 2 εφήβους παρατηρήσαμε σε μικρότερο βαθμό άγχος, φόβους σχετιζόμενους με το συμβάν, αϋπνία και εφιάλτες, αποφυγή και υπερδιέγερση αλλά κυρίως έντονη και συχνή αναβίωση του γεγονότος καθώς και άλλα συμπτώματα: εφιάλτες διαφορετικού τραυματικού περιεχομένου, διακοπή φοίτησης στο σχολείο.

Συνοπτικά η συμπτωματολογία των παιδιών παρουσιάζεται ανά εξελικτική φάση στον πίνακα 3.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Σε ό,τι αφορά στην εμφάνιση συμπτωματολογίας στους γονείς των τραυματισμένων παιδιών, δύο μητέρες εμφάνισαν υποτροπή προϋπάρχουσας ψυχιατρικής νόσου (αγχώδης διαταραχή, κατάθλιψη). Δύο μητέρες αναβίωσαν τραυματικά γεγονότα του παρελθόντος τους (τροχαίο ατύχημα) με αφορμή το συμβάν στο παιδί τους, με έντονη συμπτωματολογία.

Σε δύο περιπτώσεις τα κορίτσια (3 και 9 ετών) επέρριπταν ευθύνη στη μητέρα που δεν τις προστάτευσε. Επρόκειτο και στις δύο περιπτώσεις για τραυματισμό (εγκαύματα, κατάγματα) που υπέστησαν μόνο τα συγκεκριμένα παιδιά, παρότι στο ατύχημα ήταν παρόντα και τα αδέρφια τους. Τα τραυματισμένα κορίτσια εξέφραζαν ανοιχτά το παράπονο ότι η μητέρα προτίμησε να προστατεύσει τα αδέρφια και όχι εκείνες.

Στην περίπτωση της 9χρονης τραυματισμένης, οι αδελφές της, που ήταν παρούσες στο τροχαίο ατύχημα αλλά δεν τραυματίστηκαν, εμφάνισαν συμπτωματολογία (ενούρηση η μικρότερη και πτώση στις σχολικές επιδόσεις η μεγαλύτερη).

Στην περίπτωση του 3χρονου Β, που υπαίτια του τροχαίου ατυχήματος ήταν η πατρική γιαγιά, η μητέρα του παιδιού εξέφρασε πολύ έντονα τον θυμό της προς την πεθερά της και δυσκολεύτηκε πολύ να επιτρέψει στη γιαγιά να επισκεφθεί το παιδί στο νοσοκομείο.

Στο σύνολό τους (πλην της επίθεσης) τα συμβάντα είχαν προκληθεί από αμέλεια ή περιελάμβαναν «ευθύνη» κάποιου ενήλικα. Έντονη ήταν η έκφραση ενοχικών συναισθημάτων από τον γονέα που είχε την υπαιτιότητα του ατυχήματος.

Εκτός από τα συναισθήματα ενοχής, στη θεραπευτική εργασία έπρεπε να αντιμετωπιστούν τα συναισθήματα των γονέων που αφορούσαν στο πένθος για την απώλεια της σωματικής υγείας του παιδιού τους ή θανάτου μέλους της οικογένειας αλλά και τα συναισθηματικά ρήγματα που δημιουργήθηκαν εξαιτίας του ατυχήματος στην ευρύτερη οικογένεια.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Και τα 18 παιδιά και έφηβοι έλαβαν άμεση και σταθερή, καθημερινή παρακολούθηση και υποστήριξη από ειδικευόμενη παιδοψυχίατρο, εποπτεία και παρακολούθηση από επιμελήτρια παιδοψυχίατρο και από την υπεύθυνη της ομάδας. Υπήρχε σταθερή συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς, την προϊστάμενη, τους νοσηλευτές του τμήματος καθώς και με την ομάδα των φυσικοθεραπευτών στις περιπτώσεις όπου χρειάστηκε η παρέμβασή τους.

