



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο σύνταξης

Η Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική στην Ελλάδα

Λ. Λύκουρας, Α. Δουζένης..... 108

Ανασκοπήσεις

Κακοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά. Στρατηγικές αντιμετώπισης και πρόληψης

Μ. Χρηστάκη..... 123

Η αντίδραση θλίψης της λοχείας

Φ. Γονιδάκης..... 132

Ερευνητική εργασία

Οι δυνατότητες πρόσβασης των μαθητών με «δυσλεξία» στην τριτοβάθμια εκπαίδευση

Β. Ρότσικα, Μ. Βλασσοπούλου, Ε. Ρογκάκου, Π. Πολίτου, Α. Δρεμέτσικα, Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος..... 143

Ειδικά άρθρα

Η Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική και οι διαπροσωπικές σχέσεις στο γενικό παιδιατρικό νοσοκομείο

Μ. Λιακοπούλου..... 150

Ινομυαλγία και σύνδρομο χρόνιας κόπωσης σε παιδιά και εφήβους

Ν.Γ. Γαλανόπουλος, Γ.Π. Καμπάκης, Κ.Φ. Λαδοπούλου 156

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μετά από μακροχρόνια χρήση λιθίου

Β. Μποζίκας, Θ. Ξαφένιας, Χ. Ανδρέου, Ε. Μάνου, Γ. Γαρυφαλλός, †Γ. Σακελλαρίου, Θ. Καραβάτος, Κ. Φωκάς..... 168

Κανιβαλισμός και ψυχοπαθολογία

Δ. Κόντης, Ζ. Σαντά, Δ. Πέτσας, Κ. Λάγιου, Κ. Κόντης 173

Βιβλιοκριτική..... 179

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις..... 185

Οδηγίες για τους συγγραφείς..... 191



PSYCHIATRIKI

Quarterly journal published by the Hellenic Psychiatric Association

11, Papdiamantopoulou str., 115 28 Athens, Greece

CONTENTS

Editorial

Consultation liaison psychiatry in Greece

L. Lykouras, A. Douzenis 110

Reviews

Bullying: Prevention and intervention strategies

M. Christaki 123

Maternity blues

F. Gonidakis 132

Research article

University entrance of dyslexic students in Greece

V. Rotsika, M. Vlassopoulou, E. Rogakou, P. Politou, A. Dremetsika, D.C. Anagnostopoulos 143

Special articles

Liaison child psychiatry and the interpersonal relationships in the context of the general child hospital

M. Liakopoulou..... 150

Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome in children and adolescents

N.G. Galanopoulos, G.P. Kampakis, K.F. Ladopoulou..... 156

Case reports

Chronic renal insufficiency after long term lithium treatment

V.P. Bozikas, T. Xafenias, C. Andreou, E. Manou, G. Garyfallos, ¹G. Sakellariou, T. Karavatos, K. Fokas..... 168

Cannibalism and psychopathology

D. Kontis, Z. Santa, D. Petsas, K. Lagiou, K. Kontis..... 173

Books review 179

Future scientific meetings 185

Instructions to contributors..... 192

Η Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική στην Ελλάδα

Ως Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική (Δ-Σ) Ψυχιατρική ορίζεται ο κλάδος της Ψυχιατρικής ο οποίος παρέχει ψυχιατρικές υπηρεσίες σε νοσηλευόμενους παθολογικούς και χειρουργικούς ασθενείς και ταυτόχρονα καλύπτει τις διδακτικές και ερευνητικές δραστηριότητες σε συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες.¹ Η Δ-Σ Ψυχιατρική ασκείται στο πλαίσιο της λειτουργίας των γενικών νοσοκομείων από τα Ψυχιατρικά Τμήματα, τα οποία λειτουργούν μέσα σε αυτά, αλλά και στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η Δ-Σ εμπεριέχει δύο έννοιες. Η πρώτη αφορά στην καθημερινή (τακτική) επαφή μεταξύ της ψυχιατρικής ομάδας και της ομάδας των θεραπόντων ιατρών. Έχει ως στόχο την ανάπτυξη και προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των αναφερόμενων ομάδων, με σκοπό την εξασφάλιση μιας βιο-ψυχο-κοινωνικής και ολιστικής προσέγγισης. Ο σύμβουλος ψυχίατρος συμμετέχει στις συναντήσεις του προσωπικού των παθολογικών ή χειρουργικών κλινικών και προσπαθεί να ευαισθητοποιήσει τους συναδέλφους του σε θέματα ολιστικής αντιμετώπισης, επικοινωνίας με τον ασθενή και πρώιμης ανίχνευσης ψυχικών διαταραχών. Επίσης, καλείται να αναζητήσει τους λόγους έλλειψης συνεργασίας μεταξύ του ιατρού ή γενικότερα του προσωπικού και του ασθενούς, αναλαμβάνοντας συχνά και ενημερωτικό ή μεσολαβητικό ρόλο μεταξύ ασθενούς, ιατρικού προσωπικού και συγγενών.

Στο πλαίσιο της Συμβουλευτικής, ο ψυχίατρος παρέχει τη γνώμη του για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής ή κάποιας διαταραγμένης συμπεριφοράς ασθενούς, όταν ο θεράπων γιατρός το ζητήσει.

Η Δ-Σ Ψυχιατρική έχει αναπτυχθεί τα τελευταία 50 χρόνια ως μια φυσική συνέπεια των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι, στις ΗΠΑ, ενώ το 1932 υπήρχαν ψυχιατρικές κλινικές στο 2% των γενικών νοσοκομείων, το 1978 αυτές υπερέβαιναν το 33%. Η ανάπτυξη αυτή στα γενικά νοσοκομεία αποτελεί ένα ορόσημο στην ιστορία της Ψυχιατρικής, το οποίο έχει οδηγήσει σε θεμελιώδεις μεταβολές στο χειρισμό και την αντιμετώπιση γενικότερα των ψυχιατρικών ασθενών. Η «επιστροφή» της Ψυχιατρικής από τα άσυλα στο γενικό νοσοκομείο σηματοδοτεί την αποδοχή της ως μιας ισότιμης επιστημονικά ειδικότητας, η οποία έχει πολλά να προσφέρει στη θεραπεία των ασθενών. Η αναγνώριση ότι ψυχιατρικά προβλήματα υπάρχουν σε ένα σημαντικό μέρος του γενικού πληθυσμού και όχι σε μια περιθωριοποιημένη μειοψηφία, καθώς και η συνειδητοποίηση από τον ιατρικό κόσμο ότι η Ψυχιατρική προσφέρει πλέον δοκιμασμένες και αποτελεσματικές θεραπείες, έχουν συνεισφέρει στην αλλαγή αυτή. Γίνεται πλέον σαφές ότι η «ολιστική» ή «βιο-ψυχο-κοινωνική» θεώρηση των προβλημάτων υγείας έχει εφαρμογή όχι μόνο στα ψυχιατρικά αλλά και στα σωματικά νοσήματα.²

Επιπλέον, η Δ-Σ Ψυχιατρική έχει μια σημαντική συνεισφορά στη μείωση του στίγματος της ψυχικής διαταραχής όχι μόνο στην κοινή γνώμη αλλά κυρίως στην ιατρική κοινότητα. Η παρουσία ψυχιάτρων στο γενικό νοσοκομείο προσφέρει επίσης τα μέγιστα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων σωματικής υγείας των ατόμων με ψυχική διαταραχή.

Είναι ενδιαφέρον ότι στην Ελλάδα η Δ-Σ Ψυχιατρική αναπτύχθηκε πρώτα στην περιφέρεια και κατά δεύτερο λόγο στην πρωτεύουσα και τη συμπρωτεύουσα. Η πρώτη ψυχιατρική κλινική σε γενικό νοσοκομείο λειτούργησε στην Αλεξανδρούπολη το 1978 και ακολούθησε η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Από το 1986 έχουν επίσης αναπτυχθεί και συνεχίζουν να αναπτύσσονται ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, καθώς και στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Σε ό,τι αφορά στα πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας των ψυχιατρικών κλινικών του γενικού νοσοκομείου, έχουν περιγραφεί τα ακόλουθα τρία: (α) Το συμβουλευτικό (κλασικό) μοντέλο, που έχει ως κέντρο του τον ασθενή. (β) Το διασυνδεδετικό μοντέλο (συμμετοχικό), στο οποίο ο ψυχίατρος αποτελεί μέλος της ομάδας των θεραπόντων, οι ανάγκες των οποίων συνιστούν το κέντρο της προσοχής. (γ) Το τρίτο μοντέλο εστιάζεται περισσότερο στο γενικότερο θεραπευτικό περιβάλλον και αποσκοπεί στην προαγωγή της καλύτερης δυνατής συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο αλλά και στην κοινότητα. Οι τρόποι αυτοί λειτουργίας δεν είναι οι μόνοι που έχουν δοκιμαστεί. Σε εξειδικευμένα νοσοκομεία (π.χ. σε αντικαρκινικά νοσοκομεία ή κέντρα μεταμοσχεύσεων), η Δ-Σ Ψυχιατρική όχι μόνο μεριμνά για την ψυχική υγεία των ασθενών, αλλά λαμβάνει πρωτοβουλίες για την ενίσχυση και ψυχολογική στήριξη του προσωπικού και την αποφυγή του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης (burn out) κ.λπ. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δημιουργούνται ομάδες στήριξης του προσωπικού και των συγγενών.

Όλες αυτές οι προσεγγίσεις έχουν δοκιμαστεί σε κάποιο βαθμό στη χώρα μας. Η πλέον συνηθισμένη είναι αυτή στην οποία το ενδιαφέρον εστιάζεται στον ασθενή. Ο ψυχίατρος καλείται να αξιολογήσει έναν ασθενή ο οποίος εμφανίζει συμπτώματα ή συμπεριφορά που ανησυχεί τους θεράποντες, ή κάποιον άλλον ο οποίος, όπως προκύπτει από το ιατρικό ιστορικό, έχει και ψυχιατρικό ιστορικό ή λαμβάνει ψυχιατρικά φάρμακα. Η προσέγγιση αυτή θεωρείται ότι αυξάνει την αυτονομία του ψυχιάτρου, ο οποίος διατηρεί τα δικά του χαρακτηριστικά και αυτονομείται από την ιατρική ομάδα που παρακολουθεί τον ασθενή. Δεν πρέπει να λησμονείται η «πρακτικότητα» αυτής της προσέγγισης, καθώς οι ψυχιατρικές κλινικές δεν είναι επαρκώς επανδρωμένες, οι δε ψυχίατροι έχουν και άλλα, πολλές φορές πιεστικά, κλινικά καθήκοντα.

Στο πλαίσιο της Δ-Σ Ψυχιατρικής Υπηρεσίας περιλαμβάνονται τα εξής: (α) Η διάγνωση και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής σε σωματικά πάσχοντες και η αντιμετώπιση ψυχικών παθήσεων που εμφανίζονται με προεξάρχουσες σωματικές εκδηλώσεις. (β) Η πρόληψη (σε όλα τα στάδιά της). (γ) Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από σωματική νόσο. (δ) Η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού στην ανίχνευση ψυχικής διαταραχής. (ε) Η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού και η ελαχιστοποίηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) στο προσωπικό. (στ) Η έρευνα.

Η ανάπτυξη της Δ-Σ Ψυχιατρικής είναι συνδεδεμένη με την ψυχοσωματική θεώρηση του ανθρώπου και από την άποψη αυτή είναι άμεσα συνδεδεμένη με την κλινική έρευνα. Όλοι συμφωνούν ότι η Ψυχιατρική στο γενικό νοσοκομείο αποτελεί τον έναν από τους δύο πυλώνες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Η Δ-Σ Ψυχιατρική, λοιπόν, κατέχει δεσπίζουσα θέση μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρονται στο γενικό νοσοκομείο.³

Στην αυγή του 21ου αιώνα, πρωταρχικός στόχος θα πρέπει να είναι η προαγωγή της έρευνας και η βελτίωση του επιπέδου της εκπαίδευσης μέσω μιας γόνιμης και δημιουργικής συνεργασίας με τις άλλες ειδικότητες.

Λευτέρης Λύκουρας, Αθανάσιος Δουζένης

Βιβλιογραφία

1. Lloyd GG, Guthrie E (eds) *A handbook of liaison psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007
2. Levenson JL (ed) *Essentials of psychosomatic medicine*. American Psychiatric Publ, Washington, DC, 2007
3. Steptoe A (ed) *Depression and physical illness*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007

Consultation liaison psychiatry in Greece

Consultation Liaison (C-L) Psychiatry is defined as the branch of psychiatry that offers psychiatric services to medical or surgical inpatients whilst at the same time providing teaching and research in collaboration with the other specialties.¹ C-L Psychiatry is practiced in the general hospital by the psychiatric departments that operate in them. C-L Psychiatry is also practiced in primary care units.

C-L is composed of two notions: "Liaison", which relates to the daily (regular) contact between members of the psychiatric team and the team of treating physicians. This aims to promote and develop the communication between the teams in order to ensure that the patient is viewed in a holistic (bio-psycho-social) way. The consulting psychiatrist takes part in medical or surgical staff meetings and teaches (sensitizes) his colleagues on issues of the holistic approach, communication with the patient, and early detection of psychiatric disorder. The psychiatrist is also asked to search for the causes that lead to poor cooperation between patient and doctor or patient and staff in general. He/she can often play a mediating role between patient, medical staff and relatives.

On the other hand, in "Consultation", the psychiatrist offers his opinion regarding the diagnosis and treatment of a psychiatric disorder or a behavioral disturbance the patient is exhibiting, at the request of the treating physician or surgeon.

Consultation liaison psychiatry has developed over the last 50 years as a natural development of the existence of psychiatric units in the general hospital. This is shown by the fact that in USA, in 1932, there were psychiatric clinics in 2% of the general hospitals but in 1978 the psychiatric clinics in general hospitals exceeded 33%. The opening of psychiatric departments in the general hospital is a landmark in the evolution of psychiatry and has led to major changes on the way psychiatric patients have been managed and dealt in general. The return of psychiatry from the asylums to the general hospital is signaling its acceptance as an equally important medical specialty that has a lot to offer the patients. The recognition that psychiatric problems trouble a substantial proportion of the general population and not a marginalized minority as well as the realization by the medical establishment that psychiatry has to offer tried and effective treatments have all contributed to this change. It is now obvious that the "holistic" or "bio-psycho-social" approach can be applied not only for the psychiatric disorders but for the somatic ones as well.²

Additionally, C-L Psychiatry has made a significant contribution in the reduction of stigma that follows mental illness and psychiatry not only amongst members of the public but within the medical establishments as well. The fact that psychiatrists work in a general hospital makes it easier for patients with a psychiatric disorder to receive appropriate care for their physical problems.

It is interesting to note that the development of C-L Psychiatry in Greece started in the periphery of the country and not in the capital (Athens) or the second largest city (Thessaloniki). The first psychiatric clinic in a general hospital operated for the first time in Alexandroupolis in 1978 and the next that followed was the

University Psychiatric Clinic in Ioannina. Since 1986 psychiatric clinics have been established in the National Health System (ESY) general hospitals as well as the University general hospitals.

Regarding the organization models for psychiatric clinics in the general hospital, the following three have been described: First is the consultation model (classical) in which the patient is the focus of attention. Second is the liaison (partnership) model, in which the psychiatrist is a member of the medical team and the team needs are the focus of his attention. The third model focuses more in the general therapeutic milieu. It aims to promote the best possible cooperation between the various health services in the hospital and the community. These operating models are not the only ones that have been tried. In special hospital like cancer or transplant specialist centers, C-L takes care not only for the patients mental health needs but takes steps to psychologically support the hospital staff (medical and non medical) and prevent burnout. In these settings staff and relatives support groups are set up.

All the models described above have been tried to some extent in Greece. The most widespread approach in state hospitals is patient centered. The psychiatrist is called in order to assess a patient who has raised concern amongst the physicians with his/hers behaviour, or who has an established psychiatric history, or that upon admission and during the history taking it emerges that they are receiving psychiatric medication. This approach is believed to increase the psychiatrist's autonomy from the medical team that cares for the patient. It should not be forgotten that this approach has "practical" benefits as psychiatric clinics are understaffed and psychiatrists have often many other pressing clinical commitments.