Σε δύο περιπτώσεις που αφορούσαν σε 4 παιδιά (τον 12χρονο Α, τη 2,5χρονη Μ, τον 7,5χρονο Θ. και τον 9χρονο Λ.) χρειάστηκε να υποστηριχθεί η οικογένεια στην απόφαση, στον τρόπο και στη χρονική

Πίνακας 3. Συμπτωματολογία ΔΜΣ ανά εξελικτική φάση όπως παρατηρήθηκε στους ασθενείς μας (με Χ σημειώνεται η παρουσία του συμπτώματος, με XX η έντονη παρουσία του συμπτώματος).

Συμπτώματα	Προσχολική ηλικία	Σχολική ηλικία	Εφηβεία
Άγχος	X	X	X
Φόβοι σχετιζόμενοι	XX	XX	X
Αϋπνία, εφιάλτες	XX	XX	X
Αναβίωση γεγονότος	XX	XX	XX
Αποφυγή	X	XX	X
Υπερδιέγερση	XX	X	X
Άλλα	Νωθρότητα/ Παραμιλητό/ Ενούρηση/ Προσκόλληση/ «Κατηγορώ» προς τη μητέρα	Αλαλία/Ύπνο με γονείς/ Ενούρηση/«Κατηγορώ» προς τη μητέρα	Εφιάλτες διαφορετικού τραυματικού περιεχομένου/ Διακοπή σχολείου

στιγμή που θα ανακοινωνόταν στα παιδιά ο θάνατος του γονέα και στη συνέχεια να υποστηριχθούν τα ίδια τα παιδιά.

Στην περίπτωση του 12χρονου Σ, που υπέστη επίθεση έγινε εκτενής συνεργασία με την Αστυνομία, την Εισαγγελία Ανηλίκων, την Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων (που είχε αναλάβει τον ανήλικο δράστη), καθώς και το σχολείο καθώς το συμβάν αφενός προκάλεσε σχολική άρνηση στον έφηβο, αφετέρου πυροδότησε έντονες, σε ορισμένες περιπτώσεις ακραίες αντιδράσεις στο περιβάλλον της γειτονιάς των παιδιών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις υπήρξε συνεργασία και με άλλα μέλη της διεπιστημονικής Παιδοψυχιατρικής Ομάδας: Ψυχολόγος ανέλαβε συμβουλευτική με ορισμένους γονείς και ψυχολογική εκτίμηση στα παιδιά που επρόκειτο να ανατεθούν στη μητρική γιαγιά κατόπιν Εισαγγελικής Παραγγελίας. Στις περιπτώσεις όπου είχε ήδη εμπλακεί η Εισαγγελία Ανηλίκων, όπως και στην περίπτωση θανάτου μητέρας σε μονογονεϊκή οικογένεια, ενεπλάκη Κοινωνική Λειτουργός στη συνεργασία με κοινωνικές υπηρεσίες, την Πρόνοια και λοιπούς φορείς. Επίσης, στην περίπτωση του 11χρονου Λ, θύμα σοβαρού τροχαίου που έπληξε το κέντρο λόγου και επηρέασε την κατάποση ανέλαβε Λογοπεδικός τόσο τη διάγνωση όσο και την αντιμετώπιση των ανωτέρω βλαβών.

Στις περιπτώσεις όπου υπήρχε ένδειξη (έντονο άγχος, αϋπνία) χορηγήθηκε Υδροξυζίνη (Atarax). Ιδιαίτερα στα παιδιά με εγκαύματα διευκόλυνε τον ύπνο και λόγω της αντικνησμικής δράσης του φαρμάκου.

Στο σύνολο των περιπτώσεων υπήρχε σταθερή συνεργασία με τον γονέα που ήταν στο πλευρό του παιδιού και με το ζευγάρι των γονέων, όταν αυτό ήταν εφικτό (πολλά από τα παιδιά που διακομίστηκαν ως επείγοντα προέρχονταν από νησιά και απομακρυσμένες περιοχές από όλη την Ελλάδα και ο πατέρας συνήθως δεν μπορούσε να απουσιάζει από την εργασία του, επωμιζόμενος παράλληλα και τη φροντίδα των άλλων παιδιών της οικογένειας).

Στην περίπτωση της μητέρας που εκδήλωσε έντονη αγχώδη συμπτωματολογία συνεστήθη η λήψη αγχολυτικού. Η παρέμβαση βοήθησε και στην καλύτερη συνεργασία με την οικογένεια καθώς χρειάστηκε πολύμηνη αποθεραπεία και αποκατάσταση του παιδιού (θύματος τροχαίου), αρχικά στο Νοσοκομείο και

στη συνέχεια σε Κέντρο Αποκατάστασης στον τόπο διαμονής τους.

Στην περίπτωση του 3χρονου Β, που υπαίτια του τροχαίου ατυχήματος ήταν η πατρική γιαγιά, δημιουργήθηκε σοβαρή ρήξη στην οικογένεια και χρειάστηκαν αρκετές συνεδρίες με το ζευγάρι των γονέων προκειμένου να εξομαλυνθούν οι σχέσεις με την πατρική οικογένεια καταγωγής.

Στις περιπτώσεις όπου ο ένας γονέας επέρριπτε ευθύνες για το ατύχημα στον άλλο χρειάστηκαν ατομικές συνεδρίες με κάθε γονέα και στη συνέχεια από κοινού συναντήσεις με το ζευγάρι των γονέων για να αποκατασταθούν οι σχέσεις τους και να μπορέσουν να προσφέρουν την κατάλληλη βοήθεια στο παιδί τους.

Στην περίπτωση της 9χρονης Σ, το τροχαίο στο οποίο τραυματίστηκε μόνο η ίδια αλλά επηρέασε σημαντικά τη μητέρα και τις αδελφές της που ήταν αυτόπτες μάρτυρες, ήταν η αφορμή για να αποκαλυφθούν πολλά και σοβαρά θέματα, έως τότε μυστικά, και να γίνουν συνεδρίες με όλη την οικογένεια από Οικογενειακούς Θεραπευτές μέλη της Παιδοψυχιατρικής Ομάδας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις έγιναν επιπλέον της ενδονοσοκομειακής συνεργασίας και συναντήσεις μεταπαρακολούθησης μετά από το εξιτήριο ενώ σε όσες υπήρχε εμμένουσα συμπτωματολογία στο παιδί ή διαπιστώθηκε ανάγκη για συμβουλευτική στους γονείς έγινε παραπομπή στις κατά τόπους Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων. Στην περίπτωση του 12χρονου Σ, που υπέστη επίθεση έγινε επείγουσα παραπομπή κατόπιν συνεννόησης με τους συναδέλφους στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο όπου ανήκε σύμφωνα με την τομεοποίηση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την κλινική εργασία με τα τραυματισμένα παιδιά και τους γονείς τους παρατηρήθηκε συμπτωματολογία ΜΔΣ τόσο στα ίδια τα θύματα όσο και στους γονείς τους, που συνάδουν με τις παρατηρήσεις που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής εργασίας με τα τραυματισμένα παιδιά, εκτός από τα συμπτώματα ΜΔΣ, εργαστήκαμε με τον θυμό των παιδιών για την ελλιπή προστασία ή αμέλεια των γονέων, με τα συναισθήματα πένθους μετά από τον θάνατο γονέα καθώς και με τα συναι-

σθήματα που πυροδοτούσε η πραγματική ή φαντασιστική ενοχή τους.

Θα πρέπει επίσης να ληφθεί υπόψη ότι στην καθημερινή κλινική πράξη της Διασυνδεδετικής Παιδοψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο καλούμαστε να ξεπεράσουμε τις δυσκολίες που ενέχει ο ρόλος μας και να φροντίσουμε το άρρωστο παιδί και την οικογένειά του. Οι Παιδιάτροι καθώς και οι γιατροί των άλλων ειδικοτήτων έχουν απαιτήσεις σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης, την αποτελεσματικότητα, τη σαφήνεια των λόγων κ.ά. Συχνά η παράκληση για εκτίμηση του παιδιού γίνεται την τελευταία στιγμή πριν από την έξοδο του ασθενούς, δεν τηρούνται οι οδηγίες του Παιδοψυχιάτρου, και δεν υπάρχει έγκαιρη ενημέρωση για το εξιτήριο των ασθενών ώστε να γίνει ο ανάλογος προγραμματισμός (οδηγίες, παραπομπή, ραντεβού για μετα-παρακολούθηση) (Λιακοπούλου 2007).