C-L Psychiatric services include: (a) Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in physically ill patients as well as the treatment of psychiatric disorders with predominant somatic symptoms. (b) Prevention (on all levels). (c) Improvement of the patient's suffering from a physical illness quality of life. (d) Raising awareness and training the medical and nursing staff in detecting psychiatric disorders. (e) Improvement of communication between patients and hospital staff, minimizing burnout. (f) Research.

The development of C-L Psychiatry is connected with the psychosomatic view of man and from this respect is directly related to the clinical research. Everybody agrees that psychiatry in the general hospital is one of the two pillars supporting psychiatric reform in Greece. Thus, C-L Psychiatry has a dominant position within the services offered in the general hospital.³

In the dawn of the 21st century the primary aim should be the promotion of research and the improvement of training through a fertile and creative cooperation between specialties.

Lefteris Lykouras, Athanasios Douzenis

Reference

1. Lloyd GG, Guthrie E (eds) *A handbook of liaison psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007
2. Levenson JL (ed) *Essentials of psychosomatic medicine*. American Psychiatric Publ, Washington, DC, 2007
3. Steptoe A (ed) *Depression and physical illness*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007

Ανασκόπηση Review

Κακοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά Στρατηγικές αντιμετώπισης και πρόληψης

Μ. Χρηστάκη

Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου Αγίου Δημητρίου, Αθήνα

Ψυχιατρική 2007, 18:123–131

Ως κακοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά ορίζεται η συστηματική και εσκεμμένη επιθετικότητα εκ μέρους παιδιού (ή παιδιών) ισχυρότερου έναντι παιδιού που δεν μπορεί να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Συνήθως επισυμβαίνει σε χώρους του σχολείου που δεν εποπτεύονται καλά. Πρόκειται για σύνθετο φαινόμενο, αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ατομικών με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τα τελευταία χρόνια μελετάται η επίδραση της τηλεόρασης στην καλλιέργεια της επιθετικής συμπεριφοράς, κυρίως στα παιδιά. Το πολιτισμικό πλαίσιο που επιτρέπει τη χρήση σωματικής τιμωρίας ως μέσου διαπαιδαγώγησης συμβάλλει στη διαιώνιση του κύκλου της επιθετικής συμπεριφοράς. Για την εξάλειψη του φαινομένου απαιτείται στενή συνεργασία των γονέων με το σχολείο, εποπτεία των χώρων του σχολείου και έγκαιρος εντοπισμός των περιστατικών. Οι συνέπειες μπορεί να είναι δραματικές· έχουν αναφερθεί και απόπειρες αυτοκτονίας από παιδιά-θύματα κακοποίησης, γι' αυτό απαιτείται επαγρύπνηση και ευαισθητοποίηση όλων, και ακόμα περισσότερο των ειδικών στο συγκεκριμένο πρόβλημα.

Λέξεις ευρετηρίου: Κακοποίηση, σχολείο, οικογένεια, στρατηγικές παρέμβασης και πρόληψης.

Εισαγωγή

Η κακοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά απασχόλησε για πρώτη φορά την επιστημονική κοινότητα τη δεκαετία του '70. Το 1977, ο Νορβηγός ψυχολόγος Dan Olweus διένειμε ένα ερωτηματολόγιο σε 13.000 μαθητές ηλικίας 8–16 ετών με στόχο να καταγράψει το φαινόμενο. Η έρευνά του έδειξε ότι 8% των μαθητών κακοποιούσε συστηματικά άλλους μαθητές. Το 9% των μαθητών δήλωσαν ότι είχαν κακοποιηθεί και το 7% ότι κακοποιήθηκαν πάνω από μία φορές.¹ Είχε προηγηθεί η αυτοκτονία τριών παιδιών, που οφειλόταν σε κακοποίησή τους από ομάδα συμμαθητών τους. Στα τέλη της δεκαετίας του '80 το θέμα αυτό απασχόλησε και άλλα κράτη, πέραν των σκανδιναβικών. Έρευνες διεξήχθησαν στην Ιαπωνία, στις ΗΠΑ, στη Μ. Βρετανία, στην Ολλανδία και στον Καναδά, ενώ τη δεκαετία του '90 στην Ιταλία και στην Ελλάδα. Όλες αυτές οι έρευνες έχουν καταγράψει ότι η κακοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά αποτελεί σύννηθες φαινόμενο, αλλά τις περισσότερες φορές δεν αποκαλύπτεται από τα ίδια τα παιδιά.

Η σύμβαση του ΟΗΕ για τα δικαιώματα του παιδιού –η οποία υπογράφηκε και από την Ελλάδα²– προβλέπει την προστασία του παιδιού από οποιαδήποτε μορφή βίας. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 19 αναφέρεται ότι: «τα συμβαλλόμενα κράτη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα, νομοθετικά, διοικητικά, κοινωνικά, εκπαιδευτικά, προκειμένου να προστατεύσουν τα παιδιά από κάθε μορφή βίας, προσβολής ή βιαιοπραγιών, σωματικών ή πνευματικών, εγκατάλειψης ή παραμέλησης.....».³ Αυτή ήταν μια προσπάθεια ευαισθητοποίησης των κρατών στα θέματα βίας. Ο ψυχολόγος Dan Olweus ασχολήθηκε περίπου 20 έτη μελετώντας το φαινόμενο της κακοποίησης παιδιών από άλλα παιδιά, γράφοντας άρθρα,⁴⁻⁷ καθώς και ένα βιβλίο σχετικό με το συγκεκριμένο θέμα,¹ και συνέβαλε έτσι σημαντικά στην αφύπνιση της επιστημονικής κοινότητας, αλλά και της κοινωνίας γενικότερα, γύρω από το φαινόμενο αυτό.

Ορισμός – Στατιστικά στοιχεία

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η κακοποίηση (ή αλλιώς θυματοποίηση) παιδιών από άλλα παιδιά αποδίδεται με έναν ξεχωριστό όρο. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται η λέξη *bullying* («νταηλικι») αντί της λέξης *abuse* (κακοποίηση). Στα αγγλικά λεξικά ο όρος πρωτοεμφανίστηκε τη δεκαετία του '90 και στη συνέχεια μια πλειάδα νέων όρων, όπως *bullies*, *bully-victims* κ.ά.,

αναδύθηκε. Η χρήση διαφορετικής ορολογίας γίνεται προκειμένου να διαφοροποιηθεί η συγκεκριμένη συμπεριφορά των παιδιών από τη συμπεριφορά κακοποίησης όπως εμείς την εννοούμε. Η θυματοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά δεν σχετίζεται με την κακοποίηση στο πλαίσιο συμπλοκής συμμοριών ή με την επίθεση με στόχο την κλοπή. Ακόμη, δεν σχετίζεται με τον καυγά που μπορεί να ξεσπάσει μετά από διαφωνία σε μια ομάδα φίλων. Ο ορισμός, όπως δόθηκε από τον Olweus,¹ είναι ο εξής: «ως κακοποίηση από συνομηλίκους ορίζεται η συστηματική, εσκεμμένη και απροκάλυπτη επιθετικότητα εκ μέρους ισχυρότερου ατόμου ή ομάδας ατόμων, έναντι ατόμου που αδυνατεί να υπερασπιστεί τον εαυτό του». Πρόκειται, επομένως, για μια συμπεριφορά επιβολής από έναν (ή περισσότερους) πιο ισχυρό σε έναν πιο αδύναμο. Όμως, πρόκειται για παιδιά που κακοποιούν (θυματοποιούν-εκφοβίζουν) άλλα παιδιά. Τα παιδιά-θύτες διαλέγουν τα θύματά τους όχι μόνο με βάση τα φυσικά χαρακτηριστικά τους (βάρος, ύψος), αλλά και με βάση το χαρακτήρα τους. Τα παιδιά-στόχοι είναι παιδιά που δεν μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους, γιατί είτε δεν είναι επιθετικά, είτε είναι άτομα με χαμηλή αυτοπεποίθηση, είτε είναι μικρότερα σε ηλικία. Πολλές φορές είναι παιδιά με ειδικές ανάγκες, π.χ. παιδιά με σωματικές αναπηρίες, με σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής, με δυσλεξία.⁸ Πρόκειται λοιπόν για μια συμπεριφορά που γίνεται εσκεμμένα αλλά και συστηματικά, γι' αυτό έχει σοβαρές συνέπειες.

Η κακοποίηση μπορεί να λάβει διάφορες μορφές. Μπορεί να είναι σωματική, λεκτική ή έμμεση. Στην πρώτη περίπτωση ασκείται σωματική βία στο παιδί-στόχο (κλωτσιές, γροθιές κ.λπ.), η οποία μπορεί να συνοδεύεται με προσπάθεια καταστροφής και των προσωπικών του αντικειμένων (κινητά τηλέφωνα, βιβλία κ.ά.). Στην περίπτωση της λεκτικής κακοποίησης το παιδί προσβάλλεται λεκτικά· το βρίζουν, το γελοιοποιούν και συχνά αποτελεί αντικείμενο ρατσιστικών πειραγμάτων. Τέλος, στην έμμεση κακοποίηση το παιδί περιθωριοποιείται και απομονώνεται εσκεμμένα από την ομάδα των υπολοίπων συμμαθητών του. Όλες αυτές οι συμπεριφορές έχουν ως αποτέλεσμα το παιδί-στόχος να νιώθει ντροπισασμένο, απομονωμένο, δυστυχισμένο.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο χώρος όπου γίνεται αυτή η κακοποίηση. Συνήθως η κακοποίηση επισυμβαίνει σε χώρους του σχολείου με μικρή ή κα-

θόλου επίβλεψη, όπως οι τουαλέτες, το προαύλιο, οι διάδρομοι κ.λπ. Πρόκειται λοιπόν για ένα χώρο στον οποίο βρίσκονται οι μαθητές καθημερινά, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη συνεργασία με το σχολείο για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Η κακοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά αφορά σε όλα τα σχολεία, αλλά οι έρευνες δείχνουν ότι σε κάποια σχολεία συμβαίνει συχνότερα απ' ό,τι σε άλλα.^{1,9}

Σύμφωνα με την Εθνική Εταιρεία Σχολικών Ψυχολόγων των ΗΠΑ (National Association of School Psychologists), ένα στα επτά παιδιά αποτελεί ή θύμα ή θύτη κακοποίησης.¹⁰ Η συχνότητα του φαινομένου κυμαίνεται από 8% έως και 20%, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές. Στη Μ. Βρετανία, τα ποσοστά εμπλοκής παιδιού σε κακοποίηση ως θύμα ή θύτης ανέρχονται σε 4,2–25% στο δημοτικό/γυμνάσιο και σε 10% στο λύκειο.⁹ Οι πιθανότητες κακοποίησης αυξάνονται για τα παιδιά που προέρχονται από εθνικές μειονότητες. Στις ΗΠΑ η συχνότητα ανέρχεται σε 15%, ενώ στην Ισπανία και την Αυστραλία αναφέρεται ποσοστό 17%. Στη Ν. Κορέα, τα ποσοστά ανέρχονται σε 12% και 7,2% για τα παιδιά που κακοποιούνται και είναι θύματα κακοποίησης, αντίστοιχα.¹¹ Στη Φινλανδία, έρευνα που διεξήχθη το 1989, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 60.000 παιδιών από αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, κατέδειξε ότι 8,1% των παιδιών κακοποιούσαν συνομηλίκους τους, ενώ 7,6% αποτελούσαν θύματα κακοποίησης.¹² Όλες οι έρευνες συμφωνούν ότι η κακοποίηση συμβαίνει συχνότερα στο δημοτικό και στο γυμνάσιο, ενώ τα περιστατικά φαίνεται να μειώνονται στο λύκειο.

Στην Τουρκία, η πρώτη έρευνα για την καταγραφή του φαινομένου έγινε στην Άγκυρα σε πληθυσμό 692 παιδιών γυμνασίου. Τα αποτελέσματα, όπως δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό Child Abuse and Neglect, έδειξαν ότι όλα τα παιδιά είχαν πέσει θύματα κακοποίησης. Συγκεκριμένα, το 33,5% είχε υποστεί λεκτική βία, το 35,5% είχε υποστεί σωματική επίθεση, το 28,3% είχε υποστεί ψυχολογική πίεση και το 15,6% είχε κακοποιηθεί σεξουαλικά από ανηλίκους.¹³

Στην Ελλάδα, το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Μελετών (ΕΚΚΕ) πραγματοποίησε το 2000 έρευνα στην οποία πήραν μέρος 5000 μαθητές απ' όλη την Ελλάδα. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, η λεκτική βία μεταξύ των μαθητών κυριαρχεί (ποσοστό 60%) και ακολουθούν οι συμπλοκές (34%) και οι κλοπές αντικειμένων μαθητών (30%).¹⁴ Δώδεκα στους εκατό μαθητές δήλωσαν ότι αναγκάστηκαν να απουσιάσουν

από το σχολείο για μέρες μετά από ένα περιστατικό βίας, 50% των μαθητών δήλωσαν ότι δεν ανέφεραν το περιστατικό πουθενά, ενώ από το υπόλοιπο 50% οι περισσότεροι (86%) το ανέφεραν στους φίλους και λιγότεροι στην οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς. Πιο πρόσφατη έρευνα του ΕΚΚΕ, που διεξήχθη τη σχολική περίοδο 2005–2006 σε 19.231 μαθητές 102 σχολικών μονάδων του δήμου Αθηναίων, έδειξε ότι ένα στα τέσσερα παιδιά έχει πέσει θύμα σωματικής βίας.¹⁵ Το 84% των μαθητών απάντησαν ότι έχουν δει παιδιά να χτυπούν άλλα παιδιά στο σχολείο. Στην ίδια έρευνα, 14,5% των παιδιών δήλωσαν ότι τους έχουν καταστρέψει αντικείμενα, 14,2% ανέφεραν ότι απειλήθηκαν από συμμαθητή τους και 20,3% ότι αντιλήφθηκαν κάποιον να τα πλησιάζει με πρόθεση να τα παρενοχλήσει σεξουαλικά.¹⁵ Η ανωτέρω έρευνα καταγράφει την επιθετική και βίαιη συμπεριφορά των παιδιών γενικά κι όχι συγκεκριμένα την κακοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά. Η εικόνα όμως που προκύπτει από αυτές τις έρευνες δεν διαφοροποιείται σημαντικά από παλιότερα ερευνητικά δεδομένα. Το 1996, έρευνα σε περιορισμένο δείγμα μαθητών έδειξε ότι ένας στους τέσσερις μαθητές είναι θύμα σωματικής βίας στο σχολείο ή στο δρόμο για το σχολείο και πάνω από 50% των παιδιών έχουν αντιληφθεί περιστατικό λεκτικής ή σωματικής βίας.¹⁶ Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι έρευνες που αφορούν στην καταγραφή του φαινομένου στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό). Για τη σχολική χρονιά 1999, έρευνα σε δείγμα 1312 μαθητών των τριών τελευταίων τάξεων του δημοτικού κατέγραψε ότι το 14,7% των παιδιών υπήρξε θύμα εκφοβισμού, το 6,24% ήταν θύτες και το 4,8% θύτες και θύματα.¹⁶ Η πιο συνηθισμένη μορφή κακοποίησης που αναφέρθηκε από τα παιδιά-θύματα ήταν η λεκτική (42,5%), ενώ περισσότερα αγόρια-θύματα απ' ό,τι κορίτσια δήλωσαν ότι υπήρξαν θύματα σωματικής βίας (34% των αγοριών έναντι 23,8% των κοριτσιών). Παρόμοια έρευνα σε δημοτικά σχολεία της Κεντρικής Μακεδονίας και Θεσσαλίας (αγροτικός πληθυσμός) έδειξε ότι 13% των μαθητών ήταν θύματα σχολικής κακοποίησης.¹⁷ Το πρόβλημα της σχολικής επιθετικότητας απασχολεί ένα μεγάλο μέρος των μαθητών (1 στους 3), ενώ τα αγόρια ανέφεραν περισσότερα περιστατικά επιθετικότητας από τα κορίτσια. Είναι γεγονός όμως ότι το θέμα αυτό δεν έχει απασχολήσει όσο πρέπει την επιστημονική κοινότητα στην Ελλάδα, ίσως γιατί δεν έχει πάρει δραματικές διαστάσεις. Ωστόσο,

οι διεθνείς έρευνες καταδεικνύουν τη σοβαρότητα του φαινομένου όσον αφορά στη συχνότητα αλλά και στις συνέπειές του στα παιδιά θύματα και θύτες. Η Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (ΕΨΥΠΕ) συμμετέχει σε διεθνή έρευνα με θέμα «διερεύνηση αναγκών και ευαισθητοποίηση για το φαινόμενο του εκφοβισμού-θυματοποίησης (bullying)» (Πρόγραμμα DAPNE-II, 2006–2008). Με ιδιαίτερο ενδιαφέρον αναμένονται τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας.