Συμπερασματικά, ο κλινικός θα πρέπει πάντα να διερευνά αντιδράσεις ΟΔΣ σε παιδιά με γνωστή έκθεση σε τραυματικό γεγονός. Θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν οι Παιδιάτροι και οι Χειρουργοί ώστε να ζητούν τη βοήθεια του Παιδοψυχιάτρου ακόμα και στις περιπτώσεις όπου οι ίδιοι δεν εντοπίζουν δυσκο-

λίες ή όταν το τραύμα δεν κρίνεται κλινικά σοβαρό, ή όταν η νοσηλεία είναι ολιγοήμερη. Συχνά τα παιδιά είναι πολύ φοβισμένα και δεν εκφράζουν στον θεράποντα τη δυσφορία τους. Άλλες πάλι φορές οι ίδιοι οι γονείς ζητούν να μιλήσουν με Παιδοψυχίατρο ανησυχώντας για συμπεριφορές και συμπτώματα του παιδιού τους που περνούν απαρατήρητα από το προσωπικό της κλινικής νοσηλείας.

Ανεξαρτήτως του εάν πληρούνται τα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΟΣ, όταν ένα παιδί ή ένας έφηβος παρουσιάζει 3 ή 4 αντιδράσεις οξέος στρες στο άμεσο διάστημα μετά από έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο της έναρξης θεραπευτικής συνεργασίας με παιδοψυχίατρο προκειμένου να διευκολυνθεί η συναισθηματική ανάρρωση, λαμβάνοντας υπόψη ότι σημαντικό ποσοστό παιδιών και εφήβων που έχει υποστεί ατύχημα παρουσιάζει κάποιου βαθμού έκπτωση της λειτουργικότητας ήδη από τον πρώτο μήνα. Εξάλλου, ιδιαίτερα ωφέλιμη είναι η παρέμβαση στην οικογένεια και ιδιαίτερα η βοήθεια στον γονέα που βιώνει ενοχή ή εκδηλώνει έντονα αγχώδη συμπτωματολογία ή συμπτωματολογία ΜΔΣ.

ACUTE STRESS AND POST-TRAUMATIC STRESS SYMPTOMS IN CHILDREN AND THEIR PARENTS AFTER PEDIATRIC TRAUMA

A. Kaltsa, M. Liakopoulou, D. Doumpou, M. Petrongoana, M. Lepenioti, A.M. Tsilia, I. Farmakopoulou, G. Kolaitis

*Department Of Child Psychiatry, Athens University Medical School,
"Aghia Sofia" Children's Hospital, Athens, Greece*

Child and Adolescent Psychiatry 2014, 2:68–76

Clinical cases of children and adolescents with symptoms of Acute Stress, as well as Post-traumatic Stress symptoms are described in the literature in numerous pediatric patients who underwent serious unintentional injury. The Consultation-Liaison Child and Adolescent Psychiatry team is consulted in cases of hospitalized children and adolescents at the Neurosurgical, Plastic Surgery as well as at other hospital departments (Pediatric, Orthopedic and Chirurgical) after serious trauma (road accidents, burns, falls from heights, mutilations, assaults etc). The experience of Consultation-Liaison Child and Adolescent Psychiatry in the General Pediatric

Hospital is presented through 18 recent clinical cases. The Post-traumatic symptoms of children and adolescents who have undergone serious injury are depicted, as well those of their parents. Their mutual relation and interdependence in developing psychopathology is pointed out and is in agreement with the literature. Moreover, the multiple supports of children and adolescents and their families from the Consultation-Liaison Child and Adolescent Psychiatry team in close collaboration with pediatricians and surgeons is presented, as well as the difficulties deriving from this collaboration. The need of diagnostic and therapeutic interventions of the Acute Stress symptoms in children and adolescents that have undergone serious injury, as well as that of monitoring the development of Post-traumatic Stress Disorder or other psychopathology and decreased functioning of the child or adolescent is described. Focused interventions in parents or the whole family, for several months after the injury are presented.