Όσο αφορά στο φύλο, φαίνεται ότι τα αγόρια κακοποιούν και κακοποιούνται συχνότερα από τα κορίτσια.^{1,13,16,17} Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, διπλάσιο ή και τριπλάσιο είναι το ποσοστό των αγοριών που εμπλέκονται, σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών. Τα αγόρια συνήθως χρησιμοποιούν φυσική βία ανεξάρτητα με το φύλο του παιδιού που κακοποιούν, ενώ τα κορίτσια χρησιμοποιούν λεκτική βία και για θύματα επιλέγουν άλλα κορίτσια.

Ανεξάρτητα από το φύλο του παιδιού, οι συνέπειες για τα παιδιά, είτε είναι θύτες είτε θύματα, είναι σοβαρές και είναι ατομικές, σχολικές, κοινωνικές και ψυχολογικές. Τα παιδιά-θύτες είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε πολύ σοβαρές εγκληματικές πράξεις στο μέλλον, να γίνουν μέλη συμμοριών και να διακόψουν τη σχολική τους φοίτηση. Η μη αντιμετώπιση του προβλήματος ενισχύει την οργάνωση αλλά και τη συμμετοχή παιδιών σε συμμορίες, την απομάκρυνση από το σχολείο αλλά και από το σπίτι και γενικά ενισχύει την επιθετική τους συμπεριφορά.¹⁰

Τα παιδιά-θύματα νιώθουν πληγωμένα, με χαμηλή αυτοπεποίθηση και ακόμα χαμηλότερη αίσθηση προσωπικής αξίας. Η επιθυμία τους για δημιουργία, για χαρά, για επικοινωνία, για εξερεύνηση εκμηδενίζεται. Συχνά δεν επιθυμούν να πηγαίνουν σχολείο.^{12,18} Στην Ιαπωνία, αναφέρεται ότι η κύρια αιτία απουσιών από το σχολείο είναι η κακοποίηση από άλλα παιδιά. Τα παιδιά-θύματα συχνά εμφανίζουν σωματικά ενοχλήματα, όπως κοιλιακά άλγη, κεφαλαλγίες, αϋπνία, ενούρηση.^{8,19} Επιπτώσεις στην ψυχολογική τους υγεία, όπως άγχος ή κατάθλιψη, αποτελούν συνήθεις συνέπειες αυτής της κακοποίησης, ενώ έχουν αναφερθεί και απόπειρες αυτοκτονίας. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει το πόσο σημαντική είναι η αντιμετώπιση και η πρόληψη του φαινομένου.

Αιτιολογία

Τα θέματα της βίας δεν μπορούν να αναλυθούν απλοϊκά, πολύ περισσότερο όταν πρόκειται για κακοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά. Η επιθετική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Συνοψίζοντας, μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελεί συνδυασμό ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.^{20,21} Από τους ατομικούς παράγοντες έχει μελετηθεί ιδιαίτερα η ιδιοσυγκρασία. Η ιδιοσυγκρασία ή ταμπεραμέντο αναφέρεται στο χαρακτήρα του παιδιού, στην προσωπικότητά του όπως αυτή εκδηλώνεται από τη γέννησή του. Έτσι, π.χ., άλλα παιδιά είναι κοινωνικά, τολμηρά, εξωστρεφή και άλλα πιο εσωστρεφή, ντροπαλά. Φαίνεται ότι υπάρχει και μια κατηγορία παιδιών που είναι πιο επιθετικά από τη φύση τους. Αν τα παιδιά αυτά ζουν σε βίαιο περιβάλλον, έχουν την τάση ευκολότερα να γίνονται επιθετικά, δηλαδή να υιοθετούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Ωστόσο, ο παράγοντας που παίζει αποφασιστικό ρόλο στην εκδήλωση επιθετικότητας και κυρίως στην υιοθέτηση αυτού του τύπου της συμπεριφοράς είναι το εξωτερικό περιβάλλον, δηλαδή το οικογενειακό, το κοινωνικό και το σχολικό περιβάλλον.

Οι σύγχρονες ψυχολογικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι η βίαιη και επιθετική συμπεριφορά είναι μαθημένη αντίδραση απάντησης στο θυμό και μπορεί να υιοθετηθεί ως συμπεριφορά επίτευξης στόχων.^{20,21} Η μάθηση αυτής της συμπεριφοράς γίνεται μέσα από την παρατήρηση αντίστοιχων μοντέλων συμπεριφοράς. Τα μοντέλα αυτά μπορεί να τα παρατηρεί κανείς μέσα στην οικογένεια, σε ομάδες συνομηλίκων, μέσα από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (τηλεόραση, διαδίκτυο) κ.λπ. Οπωσδήποτε, το οικογενειακό περιβάλλον παίζει ρόλο, όμως εξίσου σημαντική είναι και η επίδραση του ευρύτερου εξωτερικού περιβάλλοντος.

Η οικογένεια αποτελεί τον πρώτο και βασικότερο χώρο κοινωνικοποίησης του παιδιού. Είναι ο χώρος όπου το παιδί θα αναπτύξει την προσωπικότητά του, θα μάθει να αγαπά και να αγαπιέται, να σέβεται και να το σέβονται, να υπακούει σε κανόνες, να συνδιαλέγεται, να ελέγχει την οργή του.^{22–27} Όμως, υπάρχουν οικογένειες όπου κυριαρχούν οι συγκρούσεις, οι διαπληκτισμοί, μερικές φορές και η σωματική βία, οικογένειες που ταπεινώνουν και απορρίπτουν τα παιδιά, οικογένειες που λόγω δυσμενών οικονομικών συνθηκών ζουν μέσα στην εξαθλίωση, χωρίς επαρκή εποπτεία στα παιδιά τους, οικογένειες από

γονείς με παραβατική συμπεριφορά (αλκοολικοί, ναρκομανείς) και, τέλος, οικογένειες με γονείς υπεραπασχολημένους, που στην πραγματικότητα είναι συναισθηματικά απόντες για τα παιδιά τους. Σε τέτοιου τύπου οικογένειες είναι πιθανότερο τα παιδιά να αναπτύξουν επιθετική και βίαιη συμπεριφορά. Όμως, όσο σημαντική κι αν είναι η συμβολή της οικογένειας, δεν πρέπει να πιστεύουμε ότι αυτή είναι η μοναδική αιτία της επιθετικότητας των ανηλίκων. Σε καμία περίπτωση η οικογένεια από μόνη της δεν ευθύνεται για το φαινόμενο και τις διαστάσεις που έχει πάρει. Σημαντικός είναι και ο ρόλος της γειτονιάς, του σχολείου, της κοινωνίας γενικότερα. Έρευνες έχουν δείξει ότι παιδιά που μεγαλώνουν σε υποβαθμισμένες γειτονιές, με κυριαρχία των συμμοριών, της βίας και γενικά της εγκληματικότητας, εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν και τα ίδια βίαια και επιθετικά.²⁰⁻²² Σύμφωνα με ερευνητική εργασία στην Αμερική, μόνο η μετακίνηση οικογενειών από υποβαθμισμένες συνοικίες σε άλλες μειώνει σημαντικά την πιθανότητα αυτή.²²

Μέσα σε όλα αυτά δεν πρέπει να υποβαθμίζεται και ο ρόλος του σχολείου. Το σχολείο είναι ο δεύτερος σημαντικότερος χώρος της ζωής των παιδιών, χώρος εκπαίδευσης αλλά και κοινωνικοποίησης. Ο Dan Olweus¹ υποστήριξε ότι κάθε παιδί έχει δικαίωμα να συμμετέχει στη ζωή του σχολείου χωρίς να παρενοχλείται. Όμως, όπως δείχνουν οι έρευνες, στην πλειονότητα των περιπτώσεων η κακοποίηση λαμβάνει χώρα στο σχολείο, σε χώρους όπως η αυλή, οι διάδρομοι, οι τουαλέτες κ.ά., όπου η επιτήρηση δεν είναι επαρκής.^{1,17,18} Η στάση των εκπαιδευτικών και γενικά οι κανόνες του σχολείου απέναντι στα φαινόμενα επιθετικότητας παίζουν σημαντικό ρόλο. Τα σχολεία στα οποία υπάρχει σαφής αρνητική στάση απέναντι στα επεισόδια βίας, όπου εποπτεύονται οι μαθητές και αντιμετωπίζονται τα περιστατικά επιθετικότητας, εμφανίζουν σημαντικά μικρότερο ποσοστό τέτοιων επεισοδίων.^{1,10,28} Τα συμπεράσματα αυτά πρέπει να μας προβληματίσουν, ώστε να ληφθούν μέτρα στα σχολεία προκειμένου ένα φαινόμενο που στην Ελλάδα ακόμα δεν έχει γιγαντωθεί να περιοριστεί.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθούμε και στην κουλτούρα ως παράγοντα που συμβάλλει θετικά ή αρνητικά στη χρησιμοποίηση σωματικών τιμωριών απέναντι στα παιδιά. Υπάρχουν χώρες όπου η χρησιμοποίηση τέτοιου τύπου μεθόδων για την επιβολή

της πειθαρχίας είναι ανεκτή. Στις χώρες αυτές, οι γονείς είναι πεπεισμένοι για την ορθότητα των εν λόγω μεθόδων και μπορεί να τις χρησιμοποιούν ως κύριο μέσο διαπαιδαγώγησης. Αυτού του τύπου η συμπεριφορά διαιωνίζει τον κύκλο της βίας. Ακόμα και στην Ελλάδα, περίπου τριάντα χρόνια πριν, η χρήση σωματικής τιμωρίας ήταν συνήθης στα σχολεία από τους δασκάλους και στο σπίτι από τους γονείς. Παροιμίες όπως «το ξύλο βγήκε από τον παράδεισο» ή «όπου δεν πίπτει λόγος πίπτει ράβδος» έχουν τις ρίζες τους σε αυτή τη νοοτροπία. Οπωσδήποτε, η Ελλάδα έχει κάνει σημαντικά βήματα στο θέμα αυτό. Πλέον δεν χρησιμοποιείται η σωματική τιμωρία στο σχολείο και οι γονείς, τουλάχιστον στο μεγαλύτερο ποσοστό, δεν την υιοθετούν ως κύρια μέθοδο διαπαιδαγώγησης. Ωστόσο, τα θέματα της κουλτούρας είναι θέματα βαθιά ριζωμένα μέσα στη ζωή των ανθρώπων και δύσκολα τροποποιούνται. Η επιστημονική κοινότητα έχει να παίξει σημαντικό ρόλο στον τομέα αυτόν.

Παιδιά-θύματα: Συμπεριφορές ενδεικτικές κακοποίησης

Η κακοποίηση παιδιών συχνά δεν αναφέρεται από τα παιδιά στους γονείς ή στους δασκάλους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις απειλές που δέχθηκαν προκειμένου να μην πουν τίποτα, στην πεποίθηση ότι οι γονείς ή οι εκπαιδευτικοί δεν θα βοηθήσουν ή σε φόβο τους μη χειροτερέψουν την κατάσταση.⁷ Ο Olweus διέκρινε ένα σύνολο συμπεριφορών ενδεικτικών κακοποίησης, ενδείξεις δηλαδή ότι το παιδί υποφέρει. Ο Beane,¹⁰ στο κεφάλαιο "the trauma of peer victimization", καταγράφει μια λίστα 55 συμπεριφορών που μπορούν να εμφανιστούν σε παιδιά-θύματα τέτοιων περιστατικών. Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικές: (1) αραιή παρακολούθηση του σχολείου, ακόμη και άρνηση να πάει σ' αυτό, (2) συχνά είναι άρρωστο (πονοκέφαλοι, στομαχόπονοι κ.λπ.), (3) είναι απομονωμένο από τα άλλα παιδιά, μοναχικό, μη δημοφιλές και τελικά αποσύρεται από την παιδική παρέα, (4) προτιμά την παρέα ενηλίκων κατά τη διάρκεια εκδηλώσεων όπως γεύματα ή άλλου τύπου συνεστιάσεις, (5) πηγαίνει στο σχολείο αργοπορημένο και επιστρέφει νωρίς, (6) μιλάει για φυγή από το σπίτι ή φεύγει από το σπίτι, (7) μιλάει για απόπειρα αυτοκτονίας ή επιχειρεί απόπειρα αυτοκτονίας, (8) εμφανίζει διαταραχή διατροφής ή ξαφνική απώλεια της όρεξης, (9) έχει προβλήματα στον ύπνο, εφιάλτες, μπορεί να φωνάζει στον ύπνο «αφήστε με ήσυχο» ή ακόμα να

κλαίει στον ύπνο του, (10) εμφανίζει αιφνίδια πτώση της σχολικής του επίδοσης ή αποδίδει πολύ χαμηλότερα από το σύννηθες, (11) εμφανίζει δυσκολία συγκέντρωσης, (12) έχει λίγους ή και καθόλου φίλους, (13) δείχνει ανεξήγητα σημάδια σωματικής κακοποίησης, όπως εκδορές, μώλωπες, σκισμένα ρούχα κ.λπ., (14) δυσανασχετεί όταν γίνονται συζητήσεις για το σχολείο, (15) πράγματά του, όπως βιβλία, χρήματα, κινητό, έχουν χαθεί ή έχουν καταστραφεί, (16) αποφεύγει να πηγαίνει σε συγκεκριμένα μέρη του σχολείου ή της κοινότητας, (17) συχνά ζητάει περισσότερα χρήματα, (18) αιφνίδια αρχίζει να τραυλίζει, (18) ικετεύει να το πάνε στο σχολείο και να τον πάρουν, αποφεύγει να πάει μόνο του, (19) δείχνει απροθυμία γενικά να πάει σχολείο, (20) παρουσιάζει αιφνίδιες αλλαγές στη διάθεσή του, (20) ξαφνικά παρουσιάζει ενούρηση, (21) εμφανίζει ένταση και άγχος την Κυριακή το απόγευμα, (22) έχει έντονη ενασχόληση με το βάρος του, την εμφάνισή του, τα μαλλιά του κ.λπ., (23) αποφεύγει τις εξωσχολικές δραστηριότητες, (24) θεωρεί τον εαυτό του διαφορετικό από τους υπόλοιπους ή είναι απαισιόδοξο εξαιτίας των προκαταλήψεων, (25) έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση, (26) δεν είναι κοινωνικό, (27) δεν είναι διεκδικητικό, δεν υπερασπίζεται τον εαυτό του, (28) έχει κάποια αναπηρία ή άλλου είδους μειονεξία, όπως μαθησιακή διαταραχή, σύνδρομο υπερκινητικότητας κ.ά., (29) είναι ντροπαλό, (30) σωματικά υστερεί σε σχέση με τους συνομηλίκους του και δεν ασχολείται με τον αθλητισμό, (31) είναι άριστος μαθητής και φαίνεται να αποτελεί το αγαπημένο παιδί του δασκάλου.

Στην έρευνα των Φινλανδών ερευνητών¹² διαπιστώθηκε ότι σημαντικό ποσοστό των παιδιών-θυμάτων είχαν ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, κοιλιακούς πόνους κ.ά. Στην ίδια έρευνα καταγράφηκε υψηλό ποσοστό ψυχολογικών διαταραχών στα παιδιά-θύματα. Τα ποσοστά αυτά καταδεικνύουν την ανάγκη επαγρύπνησης των ειδικών, παιδιάτρων, ψυχολόγων, παιδοψυχιάτρων, απέναντι στα παιδιά. Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η παρουσία αυτών των ενδείξεων δεν σημαίνει απαραίτητα κακοποίηση. Χρειάζεται προσεκτική εκτίμηση, γιατί μπορεί να πρόκειται για εκδηλώσεις άλλης ψυχιατρικής διαταραχής ή για άλλου τύπου προβλήματα, όπως οικογενειακές συγκρούσεις. Πρέπει όμως να μας προβληματίσουν, ώστε να ξεκινήσουμε μια συζήτηση με το παιδί προκειμένου να κατανοήσουμε τι συμβαίνει.

Στρατηγικές αντιμετώπισης

Η αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου και σοβαρού φαινομένου, πολυπαραγοντικού κατά κύριο λόγο, πρέπει να είναι πολύπλευρη. Ο Νορβηγός ψυχολόγος Dan Olweus ήταν ο πρώτος που υποστήριξε την αναγκαιότητα μιας πολύπλευρης παρέμβασης, που θα αφορά στους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, τους μαθητές, την κοινότητα και τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Στόχος πρέπει να είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος όπου το παιδί θα νιώθει ασφαλές, σωματικά και ψυχολογικά. Μερικές στρατηγικές αντιμετώπισης είναι οι εξής:

Οικογένεια

Καταρχάς, αν οι γονείς διαπιστώσουν ότι το παιδί τους είναι θύμα μιας τέτοιας συμπεριφοράς, θα πρέπει να αντιδράσουν με ήρεμο και θετικό τρόπο. Είναι πολύ σημαντικό να ακούσει το παιδί ότι δεν είναι δικό του το φταίξιμο και ότι έκανε πολύ καλά που ενημέρωσε τους ή το γονιό του. Ο γονιός δεν πρέπει να πιστέψει ότι μόνος του θα τακτοποιήσει το πρόβλημα. Δεν πρέπει να υποσχεθεί ότι θα το κρατήσει μυστικό, αλλά ότι θα κάνει ό,τι μπορεί για να το σταματήσει. Η ενημέρωση του σχολείου και η συνεργασία με το προσωπικό είναι θεμελιώδης, καθώς εκεί επισυμβαίνουν τα περισσότερα επεισόδια κακοποίησης. Ταυτόχρονα, ο γονιός θα πρέπει να ασχοληθεί με την ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού. Το κομμάτι της αυτοπεποίθησης του παιδιού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Χρήσιμη θα ήταν η καλλιέργεια ταλέντων που έχει το παιδί ή η ανάπτυξη δεξιοτήτων μέσω άλλων δραστηριοτήτων, που σε τελική ανάλυση θα του δώσουν αυτοπεποίθηση. Ο αθλητισμός μπορεί να είναι μια εναλλακτική λύση, όπου μέσω της γυμναστικής και της ενίσχυσης της σωματικής ρώμης αυξάνεται η αυτοπεποίθηση, αλλά καλλιεργείται και η κοινωνικότητα, η άμιλλα κ.λπ. Γενικά, δεν χρειάζεται πάντοτε η παρέμβαση ειδικού. Η καλή συνεργασία της οικογένειας με το σχολείο μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα. Ωστόσο, σε περιπτώσεις δύσκολες, όταν η κακοποίηση συνεχίζεται ή ακόμα όταν το παιδί εμφανίζει σοβαρές ψυχολογικές εκδηλώσεις που δεν βελτιώνονται, είναι απαραίτητη η προσφυγή σε ειδικό.

Σχολείο

Το προσωπικό του σχολείου παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση αλλά και στην πρόληψη των

περιστατικών βίας. Το National Institute of Education στις ΗΠΑ αναφέρει ότι το ποσοστό βίαιων επεισοδίων είναι μεγαλύτερο σε σχολεία όπου οι μαθητές αντιλαμβάνονται να υπάρχει ανεπαρκής επιτήρηση και έλεγχος, όπως για παράδειγμα σχολεία με απείθαρχες τάξεις, απουσία σαφών κανόνων που αφορούν στην επιθετικότητα και γενικά ασθενή ή υποτονική διεύθυνση.^{10,18,28} Βέβαια, δεν είναι ξεκάθαρο αν ο ανεπαρκής έλεγχος δίνει ένα είδος «άδειας», η οποία τελικά ενθαρρύνει την εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών, ή αν τα υψηλά επίπεδα βίας και επιθετικότητας σε ένα χώρο δημιουργούν ένα κλίμα φόβου στις αρχές και απαισιοδοξία ως προς την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα. Θεωρείται λοιπόν αναγκαία η ύπαρξη κανόνων συμπεριφοράς, ένα είδος καταστατικού με συμπεριφορές που δεν επιτρέπονται.¹ Οι εκπαιδευτικοί δεν πρέπει να ξεχνούν ότι αποτελούν μοντέλα συμπεριφοράς για τους μαθητές και ότι κι αυτοί συμβάλλουν στη δημιουργία του σχολικού περιβάλλοντος. Είναι σημαντικό να προβληματιστούν για τη στάση τους απέναντι στα παιδιά. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να αποφεύγουν τη διάκριση ανάμεσα στους μαθητές και κυρίως την ύπαρξη αγαπημένου ή ευνοημένου μαθητή. Θα πρέπει να δείχνουν το ίδιο ενδιαφέρον και την ίδια προσοχή προς όλους, ανεξάρτητα με την επίδοση ή τη ζωνάδα τους. Σημαντικό ρόλο παίζουν εδώ οι προσωπικές προκαταλήψεις, κυρίως ρατσιστικού τύπου. Πρέπει να αποφεύγουν τη σύγκριση των μαθητών μεταξύ τους ή ακόμα και με τους γονείς τους, να προβληματίζονται και να επανεξετάζουν τους κανόνες τάξης και τη διαχείριση των απείθαρχων. Δεν πρέπει να επιφυλάσσουν εκπλήξεις στα παιδιά και στους γονείς. Τυχόν αλλαγές οφείλουν να γίνονται γνωστές έγκαιρα και να συζητούνται. Πρέπει να εποπτεύουν τους χώρους και να είναι ευαίσθητοι σε μη λεκτικά μηνύματα, τα οποία μπορεί να υποκρύπτουν προβλήματα σχέσεων μεταξύ των παιδιών. Ιδιαίτερη έμφαση χρειάζεται να δοθεί στην υποδοχή νέων μαθητών ή σε μαθητές με ειδικές ανάγκες. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθήσουν την ένταξη παιδιών ντροπαλών ή νεοφερμένων στην τάξη. Στόχος πρέπει να είναι η δημιουργία φιλικών σχέσεων ανάμεσα στα παιδιά. Η σημασία της ανάπτυξης φιλικών σχέσεων ανάμεσα σε μαθητές φαίνεται να είναι σημαντική και στις μικρότερες τάξεις του δημοτικού, ακόμα και στο νηπιαγωγείο.²⁸ Έτσι περιορίζεται η απομόνωση και η περιθωριοποίηση κάποιων παιδιών, κάτι που τα καθιστά λιγότερο ευάλωτα σε κακοποίηση.²⁸ Τέλος,

οφείλουν να έχουν ανοιχτούς τους διαύλους επικοινωνίας με τους γονείς και να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη οποιαδήποτε καταγγελία ή υποψία γονιού για κακοποίηση. Απαιτείται συνεχής προσοχή και επαγρύπνηση, προκειμένου να περιοριστούν τα φαινόμενα βίας ανάμεσα στα παιδιά. Μόνο με την αгаσθή συνεργασία μεταξύ σχολείου και οικογένειας μπορεί να αντιμετωπιστεί ένα τόσο δύσκολο πρόβλημα.

Ειδικοί

Σύμφωνα με τη λίστα των εκδηλώσεων που εμφανίζουν τα παιδιά-θύματα κακοποίησης, πολύ συχνά αποτελούν ασθενείς σε διάφορες κατηγορίες ειδικών. Έτσι, οι γονείς μπορεί να προσφύγουν σε παθολόγο, νευρολόγο ή παιδίατρο προκειμένου να αναζητήσουν την αιτία των διαταραχών του ύπνου, των κοιλιακών αλγών, της κεφαλαλγίας ή γενικά των σωματικών ενοχλημάτων για τα οποία παραπονούνται αυτά τα παιδιά. Ακόμα, ενδέχεται να προσφύγουν σε παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο ή ψυχοθεραπευτή, για να αντιμετωπίσουν τις διαταραχές διατροφής ή διάθεσης, τη σχολική αποφυγή, την ενούρηση, τον τραυλισμό. Επομένως, είναι πολύ σημαντική η ευαισθητοποίηση όλων των ειδικών που ασχολούνται με θέματα υγείας παιδιών και εφήβων στο ζήτημα της παιδικής κακοποίησης. Με ευαισθησία και χωρίς ανακριτική διάθεση πρέπει να διερευνούν την πιθανότητα το παιδί να αποτελεί αντικείμενο κακοποίησης, κυρίως σε περιπτώσεις ανεξήγητων διαταραχών, όταν δηλαδή δεν ανευρίσκεται υποκείμενη σωματική νόσος. Αυτό σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι το κάθε παιδί δεν πρέπει να διερευνάται για σωματική νόσο ή ότι πρέπει να αποκλείεται η συνύπαρξη σωματικής ή ψυχιατρικής διαταραχής. Προσοχή λοιπόν και επαγρύπνηση και από μέρους των ειδικών.

Η επιστημονική κοινότητα όμως έχει και έναν άλλο εξίσου σοβαρό ρόλο, εκείνο της πρόληψης και της ενημέρωσης. Η ενημέρωση –μέσα από διαλέξεις, συνέδρια, παρουσιάσεις– για τις αρνητικές επιπτώσεις της σωματικής τιμωρίας και για τη διαπαιδαγώγηση γενικότερα θα βοηθήσει στη διαμόρφωση μιας νέας νοοτροπίας γύρω από τα θέματα αυτά.

Τηλεόραση

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον των ειδικών όσον αφορά στην επίδραση της τηλεόρασης στους ανηλίκους. Πρόκειται για ένα θέμα που δεν έχει επαρκώς μελετηθεί, αν και έρευνες δείχνουν ότι η παρακολούθηση βίαιων προγραμμάτων

αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης επιθετικής συμπεριφοράς.²⁰ Επιπλέον, είναι συχνή η έκθεση ανηλίκων σε βίαιες και επιθετικές σκηνές, ακόμα και στο πλαίσιο δελτίων ειδήσεων. Τα καρτούν που σήμερα επικρατούν χαρακτηρίζονται περισσότερο από επιθετικότητα παρά από ευαισθησία. Η τηλεόραση αποτελεί και αυτή μέσο καλλιέργειας προτύπων και συμπεριφορών. Όλοι όσοι εργάζονται σε αυτήν πρέπει να ευαισθητοποιηθούν στα θέματα της παιδικής και εφηβικής ανάπτυξης και να αναπτύξουν έναν κώδικα δεοντολογίας. Μόνο με τη συμβολή όλων μπορεί να αντιμετωπιστεί το θέμα της βίας.

Συμπεράσματα

Με την έως τώρα ανάλυση του φαινομένου γίνεται αντιληπτή η πολυπλοκότητά του. Οι έρευνες στην Ελλάδα δίνουν γενικά μικρότερα ποσοστά απ' ό,τι σε άλλες χώρες. Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του ΕΚΚΕ, όπως καταγράφονται στο βιβλίο «Εικόνες και αναπαραστάσεις βίας στο ελληνι-

κό σχολείο»,¹⁴ η τυπική ελληνική οικογένεια αποτελεί το βασικό πυρήνα της κοινωνίας μας. Ποσοστό 82,4% των παιδιών ζουν με τους δύο γονείς και τα αδέρφια τους και το 67,5% δηλώνει ότι οι σχέσεις στην οικογένεια είναι αρμονικές. Επομένως, ο πυρήνας της ελληνικής κοινωνίας με τις αξίες της δεν έχει διαλυθεί. Επιπλέον, η διεθνής εμπειρία είναι ενθαρρυντική. Ο Dan Olweus βοήθησε στην οργάνωση και εφαρμογή ενός προγράμματος αντιμετώπισης και πρόληψης της βίας στα σχολεία της Νορβηγίας, το οποίο ξεκίνησε το 1983. Σε διάστημα δύο ετών τα φαινόμενα βίας μειώθηκαν στο 50% και, επιπλέον, μειώθηκαν άλλα φαινόμενα, όπως κλοπές, βανδαλισμοί, σκασιαρχεία. Το σημαντικότερο είναι ότι η μορφή αυτή βίας δεν αντικαταστάθηκε από άλλες μορφές βίας.⁷ Παρόμοια προγράμματα εφαρμόζονται και σε άλλες χώρες σήμερα. Μένει να στρέψουμε το ενδιαφέρον μας και να αποφασίσουμε να δράσουμε. Η Νορβηγία αποτελεί παράδειγμα έγκαιρης και αποτελεσματικής δράσης. Υπάρχει ελπίδα, αρκεί να δραστηριοποιηθούμε.

Bullying Prevention and intervention strategies

M. Christaki

Social Service Municipality of Agios Dimitrios, Athens, Greece

Psychiatriki 2007, 18:123–131

Bullying can be defined as when one (or more) individual engages in aggressive behaviour against another individual who seem to be unable to defend himself. This action is intentional and persistent and creates great distress and fear. There are not specific statistics in Greece but recent researches from ΕΚΚΕ showed that one out of four children in Athens have been bullied physically. Bullying is a multifaceted and complex problem. Modern psychological perspectives emphasize that aggressive and violent behaviours are learned responses to frustration. Learning occurs by observing models of such behaviour in the family, in the neighbourhood, in school. Ignoring the problem gives a bad example. Prevention and intervention strategies should include the family, the school personnel and the children. Bullying has negative effects on the physical and mental health of the child and it can also cost his life, some kids commit suicide. Therefore intervention strategies need to develop in the communities. The aim is to create a –physically and psychologically– safe environment.

Key words: Bullying, school, family, intervention and prevention strategies.