Key words: Serious injury, consultation-liaison child and adolescent psychiatry, post-traumatic stress symptoms, acute stress disorder, children and adolescents, parents.

Βιβλιογραφία

- Bakker A, Van Loey NEE, Van Son MJ, Van der Heijden PG. Mothers' Long Term Post-traumatic Stress Symptoms Following a Burn Event of Their Child. *J Pediatr Psychol* 2010, 35:656–661
- Bar-Joseph N, Rennert G, Tamir A, Ore L, Bar-Joseph G. Ethnic differences in the epidemiological characteristics of severe trauma due to falls from heights among children in northern Israel. *Isr Med Assoc J* 2007, 9:603–606
- Cheng TL, Schwarz D, Brenner RA, Wright JL, Fields CB, O'Donnell R et al. Adolescent assault injury: risk and protective factors and locations of contact for intervention. *Pediatrics* 2003, 112:931–938
- Daniels DM, Ritzi RB, O'Neil J, Scherer LR. Analysis of nonfatal dog bites in children. *J Trauma* 2009, 66(Suppl 3):S17–22
- Enlow BM, Kassam-Adams N, Saxe G. The Child Stress Disorders Checklist-Short Form: A 4-Item Scale of Traumatic Stress Symptoms in Children. *Gen Hosp Psychiatry* 2010, 32:321–327
- Graf A, Schiestl C, Landolt MA. Post-traumatic Stress and Behavior Problems in Infants and Toddlers With Burns. *J Pediatr Psychol* 2011, 36:923–931
- Hall E, Saxe G, Stoddard F, Kaplow J, Koenen K, Chawla N et al. Post-traumatic Stress Symptoms in Parents of Children with Acute Burns. *J Pediatr Psychol* 2006, 31:403–412
- Imamura JH, Troster EJ, Cardim de Oliveira CA. What types of unintentional injuries kill our children? Do infants die of the same types of injuries? A systematic review. *Clinics (Sao Paulo)* 2012, 67:1107–1116
- Ji L, Xiaowei Z, Chuanlin W, Wei L. Investigation of Post-traumatic Stress Disorder in Children After Animal-Induced Injury in China. *Pediatrics* 2010, 126, e320
- Kai-Yang L, Zhao-Fan X, Luo-Man Z, Yi-Tao J, Tao T, Wei W et al. Epidemiology of Pediatric Burns Requiring Hospitalization in China: A Literature Review of Retrospective Studies. *Pediatrics* 2008, 122, 132
- Kassam-Adams N, Palmieri P A, Rork K, Delehanty D L, Kenardy J, Kohser KL et al. Acute Stress Symptoms in Children: Results from an International Data Archive. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012, 51
- Kolaitis G, Giannakopoulos G, Liakopoulou M, Pervanidou P, Charitaki S, Mihos C et al. Predicting Pediatric Post-traumatic Stress Disorder After Road Traffic Accidents: The Role of Parental Psychopathology. *J Trauma Stress* 2011, 24:414–421
- Landolt MA, Ystrom E, Sennhauser FH, Gnehm HE, Vollrath M. The mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in pediatric patients. *J Child Psychol Psychiatry* 2012, 53:767–774
- Λιακοπούλου Μ. Η Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική και οι διαπροσωπικές σχέσεις στο γενικό παιδιατρικό νοσοκομείο. *Ψυχιατρική* 2007, 18:150–155
- Osifo OD, Iribhogbe P, Idiodi-Thomas H. Falls from heights: epidemiology and pattern of injury at the accident and emergency centre of the University of Benin Teaching Hospital. *Injury* 2010, 41:544–547
- Panagopoulou P, Antonopoulos CN, Iakovakis I, Dessypris N, Gkiokas A, Pasparakis D et al. Traumatic hand amputations among children in Greece: epidemiology and prevention potential. *Inj Prev* 2012, 18:309–314
- Schreier H, Ladakakos C, Morabito D, Chapman L, Knudson MM. Post-traumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: a longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. *J Trauma* 2005, 58:353–363
- Snider C, Lee J. Youth violence secondary prevention initiatives in emergency departments: a systematic review. *CJEM* 2009, 11:161–168
- Zatzick DF, Grossman DC, Russo J, Pynoos R, Berliner L, Jurkovich G et al. Predicting post-traumatic stress symptoms longitudinally in a representative sample of hospitalized injured adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006, 45:1188–1195

ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΟΡΟΣΗΜΑ

Επιμ. Γερ. Στεφανάτος

Εκδόσεις Εστία, Αθήνα, 2013, σσ. 570

Το βιβλίο «Ψυχανάλυση και Εφηβεία. Κλινικά και Θεωρητικά Ορόσημα» κυκλοφόρησε τον Μάιο του 2013 από τις εκδόσεις της Εστίας υπό την επιμέλεια του Γεράσιμου Στεφανάτου.

Το βιβλίο συγκεντρώνει κλασικά κείμενα και σημαντικές ψυχαναλυτικές έρευνες της τελευταίας κυρίως τριακονταετίας, οι οποίες στο σύνολό τους συνιστούν, ένα βασικό θεωρητικό και πρακτικό πλαίσιο αναφοράς για την κατανόηση των ψυχικών διεργασιών της εφηβείας και για την ψυχαναλυτική εργασία με εφήβους.

Στην εισαγωγή ο Γ. Στεφανάτος, μετά από μια ιστορική αναδρομή που σκιαγραφεί τη διαμόρφωση των ψυχαναλυτικών θεωριών γύρω από το θέμα της εφηβείας καταλήγει στο ότι η εφηβεία απέκτησε επιτέλους τους επιστημονικούς τίτλους που της έλειπαν και βρήκε τη θέση της σαν όψιμο τέκνο της ψυχανάλυσης.

Το βιβλίο χωρίζεται σε τρία μέρη. Το πρώτο ασχολείται με το αναπτυξιακό συνεχές και τις φυσιολογικές ψυχολογικές διεργασίες της εφηβείας. Μέσα από την αλληλουχία των κειμένων και την παρουσίασή τους, σκιαγραφείται σε αδρές γραμμές η ιστορία της σχέσης ψυχανάλυσης και εφηβείας και αναδεικνύεται η επίδραση της σκέψης του Φρόυντ, της Άννας Φρόυντ, της Μέλανι Κλάιν και του Ντόναλτ Ουίννικοτ στις διάφορες σύγχρονες θεωρητικοποιήσεις για την εφηβεία.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει κείμενα σύγχρονων Γάλλων ψυχαναλυτών που εστιάζονται στην κρίση της εφηβείας και την υποκειμενική ιδιοποίησή της. Αναφέρεται ιδιαιτέρως το έργο της Πιέρα Ωλανιέ και, εμμέσως, του Λακάν.

Το τρίτο μέρος πραγματεύεται θέματα θεραπευτικής προσέγγισης και ζητήματα μεθόδου και τεχνικής. Υπάρχουν κλινικές αναφορές της εργασίας με εφήβους που επισημαίνουν τις ιδιαίτερες δυσκολίες της ψυχαναλυτικής θεραπευτικής προσέγγισης σ' αυτήν την κρίσιμη ηλικιακή περίοδο.

Στα επιλεγόμενα ο Γ. Στεφανάτος απαντά καταφατικά στο κεντρικό ερώτημα που διατρέχει το βιβλίο. Υπάρχει τελικά η ψυχανάλυση της εφηβείας, αρκεί να αποδεχθεί ο ψυχαναλυτής τους ιδιαίτερους όρους της συνάντησης με τον έφηβο. Όπως αναφέρεται από τον συγγραφέα είναι σημαντικό η πρόκληση του εφήβου να βρει ανταπόκριση, να μη χαθεί στο κενό, να μην προσκρούσει στο σκληρό τείχος του επαγγελματικού κομπορμιισμού, ούτε να ακυρωθεί από την κινουμένη άμμο της άνευ ορίων κατανόησης και των άμετρων επιδιορθωτικών προθέσεων θεραπειών, εκπαιδευτικών και γονέων. Για να βρει ο έφηβος τις ατομικές του συντεταγμένες πρέπει να τολμήσει, αλλά και να του επιτραπεί να αντιπαρατεθεί, ώστε αντιπαρατιθέμενος να μπορέσει να διαπραγματευθεί μέσω ενός «άλλου» τη δική του σεξουαλικότητα, καταστροφικότητα και δημιουργικότητα.