Βιβλιογραφία

1. Olweus D. *Bullying at school*. Blackwell Publ Ltd, London, 1993
2. Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού, νόμος 2101 – Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως 192, Εθνικό Τυπογραφείο Ελλάδος, 2-12-1992
3. Τα δικαιώματα του παιδιού στην υγεία. Η εφαρμογή της σύμβασης του ΟΗΕ για τα δικαιώματα του παιδιού. Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, Αθήνα, 2002
4. Olweus D. Stability of aggressive reactions patterns in males. A review. *Psychol Bull* 1979, 86:852–875
5. Olweus D. Familial and temperamental determinants of aggressive behaviours in adolescent boys. A causal analysis. *Dev Psychol* 1980, 16:644–660
6. Olweus D. Development of stable aggressive reaction patterns in males. In: Blanchard RJ, Blanchard DC (eds) *Advances in the study of aggression*. Academic Press, Orlando, 1984:103–137
7. Olweus D. Bully/victim problems among schoolchildren: basic facts and effects of a school based intervention program. In: Pepler DJ, Rubin KH (eds) *The development and treatment of childhood aggression*. NJ Erlbaum, Hillsdale, 1991:411–448
8. Πρωταγόρα-Λιανού Ν. Η κακοποίηση παιδιών από άλλα παιδιά. *Παιδιατρική* 2001, 64:125–131
9. Whitney, Smith. A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educ Res* 1993, 35:3–25
10. Beane A. The trauma of peer victimization. In: Miller T (ed) *Children of trauma, stressful life events and their effects on children and adolescents*. International Universities Press, Madison, Connecticut, 1998:205–218
11. Yang Su-Jin, Kim Jae-Min, Kim Sung-Wan et al. Bullying and victimization behaviours in boys and girls at South Korean primary schools. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006, 45:69–77
12. Kumplulainen K, Rasanen E, Hentonen I et al. Bullying and psychiatric symptoms among elementary school age children. *Child Abuse Neglect* 1998, 22:705–717
13. Kεpenekci YK, Cincir S. Bullying among Turkish high school students. *Child Abuse Neglect* 2006, 30:193–204
14. Τσίγκανου Ι, Δασκαλάκη Η, Τσαμπάρλη Δ. *Εικόνες και αναπαραστάσεις βίας στο ελληνικό σχολείο*. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2004
15. Το πρώτο Θέμα. Εφημερίδα Καθημερινή, 7 Οκτωβρίου 2006, σελ. 3
16. Αρτινοπούλου Β. *Βία στο σχολείο*. Μεταίχμιο, Αθήνα, 2001:85–102
17. Καλλιώτης Π. *Η φύση και η έκταση της σχολικής επιθετικότητας και κακοποίησης στους μαθητές από 8 έως 12 ετών*. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, 2002
18. Reid K. Retrospection and persistent school absentee. *Educ Res* 1983, 25:110–115
19. Williams K, Chambers M, Logan S et al. Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *Br Med J* 1996, 313:17–19
20. Lewis D. Development of the symptom of violence. In: Lewis M (ed) *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook*. 2nd ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1996:334–344
21. Reiss A, Roth J. Perspectives on violence. In: Reiss A, Roth J (eds) *Understanding and preventing violence*. National Research Council, Washington, DC, 1993:101–181
22. National Research Council. Institute of Medicine. *From neurons to neighbourhoods*. National Academy Press, Washington, DC, 2000
23. Rutter M. Stress, coping and development: Some issues and some questions. *J Child Psychol Psychiatry* 1981, 22:323–356
24. Σακελλαρόπουλος Π. *Σχέσεις μητέρας παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1998
25. Τσιάντης Ι, Δραγώνα Θ. *Μωρά και μητέρες*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1999
26. Winnicott DW. *Μωρά και μητέρες*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1996
27. Χουντουμάδη Α. *Παιδιά και γονείς στο ξεκίνημα μιας σχέσης*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998
28. Perren S, Alsaker FD. Social behaviour and peer relationships of victims, bully-victims, and bullies in kindergarten. *J Child Psychol Psychiatry* 2006, 47:45–57

Αλληλογραφία: Μ. Χρηστάκη, Παιδοψυχίατρος, Γ. Μπλέσσα 31, 156 69 Παπάγιο
e-mail: christaki_m@yahoo.gr

Ανασκόπηση Review

Η αντίδραση θλίψης της λοχείας

Φ. Γονιδάκης

Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2007, 18:132–142

Η αντίδραση θλίψης της λοχείας (maternity blues) είναι μια παροδική αλλαγή της διάθεσης, που συμβαίνει κυρίως ανάμεσα στην 1η και 10η ημέρα της λοχείας και χαρακτηρίζεται από επεισόδια κλάματος, ήπια καταθλιπτική διάθεση, άγχος, κόπωση και ευμεταβλητότητα της διάθεσης. Η συχνότητά της ποικίλλει από 4–80%, ανάλογα με τη μελέτη. Έχουν διερευνηθεί πολλοί βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που πιθανώς να συμμετέχουν στην εμφάνισή της. Η προγεστερόνη και η κορτιζόλη και οι μεταβολές τους στο τέλος της εγκυμοσύνης και τις πρώτες ημέρες της λοχείας είναι οι καλύτερα μελετημένοι βιολογικοί παράγοντες, αν και η σχέση τους με την αντίδραση θλίψης της λοχείας δεν είναι ακόμα πλήρως διευκρινισμένη. Το stress, η συναισθηματική κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη, καθώς και το ατομικό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής ή της ίδιας της αντίδρασης σε προηγούμενη λοχεία είναι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που έχει βρεθεί ότι πιθανώς να συσχετίζονται με την εμφάνιση της εν λόγω διαταραχής. Οι περισσότεροι συγγραφείς προτείνουν την ενημέρωση και καθυσύχαση των λεχιδών για την αντιμετώπιση της αντίδρασης θλίψης της λοχείας, καθώς και την προληπτική ενημέρωσή τους για την πιθανότητα εμφάνισής της τις πρώτες ημέρες της λοχείας.

Λέξεις ευρετηρίου: Λοχεία, αντίδραση θλίψης της λοχείας.

Εισαγωγή

Η αντίδραση θλίψης της λοχείας (ΑΘΛ) (maternity blues) χαρακτηρίζεται από παροδική αλλαγή της διάθεσης, που συμβαίνει κυρίως μεταξύ της 1ης και 10ης ημέρας μετά τη λοχεία και η οποία συνοδεύεται από επεισόδια κλάματος, ήπια καταθλιπτική διάθεση, άγχος, κόπωση και ευμεταβλητότητα της διάθεσης.

Πρώιμες αναφορές για το φαινόμενο αυτό υπάρχουν ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα. Ο Savage,¹ το 1875, χρησιμοποίησε την ονομασία «πυρετός του γάλακτος», καθώς η κορύφωση των συμπτωμάτων την 3η-4η ημέρα συνέπιπτε με την έναρξη του θηλασμού. Στη μεταπολεμική βιβλιογραφία, το φαινόμενο περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Hamilton² το 1962, ενώ ονομάστηκε "post partum blues syndrome" από τους Yalom et al³ το 1968. Ο όρος "maternity blues" προτάθηκε αρχικά από τον Pitt^{4,5} το 1973 και έκτοτε καθιερώθηκε, ειδικά στην αγγλική βιβλιογραφία. Τέλος, οι Γάλλοι κυρίως συγγραφείς χρησιμοποιούν και τον όρο "baby blues".

Κλινική εικόνα

Στις πρώτες μεταπολεμικές απόπειρες περιγραφής και ορισμού του φαινομένου, οι Yalom et al³ στις ΗΠΑ υποστηρίζουν ότι το κυριότερο σύμπτωμα της ΑΘΛ είναι το κλάμα, το οποίο κατά τους συγγραφείς είναι «σποραδικό, σύντομης διάρκειας και ανεξήγητο από τη λεχιάδα, καθώς δεν υπάρχει πάντα εκλυτικός παράγοντας. Πολλές φορές το κλάμα δεν είναι σύντομο με τη διάθεση της γυναίκας».

Στην προσπάθειά τους να περιγράψουν το φαινόμενο, οι Kennerley και Gath⁶⁻⁸ βρήκαν ότι η συμπτωματολογία της ΑΘΛ περιλαμβάνει 7 κύρια συμπτώματα, τα οποία οι συγγραφείς ονομάζουν «πρωτογενή αντίδραση θλίψης της λοχείας» (primary blues) και τα οποία είναι: ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ευερεθιστότητα, ευσυγκινησία, κόπωση, «κακοκεφιά», άγχος (κυρίως για το νεογέννητο παιδί) και δυσκολίες στη συγκέντρωση. Η καταθλιπτική διάθεση, κατά τους συγγραφείς, ανήκει στα συμπτώματα που είναι λιγότερο συχνά.

Πορεία

Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι η θλίψη της μητρότητας διαρκεί από ώρες μέχρι μερικές ημέρες και ότι το φαινόμενο δεν παρατηρείται πέραν της πρώτης εβδομάδας ή του πρώτου δεκαήμερου της λοχείας.

Ωστόσο, υπάρχουν διαφωνίες για το ποια ημέρα μετά τον τοκετό κλιμακώνεται η συμπτωματολογία.

Οι Harris et al⁹ διαπίστωσαν μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων την 1η και την 5η ημέρα της λοχείας. Οι Hau και Levy¹⁰ αναφέρουν μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων την 5η ημέρα στην ομάδα που εμφάνισε πλήρη κλινική εικόνα θλίψης της μητρότητας και τη 2η ημέρα στην ομάδα των γυναικών που εμφάνισε μερική συμπτωματολογία του φαινομένου.

Οι Kennerley και Gath,⁸ καθώς και οι Kendell et al,¹¹ αναφέρουν μέγιστη ένταση των συμπτωμάτων την 5η ημέρα της λοχείας. Οι Best et al¹² βρήκαν μέγιστη ένταση την 4η ημέρα, ενώ οι Rohde et al,¹³ Taylor et al^{14,15} και ο Bonnin¹⁶ υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα κορυφώνονται μεταξύ 3ης και 4ης ημέρας.

Οι Sutter et al¹⁷ αναφέρουν ότι διαπίστωσαν δύο μορφές ΑΘΛ. Μια καλοήγη, που εμφανίζεται την 3η ημέρα, και μια βαρύτερη μορφή, που εμφανίζεται την 5η ημέρα και που μπορεί, κατά τους συγγραφείς, να αποτελεί την πρώιμη έναρξη της μεταλόχειας κατάθλιψης.

Συμπερασματικά, η ΑΘΛ εμφανίζεται μεταξύ της 3ης και 5ης ημέρας, διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα και υφίσταται εντός του πρώτου δεκαήμερου της λοχείας.

Οι παραπάνω διαφορές τόσο στην κλινική εικόνα όσο και στην πορεία της διαταραχής αποδίδονται από την Beck^{18,19} σε τρεις παράγοντες: (α) στην έλλειψη ευρύτερα αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων, (β) στη χρήση διαφορετικών μη σταθμισμένων κλιμάκων για τη μέτρηση της ΑΘΛ, (γ) στις διαφορές στην ακολουθούμενη ερευνητική μεθοδολογία.

Συχνότητα

Η συχνότητα της ΑΘΛ που αναφέρεται στη βιβλιογραφία ποικίλλει από μελέτη σε μελέτη σε αρκετά σημαντικό βαθμό.^{20,21} Για παράδειγμα, υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ποσοστό γυναικών που εμφανίζουν ΑΘΛ 80%²² και άλλες που σημειώνουν ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά, μέχρι και 8,5%.²³ Η αξιολογούμενη αυτή διακύμανση πιθανώς οφείλεται σε τέσσερις παράγοντες:

- Σε διαπολιτισμικές διαφορές τόσο στην υποστήριξη της λεχιάδας και στα έθιμα ή τις συνήθειες που αφορούν στη λοχεία, όσο και στην επιτρεπόμενη ή όχι συναισθηματική έκφραση
- Στη χρήση διαφορετικών κλιμάκων για τη μέτρηση της διαταραχής

- Στην παράμετρο της χρονικής απόστασης από τον τοκετό. Όπως προαναφέρθηκε, η ΑΘΛ είναι ένα παροδικό φαινόμενο, η ένταση των συμπτωμάτων του οποίου μεταβάλλεται από ημέρα σε ημέρα. Οι μετρήσεις της συχνότητάς του με τη χρήση κλιμάκων θα παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα αν διενεργούνται σε διαφορετικές ημέρες της λοχείας
- Σε άλλες μεθοδολογικές διαφορές, όπως το πρόσωπο από το οποίο συμπληρώνονται οι κλίμακες (τη λεχιάδα ή τον εξεταστή) ή τον τρόπο με τον οποίο υπολογίζεται η συχνότητα (ανά ημέρα ή συνολικά).

Αιτιολογία

Οι μελέτες που έχουν γίνει για τη διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας της ΑΘΛ περιλαμβάνουν τους παρακάτω τομείς:

Βιοβιογονικοί παράγοντες

Ενδοκρινική λειτουργία

Κορτιζόλη: Το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται από μια ήπια υπερκορτιζολαιμία, όπου τόσο οι συγκεντρώσεις της ολικής και της μη συνδεδεμένης με πρωτεΐνες στο πλάσμα κορτιζόλης, όσο και η 24ωρη απέκκριση κορτιζόλης στα ούρα είναι αυξημένες, υπενθυμίζοντας τα επίπεδα ενός μέτριας έντασης συνδρόμου Cushing. Η συγκέντρωση της κορτιζόλης αυξάνει περαιτέρω και φθάνει στα υψηλότερα επίπεδά της κατά τη διάρκεια του stress του τοκετού και στη συνέχεια επανέρχεται με βραδύ ρυθμό στα φυσιολογικά επίπεδα εντός των επόμενων 15 ημερών.²⁴⁻²⁷

Κατά την περίοδο αυτή, τόσο η κορτιζόλη όσο και η ACTH ακολουθούν το γνωστό κερκαδιανό βιορυθμό στην έκκρισή τους. Οι Goland et al²⁸ υποστηρίζουν ότι ο πλακούντας παράγει ικανή ποσότητα CRF (παράγοντας έκκρισης κορτικοτροπίνης), ώστε να δικαιολογείται η προαναφερθείσα υπερκορτιζολαιμία.

Στη μελέτη των Maes et al,²⁹ η δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη ήταν αρνητική στο 82% των λεχωίδων.

Οι Καλανταρίδου και συν³⁰ θεωρούν ότι η καταστολή της έκλυσης υποθαλαμικού CRF μπορεί να εξηγήσει τόσο τις συναισθηματικές διαταραχές της λοχείας όσο και φαινόμενα αυτοανοσίας που παρατηρούνται συχνά την ίδια περίοδο.

Οι Ehlert et al³¹ βρήκαν ότι γυναίκες που εμφανίζουν ΑΘΛ έχουν υψηλότερα πρωινά επίπεδα κορτιζόλης τις πρώτες 5 ημέρες μετά τον τοκετό, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ΑΘΛ. Οι συγγραφείς αναφέρουν επίσης ότι στις γυναίκες με ΑΘΛ τα επίπεδα της κορτιζόλης ήταν υψηλότερα τις ημέρες που η διάθεση των γυναικών ήταν κακή, σε σχέση τόσο με τις ημέρες όπου η διαταραχή βρισκόταν σε ύφεση όσο και με τις γυναίκες που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ.

Οι Taylor et al^{14,15} και Okano και Nomura³² αναφέρουν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης την 3η ημέρα της λοχείας σε γυναίκες που εμφάνιζαν ΑΘΛ.

Οι Handley et al³³ διαπίστωσαν συσχέτιση της ΑΘΛ με υψηλά επίπεδα κορτιζόλης μόνο την 38η εβδομάδα της κύησης, αλλά όχι με τα επίπεδα κορτιζόλης την 1η ή την 6η εβδομάδα της λοχείας.

Αντίθετα με τους παραπάνω συγγραφείς, οι Bonnin,¹⁶ Feski et al,³⁴ Harris et al,⁹ Nappi et al³⁵ και Kuevi et al³⁶ δεν βρήκαν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες (θετική και αρνητική για ΑΘΛ).

Οι Μαγιάκου και συν,²⁷ χορηγώντας CRF σε λεχωίδες, διαπίστωσαν μια αμβλυμένη απάντηση ως προς την έκκριση ACTH την 3η και 6η, αλλά όχι τη 12η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Ειδικότερα στις γυναίκες που εμφάνισαν ΑΘΛ, η άμβλυση της απάντησης ήταν σαφώς πιο έντονη και παρέμενε και τη 12η εβδομάδα της λοχείας. Παρά το προαναφερθέν εύρημα, τόσο τα βασικά επίπεδα κορτιζόλης στο πλάσμα όσο και αυτά μετά τη χορήγηση CRF δεν είχαν διαφορές ανάμεσα στην ομάδα που εμφάνισε και σε εκείνη που δεν εμφάνισε ΑΘΛ και σε όλες τις μετρήσεις κυμαίνονταν περί τα ανώτερα φυσιολογικά όρια. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι κατά τη διάρκεια της λοχείας υπάρχει μια κεντρική καταστολή της έκκρισης CRF, η οποία μπορεί να εξηγήσει την ευαισθησία για την εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών.