Ο Γ. Στεφανάτος είναι ψυχίατρος, παιδοψυχίατρος, ψυχαναλυτής μέλος της γαλλικής ψυχαναλυτικής εταιρείας Quatrième Groupe. Εκπαιδεύτηκε και εργάστηκε στο Παρίσι σε διάφορους θεραπευτικούς θεσμούς. Από το 1989 ασκεί την ψυχανάλυση στην Αθήνα. Διετέλεσε Διευθυντής του Τμήματος Ψυχιατρικής Εφήβων και Νέων του ΠΝΑ «Γ. Γεννηματάς» και είναι μέλος του Collège International de l'Adolescence. Όπως ο ίδιος αναφέρει το βιβλίο τόσο τόσο η επιλογή, όσο και η μετάφραση είναι προϊόν μακροχρόνιας συλλογικής δουλειάς. Οι μεταφράσεις έγιναν από γαλλόφωνους ψυχολόγους και ψυχαναλυτές, οι οποίοι έχουν κλινική εμπειρία με το αντικείμενο.

Το ενδιαφέρον του βιβλίου είναι ακριβώς ότι αποτελεί το καταστάλαγμα της σκέψης και της επιθυμίας του επιμελητή της έκδοσης να γίνουν προσιτά βασικά ψυχαναλυτικά κείμενα γύρω από την εφηβεία και να μεταφερθούν στο ελληνικό κοινό, στοιχεία από τη γαλλική ψυχαναλυτική σκέψη. Το βιβλίο αξίζει να διαβαστεί από όλους τους κλινικούς που ασχολούνται με το αντικείμενο ανεξάρτητα σχολής και θεωρητικής κατεύθυνσης γιατί δείχνει την πλουσιότητα και την ευαισθησία της ψυχαναλυτικής προσέγγισης στην κατανόηση του φυσιολογικού και του παθολογικού της εφηβείας.

Ελένη Λαζαράτου

ΟΙ ΠΡΟΒΛΗΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ (THEMATIC APPERCEPTION TEST – T.A.T., CHILDREN'S APPERCEPTION TEST – C.A.T.)

Κατερίνα Μήλιου

*Επιστ. Επιμέλεια: Μ. Τζινιέρη Κοκκώση, Μ. Τυπάλδου
ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2013, σσ. xiv + 210*

Στην Ψυχιατρική όσο και στην Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου, στο πλαίσιο της διεπιστημονικής/διακλαδικής ομάδας, η ψυχολογική αξιολόγηση μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση και στον θεραπευτικό σχεδιασμό. Ο/η ψυχολόγος με τα αξιολογητικά εργαλεία (δοκιμασίες-τεστ) μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά, παρέχοντας πληροφορίες γύρω από το νοητικό επίπεδο, τις γνωστικές λειτουργίες, τη συγκρότηση και τη λειτουργία της προσωπικότητας του εφήβου και του παιδιού.

Οι προβλητικές δοκιμασίες θεματικής αντίληψης ενηλίκων, εφήβων και παιδιών, Thematic Apperception Test - T.A.T. και Children's Apperception Test - C.A.T., αποτελούν εργαλεία που κατέχουν σημαντική θέση στην ψυχολογική αξιολόγηση. Αποτελούνται από κάρτες με εικόνες ανθρώπων για τους εφήβους και ενήλικες, και ζώων για τα παιδιά, σε καθημερινές ή και πιο ασυνήθιστες καταστάσεις. Ο ψυχολόγος τις χορηγεί και μέσω των ιστοριών που αφηγούνται οι έφηβοι και τα παιδιά γύρω από τις αλληλεπιδράσεις των προσώπων ή των ζώων λαμβάνει σημαντικές πληροφορίες για την εικόνα του εαυτού, τις οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις, τις βαθύτερες ανάγκες, ενορμήσεις, άγχη, συγκρούσεις, καθώς και τους αμυντικούς μηχανισμούς του Εγώ, τη λειτουργία του Υπερεγώ και