Προγεστερόνη: Μελέτες που έγιναν στη δεκαετία του '90 από τη Majewska,³⁷ καθώς και τον Mellon,³⁸ κατέδειξαν τη συμμετοχή των νευροστεροειδών στη ρύθμιση της νευρωνικής πυροδότησης, στο συναίσθημα και στην προσαρμογή στο stress. Ειδικότερα, η αλλοπρεγνανολόνη δρα ως αγωνιστής των GABA_A υποδοχέων και μπορεί να προκαλέσει υπνηλία, κόπωση και κατάθλιψη. Αντίθετα, η πρεγνανολόνη δρα ως αναστροφος αγωνιστής και έτσι έχει αγχογόνο αποτέλεσμα όταν συνδέεται με τον GABA_A υποδοχέα.³⁹

Κατά τη διάρκεια της κύησης η συγκέντρωση της προγεστερόνης στο πλάσμα αυξάνει σταδιακά, για να φθάσει τις ημέρες πριν τον τοκετό σε επίπεδα περίπου 30πλάσια των φυσιολογικών της τιμών εκτός κύησης. Μετά τον τοκετό και την αφαίρεση του πλακούντα παρατηρείται φυσιολογικά ραγδαία μείωση των συγκεντρώσεων της προγεστερόνης, ιδιαίτερα τις πρώτες 4–5 ημέρες.^{24,25}

Οι Harris et al⁹ αναφέρουν ότι οι υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες για τη μέτρηση της ΑΘΛ συσχετιζόνταν με: (α) την υψηλή συγκέντρωση της προγεστερόνης την ημέρα πριν τον τοκετό, (β) τον υψηλό βαθμό αύξησης των συγκεντρώσεων της προγεστερόνης πριν τον τοκετό, (γ) το μεγάλο βαθμό μείωσης της προγεστερόνης από τον τοκετό έως την 5η ημέρα (κατά την οποία εμφανίστηκαν τα εντονότερα συμπτώματα της θλίψης της μητρότητας) και (δ) τη χαμηλή συγκέντρωση προγεστερόνης κατά την 5η ημέρα.

Οι Nappi et al³⁵ μέτρησαν τη συγκέντρωση της αλλοπρεγνανολόνης στο αίμα την τρίτη ημέρα της λοχείας και διαπίστωσαν χαμηλότερα επίπεδα στις γυναίκες που εμφάνισαν ΑΘΛ. Το ίδιο συνέβη και με τα επίπεδα της προγεστερόνης, αν και η διαφορά αυτή δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική.

Αντίθετα με τους προηγούμενους συγγραφείς, οι Metz et al,⁴⁰ Heidrich et al,⁴¹ O'Hara et al⁴² και Kuevi et al³⁶ δεν διαπίστωσαν συσχέτιση μεταξύ επιπέδων προγεστερόνης και ΑΘΛ.

Οι Granger και Underwood,⁴³ σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αν και υπάρχουν ενδείξεις για τη συμμετοχή της προγεστερόνης στην αιτιοπαθογένεια της ΑΘΛ, οι ενδείξεις αυτές δεν είναι επαρκείς για να τεκμηριώσουν τη συγκεκριμένη σχέση και, επομένως, ούτε και τη χρήση της ορμόνης για τη θεραπεία της ΑΘΛ.

Οιστρογόνα: Στον εγκέφαλο, υποδοχείς οιστρογόνων έχουν βρεθεί στον υποθάλαμο, στον ιππόκαμπο, στην αμυγδαλή, στο μεταιχμιακό σύστημα και στο φλοιό της παρεγκεφαλίδας. Ακόμα, έχει διαπιστωθεί ότι τα οιστρογόνα αυξάνουν τόσο τους ρυθμούς παραγωγής των νευρογενών αμινών, όπως της σεροτονίνης, της ντοπαμίνης, της β-ενδορφίνης και της νοραδρεναλίνης, όσο και τη συγκέντρωση των υποδοχέων τους.²⁴ Επίσης, τα οιστρογόνα και η τεστοστερόνη μειώνουν τη δραστηριότητα της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) στα αιμοπετάλια και τον εγκέ-

φαλο, αυξάνοντας έτσι περαιτέρω τη συγκέντρωση των αμινών.³⁹

Κατά την εγκυμοσύνη, η συγκέντρωση των οιστρογόνων και κυρίως της οιστριόλης αυξάνει δραματικά, για να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα σταδιακά μετά τον τοκετό. Στο τέλος της κύησης η οιστριόλη αυξάνεται περίπου κατά 1000 φορές, ενώ η οιστρόνη και η οιστραδιόλη αυξάνονται στο 100πλάσιο των φυσιολογικών τους διακυμάνσεων.^{24,25}

Οι Feski et al³⁴ και Heidrich et al⁴¹ αναφέρουν ότι η ομάδα των γυναικών που εμφάνισε ΑΘΛ παρουσίαζε υψηλότερες συγκεντρώσεις οιστραδιόλης την 3η και 4η ημέρα της λοχείας (οπότε και ήταν πιο έντονα τα συμπτώματα της διαταραχής) σε σχέση με την ομάδα των γυναικών που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ.

Σύμφωνα με τους O'Hara et al,⁴² οι γυναίκες που εμφάνισαν ΑΘΛ είχαν υψηλότερα επίπεδα μη συνδεδεμένης οιστριόλης και ολικής οιστριόλης τη 2η και 3η ημέρα της λοχείας, αλλά δεν βρέθηκε παρόμοια συσχέτιση με τα επίπεδα της οιστραδιόλης.

Αντίθετα, οι Nappi et al,³⁵ Metz et al⁴ και Kuevi et al³⁶ δεν διαπίστωσαν διαφορά στα επίπεδα της οιστραδιόλης (E2) ανάμεσα στην ομάδα των γυναικών που ανέπτυξαν ΑΘΛ και στην ομάδα ελέγχου (λεχιδες που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ).

FSH, LH: Οι Nott et al⁴⁴ και Kuevi et al³⁶ αναφέρουν ότι δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα των συγκεκριμένων υποφυσιακών ορμονών και στην εμφάνιση ΑΘΛ.

Προλακτίνη: Οι George et al⁴⁵ απομόνωσαν την ένταση, το άγχος, την ανησυχία και την κατάθλιψη ως τα κυριότερα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την ΑΘΛ. Και τα τέσσερα αυτά συμπτώματα σχετιζόνταν θετικά με τα επίπεδα της προλακτίνης τη 2η, 4η και 6η ημέρα της λοχείας, με εξαίρεση την κατάθλιψη την 6η ημέρα.

Οι Heidrich et al⁴¹ βρήκαν μόνο μια τάση για συσχέτιση της διάθεσης την 3η ημέρα της λοχείας με την αλλαγή στη συγκέντρωση της προλακτίνης από την ημέρα του τοκετού έως την 3η ημέρα της λοχείας.

Αντίθετα, οι Nappi et al,³⁵ Nott et al,⁴³ O'Hara et al⁴² και Kuevi et al³⁶ αναφέρουν ότι δεν βρέθηκε διαφορά στα επίπεδα της προλακτίνης ανάμεσα στην ομάδα των γυναικών που ανέπτυξαν ΑΘΛ και στην ομάδα ελέγχου (λεχιδες που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ).

Θυρεοειδικές ορμόνες: Αν και οι θυρεοειδικές ορμόνες σχετίζονται άμεσα τόσο με ορισμένες αγχώδεις διαταραχές όσο και με διαταραχές της διάθεσης, δεν

έχει μελετηθεί επαρκώς η συσχέτιση της θυρεοειδικής λειτουργίας με την ΑΘΛ.

Οι Ijuin et al⁴⁶ αναφέρουν ότι τα χαμηλά επίπεδα FT3 την 5η ημέρα της λοχείας σχετίζονταν με την ανάπτυξη ΑΘΛ.

Οι Kuijpers et al⁴⁷ διαπίστωσαν συσχέτιση της μεταλόχειας κατάθλιψης με την ανίχνευση αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων (αντι-TPO) στην έναρξη της κυοφορίας.

Νευροδιαβίβαση

α. Ενδογενείς αμίνες

L-τροπτοφάνη: Οι Maes et al⁴⁸ αναφέρουν ότι στη λοχεία η συγκέντρωση L-τροπτοφάνης στο πλάσμα ήταν χαμηλότερη στις λεχιδες συγκριτικά με γυναίκες που έπαιρναν αντισυλληπτικά και με φυσιολογικούς μάρτυρες. Αντίθετα, ο λόγος τροπτοφάνης/αμινοξέα (που ανταγωνίζονται την τροπτοφάνη για τη δίοδο από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό) δεν διέφερε στις τρεις ομάδες. Υπήρχε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη συγκέντρωση της L-τροπτοφάνης και στην ΑΘΛ.

Οι Kohl et al⁴⁹ βρήκαν συσχέτιση της εμφάνιση ΑΘΛ με τα χαμηλά επίπεδα ολικής τροπτοφάνης στο πλάσμα μετά τον τοκετό.

α₂-αδρενεργικοί υποδοχείς: Οι Metz et al⁴⁰ και Best et al¹² αναφέρουν ότι ο αριθμός των α₂-αδρενεργικών υποδοχέων στα αιμοπετάλια εγκύων γυναικών πριν τον τοκετό ήταν μεγαλύτερος του αντίστοιχου μη εγκύων γυναικών (ομάδα ελέγχου) και μειωνόταν φυσιολογικά μετά τον τοκετό ανταποκρινόμενος στη μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Η ομάδα των γυναικών που δεν εμφάνισαν ΑΘΛ, 7–10 ημέρες μετά τον τοκετό είχαν την ίδια ικανότητα σύνδεσης στους α₂-αδρενεργικούς υποδοχείς των αιμοπεταλίων με την ομάδα ελέγχου. Αντίθετα, η ομάδα των γυναικών που εμφάνισαν ΑΘΛ είχαν μεγαλύτερη ικανότητα σύνδεσης στους α₂-αδρενεργικούς υποδοχείς των αιμοπεταλίων 7–10 ημέρες μετά τον τοκετό, σε σύγκριση τόσο με την ομάδα που δεν εμφάνισε ΑΘΛ όσο και με την ομάδα ελέγχου. Οι συγγραφείς διατυπώνουν την υπόθεση ότι οι γυναίκες με υψηλή α₂-αδρενεργική ικανότητα σύνδεσης μπορεί να έχουν προδιάθεση για εμφάνιση ΑΘΛ.

Κατεχολαμίνες: Οι Kuevi et al³⁶ μέτρησαν τα επίπεδα των κατεχολαμινών στο αίμα και βρήκαν ότι, στην ομάδα των γυναικών που εμφάνισαν συμπτώματα ΑΘΛ μόνο μία ημέρα, τα επίπεδα ήταν χαμηλότερα

εκείνη την ημέρα σε σύγκριση με τις προηγούμενες και τις μεταγενέστερες ημέρες. Επίσης, στην ομάδα των γυναικών που παρουσίασαν συμπτώματα ΑΘΛ καθόλη τη διάρκεια της μελέτης (2η–5η ημέρα της λοχείας) τα επίπεδα των κατεχολαμινών ήταν χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των γυναικών που δεν εμφάνισαν καθόλου τη διαταραχή.

β. Ενδορφίνες

Κατά τον τοκετό, τα επίπεδα της β-ενδορφίνης είναι 30 φορές υψηλότερα των αντίστοιχων τιμών φυσιολογικών μη εγκύων γυναικών. Μετά τον τοκετό, η συγκέντρωση της β-ενδορφίνης παρουσιάζει ραγδαία πτώση, ιδιαίτερα την 1η ώρα μετά την ολοκλήρωση του τοκετού, φθάνοντας στα φυσιολογικά επίπεδα στο τέλος του 1ου 24ώρου.⁵⁰

Σύμφωνα με τους Brinsmead et al,⁵¹ η επιδείνωση των γνωσιακών επιδόσεων τη 2η–4η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με τη μείωση των επιπέδων της β-ενδορφίνης από την ημέρα του τοκετού έως την 4η ημέρα. Οι Kinball et al⁵² διαπίστωσαν συσχέτιση της βαρύτητας της ΑΘΛ με τα χαμηλά επίπεδα β-ενδορφίνης. Οι συγγραφείς υποθέτουν ότι η ΑΘΛ μπορεί να οφείλεται στην ελάττωση των αποθεμάτων ενδορφίνης λόγω του stress του τοκετού. Η ελάττωση αυτή οδηγεί στην εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων (ΑΘΛ) καθώς τα επίπεδα της ενδορφίνης μειώνονται απότομα μετά τον τοκετό, μετά από μια περίοδο πολλών μηνών ιδιαίτερα υψηλών συγκεντρώσεών της.

Ανοσολογικοί παράγοντες

Οι Maes et al⁵³ αναφέρουν ότι λεχιδες με υψηλές τιμές στις μετρήσεις άγχους την 1η και 3η ημέρα της λοχείας εμφάνιζαν αυξημένες συγκεντρώσεις στο πλάσμα ιντερλευκίνης 6 (IL-6) και του ανταγωνιστή του υποδοχέα της IL-1 (IL-1RA), καθώς και χαμηλότερες συγκεντρώσεις του υποδοχέα του ανασταλτικού παράγοντα της λευχαιμίας (LIFR). Παρομοίως, λεχιδες με αυξημένες τιμές στις μετρήσεις κατάθλιψης τις ίδιες ημέρες είχαν αυξημένες συγκεντρώσεις στο πλάσμα IL-6 και (IL-1RA). Τα παραπάνω ευρήματα είναι ενδεικτικά ενεργοποίησης του συστήματος απόκρισης στη φλεγμονή (IRS: inflammatory response system) στις λεχιδες με αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα στη λοχεία. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η ενεργοποίηση του IRS μπορεί να συμμετέχει στην αιτιοπαθογένεια της ΑΘΛ.

Αναιμία και φυλλικό οξύ

Οι Meyer et al⁵⁴ μελέτησαν τη σχέση αναιμίας και εμφάνισης ΑΘΛ. Οι συγγραφείς υπέθεσαν ότι οι γυναίκες που θα παρουσιάσουν αναιμία (Ht<10 g/dL) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ΑΘΛ και ότι η θεραπεία της αναιμίας με ανθρώπινη ανασυνδρασμένη ερυθροποιητίνη (rhEPO) θα βελτιώνει τη συμπτωματολογία του φαινομένου. Η μελέτη επιβεβαίωσε την πρώτη υπόθεση, δηλαδή οι γυναίκες που εμφάνισαν αναιμία εκδήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ΑΘΛ, αλλά όχι και τη δεύτερη.

Επίσης, οι Rouillon et al⁵⁵ μελέτησαν την επίδραση του φυλλικού οξέος στην ΑΘΛ. Το φυλλικό οξύ, εκτός από το ρόλο του στην ερυθροποίηση, είναι απαραίτητο και για τη σύνθεση άλλων πρωτεϊνικών μορίων, όπως της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης. Στην ανωτέρω μελέτη δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα του φυλλικού οξέος του πλάσματος και των ερυθροκυττάρων και στην εμφάνιση ΑΘΛ την 3η ημέρα της λοχείας.

Ύπνος

Οι Wilkie και Shapiro⁵⁶ αναφέρουν θετική συσχέτιση της ΑΘΛ αφενός με διαταραχή του ύπνου στα τελικά στάδια της κύησης και αφετέρου με τον τοκετό που γίνεται κατά τις βραδινές ώρες.

Γυναικολογικοί παράγοντες

Γυναικολογικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με τον τοκετό

Έχουν μελετηθεί διεξοδικά μια σειρά από γυναικολογικούς παράγοντες που αφορούν στον τοκετό, από τον ημερολογιακό μήνα του τοκετού έως ακόμα και το ποσό της απώλειας αίματος. Αναλυτικότερα:

Οι Hannah et al⁵⁷ βρήκαν ότι η κακή διάθεση την 5η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με τοκετό που γίνεται με καισαρική τομή, με εργώδη τοκετό και με χαμηλό βάρος του νεογνού (<2 kg).

Σύμφωνα με τους Ferber et al,⁵⁸ η καταστροφολογία του πόνου του τοκετού από την επίτοκο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ΑΘΛ στη λοχεία.