βάσει όλων αυτών τον βαθμό απαρτίωσης του Εγώ και της προσωπικότητας. Βεβαίως, η χρήση αυτών των εργαλείων απαιτεί εξειδίκευση και κλινική εμπειρία στον χώρο της ψυχολογικής αξιολόγησης και της κλινικής ψυχολογίας.

Το βιβλίο «Οι Προβλητικές Δοκιμασίες Θεματικής Αντίληψης Ενηλίκων και Παιδιών (Thematic Apperception Test – T.A.T., Children's Apperception Test – C.A.T.)» της Κατερίνας Μήλιου, Κλινικής Ψυχολόγου-Ψυχοθεραπεύτριας αποτελεί ένα εγχειρίδιο για τη χορήγηση, βαθμολογία και ερμηνεία, βασισμένο στο πιο ολοκληρωμένο και παγκοσμίως αποδεκτό σύστημα του L. Bellak. Στο Α' Μέρος γίνεται μια ιστορική αναδρομή στη δημιουργία των προβλητικών δοκιμασιών μέχρι την οριστική μορφή τους. Στο Β' και Γ' Μέρος παρουσιάζονται διεξοδικά οι δοκιμασίες θεματικής αντίληψης για ενήλικες και εφήβους, T.A.T. και για παιδιά C.A.T. Επισημαίνουμε την παράθεση του πίνακα της M.R. Haworth στο C.A.T. για την ταυτοποίηση με το φύλο και τη βαθμολογία των αμυντικών μηχανισμών και της προσαρμογής των παιδιών, που παραπέμπει σε ενδείξεις για ψυχική διαταραχή και την αναγκαιότητα για κλινική παρέμβαση. Στο Δ' Μέρος αναφέρονται οι ενδείξεις για ψυχιατρικές διαγνώσεις, ενώ στο Ε' Μέρος παρουσιάζονται αναλυτικά κλινικά παραδείγματα. Το κεφάλαιο Σημειώσεων που ακολουθεί, γύρω από ψυχαναλυτικούς όρους που αναφέρονται στο κείμενο, διευκολύνει την κατανόησή τους, ειδικά στους εκπαιδευόμενους ψυχολόγους. Τέλος, χρήσιμο κρίνεται το φύλλο-υπόδειγμα για τον τρόπο ανάλυσης κατά Bellak που παρουσιάζεται στο Παράρτημα, καθώς και η παράθεση εκτενούς βιβλιογραφίας.

Στο βιβλίο αυτό έχουν συμβάλει με την επιστημονική επιμέλεια οι κυρίες Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση και Μαρία Τυπάλδου, Επίκουρες Καθηγήτριες Κλινικής Ψυχολογίας στην Α' Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Η Κ. Μήλιου μας προτείνει ένα σύγγραμμα γραμμένο με τρόπο σαφή και το οποίο με την πολύ καλή δομή του κειμένου και τους πολλούς πίνακες καταφέρνει να μεταδώσει εύκολα την πληθώρα των πληροφοριών και έτσι έρχεται να συνεισφέρει στον χώρο της εκπαίδευσης και εξειδίκευσης στην κλινική ψυχολογία και την ψυχολογική αξιολόγηση, καλύπτοντας ένα κενό στην ελληνική βιβλιογραφία.

Νίκος Ζηλίκης

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 τη 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 έναν 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 θε-

μάτων, π.χ. η καταθλιπτική σημειολογία στη βρεφική ηλικία, συννοσηρότητα της ψυχαναγκαστικής διαταραχής, ψυχοπαθολογική εκτίμηση σε παιδιά με διαζύγιο και αντιπαλότητα γονιών, οικογενειακή θεραπεία σε ανορεκτικούς 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 2500 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 αναγρά-

φονται 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 συνυπογράφοι 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 (up 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 2500 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 is 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.