Οι O'Hara et al⁴² δεν διαπίστωσαν συσχέτιση μεταξύ εμφάνισης ΑΘΛ και στρεσογόνων συμβάντων κατά τον τοκετό. Παρόμοια αρνητικά ευρήματα αναφέρουν τόσο οι Nagata et al⁵⁹ για το φύλο του νεογνού, το βάρος του, τη σειρά γέννησης και τη μέθοδο του τοκετού, όσο και οι Hay και Levy¹⁰ σχετικά με τη μέθοδο του τοκετού και την κατάσταση της υγείας του παιδιού.

Θηλασμός

Οι Hannah et al⁵⁷ βρήκαν ότι η κακή διάθεση την 5η ημέρα της λοχείας σχετίζεται με την αποχή από το θηλασμό. Παρόμοια ευρήματα αναφέρουν και οι Thalassinos et al^{60,61} και Georgas et al.⁶²

Αντίθετα, τόσο ο Bonnin¹⁶ όσο και οι Lanczik et al⁶³ αναφέρουν ότι οι γυναίκες που θήλαζαν είχαν υψηλότερες τιμές στις μετρήσεις κατάθλιψης τις πρώτες ημέρες της λοχείας (πιθανώς, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, λόγω των υψηλότερων επιπέδων προλακτίνης).

Οι Kendell et al,^{64,65} ο Davidson,⁶⁶ οι Nott et al,⁴⁴ οι O'Hara et al⁴² και οι Hay και Levy¹⁰ δεν διαπίστωσαν σχέση θηλασμού και ΑΘΛ.

Παράγοντες σχετιζόμενοι

με την αναπαραγωγική ζωή της γυναίκας

Εμμηνο ρύση

Οι Nott et al,⁴⁴ Condon και Watson,⁶⁷ καθώς και ο Henshaw,⁶⁸ αναφέρουν συσχέτιση της ΑΘΛ με το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο τάσης. Αντίθετα, ο Harris^{69,70} δεν διαπίστωσε συσχέτισή της με δυσκολίες σχετιζόμενες με την έμμηνο ρύση.

Αριθμός προηγούμενων τοκετών

Συσχέτιση της ΑΘΛ με το να είναι η γυναίκα πρωτοτόκος αναφέρουν οι Nott et al,⁴⁴ Gard et al,⁷¹ Pop et al^{72,73} και Lanczik et al.⁶³

Αντίθετα, ο Davidson⁶⁶ αναφέρει αυξημένη συχνότητα ΑΘΛ σε γυναίκες πολυτόκους.

Οι O'Hara et al,⁴² Kendell et al^{64,65} και Hay και Levy¹⁰ δεν βρήκαν συσχέτιση της εμφάνισης ΑΘΛ με τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών.

Αμβλωση

Ο Devore⁷⁴ δεν διαπίστωσε συσχέτιση μεταξύ αναφερόμενης άμβλωσης και εμφάνισης ΑΘΛ.

Εμμηνόπαυση

Σύμφωνα με την έρευνα των Stewart και Boydell,⁷⁵ γυναίκες που εμφανίζουν υψηλού βαθμού ψυχολογική δυσφορία την περίοδο της εμμηνόπαυσης αναφέρουν, αναδρομικά, συχνότερα εμφάνιση ΑΘΛ, μεταλόχειας κατάθλιψης, ιστορικό κατάθλιψης και λήψης αντικαταθλιπτικής αγωγής και, τέλος, δυσφορία οφειλόμενη στη λήψη αντισυλληπτικών και στο προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο τάσης.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Δημογραφικά στοιχεία: Οι O'Hara et al⁴² δεν διαπίστωσαν συσχέτιση της ΑΘΛ με την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης.

Οι Hay και Levy¹⁰ αναφέρουν μειωμένη επίπτωση ΑΘΛ σε γυναίκες ηλικίας 35–39 ετών, δεν βρήκαν όμως συσχέτιση με άλλους δημογραφικούς παράγοντες, όπως την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ενασχόληση ή τα έτη παραμονής στο Χονγκ-Κονγκ, όπου πραγματοποιήθηκε η μελέτη τους.

Αρνητικά ευρήματα αναφέρουν, τέλος, και οι Nagata et al^{58,59} και Rouillon et al⁵⁵ για την ηλικία, το είδος της εργασιακής απασχόλησης και την εκπαίδευση των δύο συζύγων.

Όπως γίνεται φανερό από τις παραπάνω μελέτες, δεν προκύπτουν δεδομένα συσχέτισης των δημογραφικών στοιχείων με την εμφάνιση ΑΘΛ.

Ψυχιατρικό αναμνηστικό ιστορικό: Οι O'Hara et al,⁴² Andreoli et al,⁷⁶ καθώς και ο Henshaw,⁶⁸ αναφέρουν συσχέτιση της εμφάνισης ΑΘΛ τόσο με το ατομικό ιστορικό κατάθλιψης όσο και με το κληρονομικό ιστορικό κατάθλιψης σε συγγενή πρώτου βαθμού.

Ο Harris^{9,69,70} και οι Okano και Nomura³² δεν βρήκαν συσχέτιση της ΑΘΛ με την εμφάνιση της διαταραχής σε προηγούμενη λοχεία.

Γεγονότα ζωής: Οι Pop et al^{72,73} και O'Hara et al⁴² αναφέρουν συσχέτιση της ΑΘΛ με πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής.

Κύηση: Ο Harris⁷⁶ δεν διαπίστωσε συσχέτιση της ΑΘΛ με δυσφορία σε σχέση με την κύηση, με επιθυμία για το παιδί (και για το φύλο του), με προγραμματισμό της εγκυμοσύνης και με φόβο για τον τοκετό. Αντίθετα, η εμφάνιση της διαταραχής συσχετιζόταν με επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και υστερίας τον 8ο μήνα της εγκυμοσύνης και με αναφορά επεισοδίου κλάματος δύο εβδομάδες πριν από τον τοκετό.

Σύμφωνα με τους Murata et al⁷⁷ και Henshaw,⁶⁸ η κακή συναισθηματική κατάσταση πριν από την εγκυμοσύνη συσχετίζεται με καταθλιπτικά συναισθήματα μετά τον τοκετό.

Οι Knight και Thirkettle^{78,79} αναφέρουν ότι οι μόνοι παράγοντες που προέβλεπαν την εμφάνιση ΑΘΛ ήταν το άγχος και ο φόβος για τον τοκετό. Δεν βρέθηκε συσχέτιση της διαταραχής με την αναμενόμενη ή την πραγματική εμπειρία του τοκετού, καθώς και το αν η εγκυμοσύνη ήταν επιθυμητή ή όχι.

Παράγοντες σχετιζόμενοι με την προσωπικότητα: Οι Murata et al⁸⁰ αναφέρουν ότι η εμφάνιση της ΑΘΛ σχετίζεται με υψηλές βαθμολογίες στις υποκλίμακες υποχονδρίας, κατάθλιψης και παράνοιας στο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Το παραπάνω εύρημα, κατά τους συγγραφείς, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που θα εμφανίσουν ΑΘΛ είναι πιο ευαίσθητες στον πόνο του τοκετού και αναστατώνονται πιο εύκολα από τη στάση των ανθρώπων γύρω τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

Οι Ehler et al³¹ αναφέρουν συχνότερη εμφάνιση ΑΘΛ σε γυναίκες που ήταν αγχώδεις (το άγχος μετρήθηκε ως στοιχείο της προσωπικότητας) και χρησιμοποιούσαν παθητικούς τρόπους για την αντιμετώπιση των δυσμενών καταστάσεων (coping strategies). Οι Γονιδάκης και συν⁸¹ διαπίστωσαν συσχέτιση της εμφάνισης της διαταραχής με υποχονδρικά στοιχεία της προσωπικότητας.

Ο Henshaw,⁶⁸ σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αναφέρει συσχέτιση της θλίψης της μητρότητας με το νευρωτισμό.

Οικογένεια: Οι Murata et al⁸⁰ βρήκαν ότι η εμφάνιση της ΑΘΛ ήταν πιο συχνή σε γυναίκες που ένιωθαν ότι δεν είχαν δεχθεί αρκετή φροντίδα από τη μητέρα τους όταν ήταν παιδιά, καθώς και σε γυναίκες με ανεπαρκή υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από το σύζυγό τους, τη μητέρα τους ή άλλους συγγενείς.

Οι Ehler et al³¹ και M'Bailara et al⁸² αναφέρουν συσχέτιση της ΑΘΛ με τη δυσaréσκεια των γυναικών από το γάμο τους και τη δυσκολία αποδοχής του μητρικού τους ρόλου.

Παραμονή στο μαιευτήριο: Σε πρόσφατη μελέτη των Sakumoto et al⁸³ συγκρίθηκαν οι γυναίκες που, κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, είχαν τα νεογνά μαζί τους στο δωμάτιο νοσηλείας τους, με εκείνες των οποίων τα νεογνά παρέμεναν σε ειδικό θάλαμο υπό τη φροντίδα των μαιών και οι μητέρες τα φρόντιζαν μόνο κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η ΑΘΛ ήταν πολύ συχνότερη στις γυναίκες της δεύτερης ομάδας.

Ο Bonnin,¹⁶ καθώς και οι Kendell et al,¹¹ βρήκαν ότι οι γυναίκες που εξέρχονται του μαιευτηρίου στις 48 ώρες μετά τον τοκετό εμφανίζουν σε μικρότερο ποσοστό από τις υπόλοιπες καταθλιπτικά συναισθήματα και κλάμα. Μια από τις ερμηνείες που δίνουν οι Kendell et al¹¹ είναι ότι συνήθως οι γυναίκες που

εξέρχονται στις 48 ώρες είναι πολυτόκες και πιθανόν η ΑΘΛ να είναι λιγότερο συχνή σε πολυτόκες συγκριτικά με πρωτοτόκες γυναίκες.

Ωστόσο, η Levy⁸⁴ αναφέρει απουσία συσχέτισης της εμφάνισης ΑΘΛ με τις ημέρες παραμονής στο μαιευτήριο.

Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες: Ορισμένοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η ΑΘΛ είναι λιγότερο συχνή σε μη δυτικού τύπου κοινωνίες ή ότι ακόμα, όπως αναφέρει η Ugarizza,^{85,86} αποτελεί ένα πολιτισμικά εξαρτώμενο σύνδρομο (cultural bound syndrome) το οποίο παρατηρείται στις δυτικές κοινωνίες, όπου έχουν αμβλυνθεί οι υποστηρικτικοί τύπου τελετουργίες και έθιμα για τη λεχιάδα.

Οι Yalom et al,³ αναφερόμενοι στον πληθυσμό των ΗΠΑ της δεκαετίας του '60, τονίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νέες μητέρες σε μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα.

Ο Harris⁶⁹ μελέτησε και κατέγραψε την ΑΘΛ σε Αφρικανές γυναίκες στην Τανζανία, όπου παρατήρησε ότι υπήρχε μεγαλύτερη τάση σωματοποίησης του άγχους σε σχέση με αγγλοσαξονικής καταγωγής γυναίκες, ενώ ο Adewuya⁸⁷ ανέφερε ότι η εμφάνιση της διαταραχής σε Νιγηριανές μητέρες σχετιζόταν με το να είναι η μητέρα άγαμη και το νεογνό θήλυ. Σε παρόμοια μελέτη του Davidson⁸⁸ σε Τζαμαϊκανές μητέρες, αναφέρεται από το συγγραφέα ότι σε συνεντεύξεις με μητέρες που εμφάνισαν ΑΘΛ κυριαρχούσαν οι σκέψεις ότι μετά τον τοκετό η γυναίκα είχε χάσει την ομορφιά της. Το παραπάνω εξηγείται από την πολιτισμική πεποίθηση του Αφροαμερικανικού πληθυσμού της Τζαμαϊκάς ότι η εγκυμοσύνη προσφέρει στη γυναίκα επιπλέον ομορφιά. Μια άλλη πεποίθηση του ίδιου πληθυσμού ήταν ότι η καισαρική τομή θα οδηγούσε σε φτωχότερη υγεία.

Οι Nagata et al,⁸⁹ μελετώντας στην Ιαπωνία την πιθανή ευεργετική επίδραση του εθίμου της επιστροφής της λεχιάδας στη γονική οικογένεια για ένα μήνα μετά τον τοκετό (satogaeri bunben), αναφέρουν ότι δεν βρέθηκε συσχέτιση της ΑΘΛ με το αν τελικά η λεχιάδα ακολούθησε το έθιμο, αν θα είχε βοήθεια για το μέγιστο του παιδιού, αν υπήρχε κάποιος για να ζητήσει συμβουλή ή αν είχε στον κοινωνικό της περίγυρο άλλες γυναίκες με παιδιά παρόμοιας ηλικίας.

Οι Pop et al^{72,73} μελέτησαν τη σχέση της ΑΘΛ με το αν ο τοκετός έγινε στο μαιευτήριο ή στο σπίτι. Αν και στην αρχική στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν γεννήσει στο σπίτι εμφάνιζαν

μικρότερα ποσοστά ΑΘΛ, όταν διορθώθηκε η ανάλυση για να ληφθεί υπόψη και το αν η γυναίκα ήταν πρωτοτόκος ή πολυτόκος (οι γυναίκες που γεννούσαν στο σπίτι τους ήταν κατά κανόνα πολυτόκες), η διαφορά αυτή εξαφανίστηκε.

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Βιολογικές θεραπείες: Στη βιβλιογραφία αναφέρονται δύο σχετικές μελέτες, χωρίς όμως θετικά αποτελέσματα. Στην πρώτη, ο Harris⁷⁰ χορήγησε L-τροπτοφάνη για 10 ημέρες σε λεχιάδες που εμφάνισαν ΑΘΛ. Στη δεύτερη, οι Meyer et al⁵⁴ χορήγησαν rhEPO με στόχο τη βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης των λεχιάδων μέσω βελτίωσης της αναιμίας.

Πρόσφατα, δοκιμάστηκε στην Ιαπωνία το παραδοσιακό φυτικό φάρμακο Xiong qui tiao xue yin, με πολύ θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, στην ομάδα που έλαβε το σκεύασμα μειώθηκε κατά 50% το ποσοστό των γυναικών που εμφάνισαν ΑΘΛ.⁹⁰

Ψυχολογικές θεραπείες και παρεμβάσεις: Σε ψυχολογικό επίπεδο, οι περισσότεροι συγγραφείς τονίζουν την αξία της ψυχοεκπαίδευσης, τόσο πριν από τον τοκετό όσο και κατά την εμφάνιση συμπτωμάτων ΑΘΛ. Ας σημειωθεί ότι δεν υπάρχουν ευρύτερα αποδεκτές οδηγίες για το πώς, τότε και από ποιον πρέπει να αντιμετωπιστεί η ΑΘΛ.

Οι Gale και Harlow⁹¹ και Kleeb et al⁹² προτείνουν ως τρόπο αντιμετώπισης της ΑΘΛ κυρίως την ψυχοεκπαίδευση και την καθυσύχασση των γυναικών για τον παροδικό και ήπιο χαρακτήρα της θλίψης της μητρότητας. Στον τομέα της πρόληψης, οι ίδιοι συγγραφείς προτείνουν –λόγω της υψηλής συχνότητας της διαταραχής– την πληροφόρηση των γυναικών, όταν πλησιάζουν στην ημερομηνία του τοκετού, για την πιθανότητα εμφάνισης θλίψης της μητρότητας.

Οι Newport et al,⁹³ σε μια πρόσφατη ανασκόπηση των δεδομένων για τη μεταλόχεια κατάθλιψη, τονίζουν ότι 20% των γυναικών που εμφάνισαν θλίψη της μητρότητας διατρέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης μεταλόχειας κατάθλιψης εντός του 1ου έτους από τον τοκετό. Ο Ferber⁹⁴ βρήκε ότι οι πρωτοτόκες μητέρες με θλίψη της μητρότητας εμφανίζουν μειωμένη σωματική επαφή με το βρέφος.

Τα παραπάνω τονίζουν την αναγκαιότητα σχεδιασμού παρεμβάσεων για τη θλίψη της μητρότητας, η οποία, αν και παροδική και ήπια, μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική ανάπτυξη του νεογνού και, επιπλέον, πιθανόν να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη μεταλόχειας κατάθλιψης.

Maternity blues

F. Gonidakis

1st Psychiatry Clinic, "Eginition" Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2007, 18:132–142

Maternity blues is a transient change of mood that occurs mainly between the 1st and 10th day of puerpartum and is characterized by bursts of tears, mild depressive mood, anxiety and lability of mood. The frequency of maternity blues varies in different studies from 4% to 80%. A number of biological and psychosocial parameters have been studied in order to determine their correlation with maternity blues. The most well studied biological parameters are progesterone and cortisol although their relation with maternity blues has not yet been clearly defined. Stress and the emotional state of the woman during pregnancy as well as history of mood disorders or maternity blues in a previous birth are the psychosocial parameters that are more likely to correlate with the occurrence of maternity blues. Most of the authors suggest that information on maternity blues and reassurance of the woman are the best way to deal with maternity blues both on preventive and therapeutic basis.

Key words: Puerpartum, maternity blues.

Βιβλιογραφία

1. Savage G. Observations on the insanity of pregnancy and childbirth. *Guy's Hosp Rep* 1875, 20:83–117
2. Hamilton JA. *Postpartum psychiatric problems*. CV Mosby Co, St Louis, 1962
3. Yalom I, Lunde DT, Moos RH et al. Postpartum blues' syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1968, 18:16–27
4. Pitt B. Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1973, 122:431–433
5. Pitt B. A typical depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968, 114:1325–1335
6. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry* 1986, 155:356–362
7. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological and psychiatric factors. *Br J Psychiatry* 1986, 155:367–373
8. Kennerley H, Gath D. Maternity blues reassessed. *Psychiatr Dev* 1986, 4:1–17
9. Harris B, Lovett L, Newcombe R et al. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *Br Med J* 1994, 308:949–953
10. Hau F, Lev. The maternity blues and Hong-Kong Chinese women: an exploratory study. *J Affect Disord* 2003, 75:197–203
11. Kendell RE, Mackenzie WE, West C et al. Day to day changes after childbirth: Further data. *Br J Psychiatry* 1984, 145:620–625
12. Best NR, Wiley M, Stump K et al. Binding of tritiated yohimbine to platelets in women with maternity blues. *Psychol Med* 1988, 18:837–842
13. Rodhe LA, Busnello E, Wolf A et al. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand* 1997, 95:231–235
14. Taylor A, Doran C, Glover V. Urinary phenylethylamine and cortisol levels in the early puerperium. *J Affect Disord* 1996, 37:137–142
15. Taylor A, Littlewood J, Adams D et al. Serum cortisol levels are related to mood of elation and dysphoria in new mothers. *Psychiatry Res* 1994, 54:241–247
16. Bonnin F. Cortisol levels in saliva and mood changes in early puerperium. *J Affect Disord* 1992, 26:231–239
17. Sutter AL, Leroy V, Dallay D et al. Postpartum blues and mild depression symptomatology at days three and five after delivery. A French cross sectional study. *J Affect Disord* 1997, 44:1–4
18. Beck CT. Predictors of postpartum depression. An update. *Nurs Res* 2001, 50:275–285
19. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996, 45:297–303
20. Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994, 29:250–264
21. Kumar R. An overview of postpartum psychiatric disorders. *NAACOGS Clin Issu Perinat Women Health Nurs* 1990, 1:351–358
22. Harris B. Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1980, 136:520–521
23. Tsukasaki M, Ohta Y, Oishi K et al. Types and characteristics of short-term course of depression after delivery: using Zung's Self-Rating Depression Scale. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1991, 45:565–576

24. Braunstein G. Endocrine changes in pregnancy. In: *Williams' textbook of endocrinology*. 10th ed. WB Saunders Co, Philadelphia, 2003:795–810
25. Μανιάς Ν. Ενδοκρινολογία της κήσεως. Στο: Σέγκκος Χ, Μανιάς Ν (Συντ.) *Γυναικολογική Ενδοκρινολογία*. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992:469–485
26. Magiakou MA, Mastorakos G, Webster E et al. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system. *Ann N Y Acad Sci* 1997, 816:42–56
27. Magiakou MA, Mastorakos G, Rabin D et al. Hypothalamic corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartum period: Implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. *J Clin Endocrinol Metab* 1997, 81: 1912–1917
28. Goland S, Wardlaw S, Stark R et al. High levels of corticotropin-releasing hormone immunoreactivity in maternal and fetal plasma during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab* 1986, 63: 1199–1203
29. Maes M, Claes M, Schotte C et al. Disturbances in dexamethasone suppression test and lower availability of L-tryptophane and tyrosine in early puerperium and in women under contraceptive therapy. *J Psychosom Res* 1992, 36:191–197
30. Kalandaridou SN, Makrigiannakis A, Mastorakos G et al. Roles of reproductive corticotropin releasing hormone. *Ann N Y Acad Sci* 2003, 997:129–135
31. Ehler U, Pattala U, Kirschbaum C et al. Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. *J Psychosom Res* 1990, 34:319–325
32. Okano T, Nomura J. Endocrine study of the maternity blues. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1992, 16:921–932
33. Handley SL, Dunn TL, Waldron G et al. Tryptofane, cortisol and puerperal mood. *Br J Psychiatry* 1980, 136:498–508
34. Feski A, Harris B, Walker RF et al. Maternity blues and hormone levels in saliva. *J Affect Disord* 1984, 6:351–355
35. Nappi R, Petraglia F, Luisi S et al. Serum allopregnanolone in women with postpartum blues. *Obstet Gynaecol* 2002, 97:77–80
36. Kuevi V, Causon A, Dixon AF et al. Plasma amine and hormone changes in post-partum blues. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1983, 19:39–46
37. Majewska MD, Ford-Rice F, Falkey G. Pregnancy-induced alterations in GABA_A receptor sensitivity in maternal brain: an antecedent of post-partum “blues”? *Brain Res* 1989, 482:397–401
38. Mellon SH, Deschepper CF. Neurosteroids biosynthesis: genes for adrenal steroidogenic enzymes are expressed in the brain. *Brain Res* 1993, 629:283–292
39. Arpel J. The female brain hypoestrogenic continuum from the premenstrual syndrome to menopause. A hypothesis and review of supporting data. *J Reprod Med* 1996, 41:633–639
40. Metz A, Cowen P, Gelder M et al. Changes in platelet α_2 -adrenoceptor binding post partum: possible relation to maternity blues. *Lancet* 1983, i:495–498
41. Heidrich A, Schleyer M, Spingler H et al. Postpartum blues: relation between non protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes. *J Affect Disord* 1994, 30:93–98
42. O'Hara M, Schlechte J, Lewis D et al. Prospective study of postpartum blues. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48:801–806
43. Granger ACP, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001, 22:49–55
44. Nott PN, Franklin M, Armitage C et al. Hormonal changes and mood in the puerperium. *Br J Psychiatry* 1976, 127:379–383
45. George AJ, Copeland JPM, Wilson KCM. Prolactin secretion and the postpartum blues syndrome. *Br J Pharmacol* 1980, 70:102P
46. Ijuin T, Douchi T, Yamamoto S et al. The relationship between maternity blues and thyroid dysfunction. *J Obstet Gynaecol Res* 1998, 24:49–55
47. Kuijpers L, Vader L, Drexhage A et al. Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression post partum. *Eur J Endocrinol* 2001, 145:579–584
48. Maes M, Claes M, Schotte C et al. Disturbances in dexamethasone suppression test and lower availability of L-tryptophane and tyrosine in early puerperium and in women under contraceptive therapy. *J Psychosom Res* 1992, 36:191–197
49. Kohl C, Walsch T, Huber R et al. Measurement of tryptophan, kynurenine and neopeptin in women with and without postpartum blues. *J Affect Disord* 2005 86:135–142
50. Newman JP, Dennett P, Ferron S et al. A study of the relationship between circulating β -endorphin-like immunoreactivity and post partum blues. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1984, 20:167–177
51. Brinsmead M, Smith R, Singh B et al. Peripartum concentrations of beta endorphin and cortisol and maternal mood changes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1985, 25:194–197
52. Kimball C, Chang C, Champman M. Endogenous opioid peptides in intrapartum uterine blood. *Am J Obstet Gynecol* 1984, 149:79–82
53. Maes M, Lin A, Ombelet W et al. Immune activation in the early puerperium is related to postpartum anxiety and depressive symptoms. *Psychoendocrinology* 2000, 25:121–137
54. Meyer J, Eichhorn KH, Vetter K et al. Does recombinant human erythropoietin not only treat anemia but reduce postpartum (emotional) distress as well? *J Perinat Med* 1995, 23:99–109
55. Rouillon F, Thalassinos M, Miller HD et al. Follates and post partum depression. *J Affect Disord* 1992, 25:235–241
56. Wilkie G, Shapiro CM. Sleep deprivation and the postnatal blues. *J Psychosom Res* 1992, 36:309–316
57. Hannah P, Adams D, Lee A et al. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992, 160:777–780
58. Ferber SG, Granot M, Zimmer EZ. Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 192:826–831
59. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H et al. Maternity blues and attachment to children in mothers of full term normal infants. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 101:209–217
60. Thalassinos M, Zittoun C, Rouillon F et al. Anxiety and depressive disorders in the postpartum period in pregnant females. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993, 22:101–106
61. Thalassinos M, Rouillon F, Engelmann P et al. Study of the relation of gynecologic and obstetric findings and psychological disorders of pregnancy and the puerpartum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988, 17:879–887
62. Georgas J, Giakoumaki E, Georgoulas N et al. Psychosocial stress and its relation to obstetrical complications. *Psychother Psychosom* 1984, 41:200–206
63. Lanczik M, Spingler H, Heidrich A et al. Post partum blues: depressive disease or pseudoneurasthenic syndrome? *J Affect Disord* 1992, 25:47–52
64. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y et al. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord* 1981, 3:317–326
65. Kendell RE, Mackenzie WE, West C et al. Day to day changes after childbirth: Further data. *Br J Psychiatry* 1984, 145:620–625

66. Davidson JRT. Post partum mood change in Jamaican women: A description and discussion on its significance. *Br J Psychiatry* 1972, 121:659–663
67. Condon JT, Watson TL. The maternity blues: Exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatr Scand* 1987, 76:164–171
68. Hensaw C. Mood disturbances in the early puerperium: a review. *Arch Women Ment Health* 2003, 6(Suppl 2):S33–S42
69. Harris B. Maternity blues in East African clinic attenders. *Arch Gen Psychiatry* 1981, 38:1293–1295
70. Harris B. Prospective trial of L-tryptofan in maternity blues. *Br J Psychiatry* 1980, 137:233–235
71. Gard PR, Handley SI, Parsons AD et al. A multivariate investigation of postpartum mood disturbance. *Br J Psychiatry* 1986, 148:567–575
72. Pop VJ, Wijnen HA, Van Montfort M et al. Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1995, 102:701–706
73. Pop VJ, De Geus CA, Van Son MM et al. Prevalence of postpartum depression or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993, 72:354–358
74. Devore NE. The relationship between previous elective abortions and postpartum depressive reactions. *JOGN Nurs* 1979, 8:237–240
75. Stewart DE, Boydell K. Psychological distress during menopause: associations across the reproductive cycle. *Int J Psychiatry Med* 1993, 23:157–162
76. Andreoli C, D'Addato F, Andreoli F et al. Early puerperal depression: the puerperal blues. *Minerva Ginecol* 1989, 41:173–176
77. Harris B, Lovett L, Smith J et al. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum and its hormonal correlation across the peripartum period. *Br J Psychiatry* 1996, 168:739–744
78. Knight R, Thirkettle A. The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post partum period. *J Psychosom Res* 1987, 31:351–357
79. Knight R, Thirkettle A. Anxiety and depression in the immediate post-partum period controlled investigation of a primiparous sample. *Aust N Z J Psychiatry* 1986, 20:430–436
80. Murata A, Nadaoka T, Morioka Y et al. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest* 1998, 46:99–104
81. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E et al. Maternity blues in Athens Greece. A study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord* 2006, 28 (In press)
82. M'Bailara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E et al. Baby blues: characterization and influence of psycho-social factors. *Encephale* 2005, 31:331–336
83. Sakumoto K, Masamoto H, Kanazawa K. Post-partum maternity blues as a reflection of newborn nursing care in Japan. *Int J Gynecol Obstet* 2002, 78:25–30
84. Levy V. The maternity blues in post-partum and post-operative women. *Br J Psychiatry* 1987, 151:368–372
85. Ugarizza DN, Robinson MK. Assessment of postpartum depression: a review of the research data. *Online J Knowl Synth Nurs* 1997, 4:6
86. Ugarizza DN. Postpartum affective disorders: incidence and treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997, 30:29–32
87. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005, 193:1522–1525
88. Davidson JRT. Post partum mood change in Jamaican women: A description and discussion on its significance. *Br J Psychiatry* 1972, 121:659–663
89. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H et al. Depression in the mother and maternal attachment—results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology* 2003, 36:142–151
90. Ushiroyama T, Sakuma K, Ueki M. Efficacy of the kampo medicine xiong-qi-tio-xue-yin, a traditional herbal medicine, in the treatment of maternity blues syndrome in the postpartum period. *Am J Chin Med* 2005, 33:117–126
91. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003, 24:257–266
92. Kleeb B, Rageth CJ. Influence of prophylactic information on the frequency of baby blues. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2005, 209:22–28
93. Newport J, Hostetter A, Arnold A et al. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002, 63(Suppl 7):31–44
94. Ferber SG. The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity. *Early Hum Dev* 2004, 79:65–75

Αλληλογραφία: Φ. Γονιδάκης, Φειδιππίδου 6, 115 26 Αθήνα
 Τηλ.: 210-77 98 385, 6977 370 056
 e-mail: fragoni@yahoo.com

Ερευνητική εργασία Research articles

Οι δυνατότητες πρόσβασης των μαθητών με «δυσλεξία» στην τριτοβάθμια εκπαίδευση

**Β. Ρότσικα, Μ. Βλασσοπούλου, Ε. Ρογκάκου, Π. Πολίτου,
Α. Δρεμέτσικα, Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος**

*Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής,
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα*

Ψυχιατρική 2007, 18:143–149

Οι μαθητές με ειδική αναπτυξιακή διαταραχή σχολικών ικανοτήτων (δυσλεξία) έχουν τη δυνατότητα να εξεταστούν προφορικά στις πανελλαδικές εξετάσεις, εφόσον έχουν γνωμάτευση από έναν επίσημο δημόσιο φορέα. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνήσει το ποσοστό επιτυχίας των μαθητών που παρουσιάζουν δυσλεξία στις πανελλαδικές εξετάσεις και τις δυνατότητες εισαγωγής τους στα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η υπόθεσή μας είναι ότι οι μαθητές με δυσλεξία θα έχουν το ίδιο ποσοστό επιτυχίας με το σύνολο των υποψηφίων και ότι θα εισαχθούν κυρίως σε σχολές της θετικής/τεχνολογικής κατεύθυνσης. Το δείγμα αποτελείται από 420 δυσλεξικούς μαθητές που συμμετείχαν στις πανελλαδικές εξετάσεις του 2006. Έγινε συλλογή ανώνυμων στοιχείων από την αρμόδια υπηρεσία του ΥΠΕΠΘ σχετικά με τον αριθμό των δυσλεξικών που εξετάστηκαν, τον αριθμό των επιτυχόντων, τη σχολή επιτυχίας και το γενικό βαθμό πρόσβασης. Τα στοιχεία αυτά προέρχονταν από τρία βαθμολογικά κέντρα της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών και από πέντε βαθμολογικά κέντρα ισάριθμων μεγάλων επαρχιακών πόλεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό επιτυχίας των δυσλεξικών μαθητών στις πανελλαδικές εξετάσεις ήταν 39,76%, σημαντικά χαμηλότερο από αυτό του συνόλου των υποψηφίων, που ήταν 65,36%. Η υπόθεσή μας σχετικά με το ποσοστό επιτυχίας των δυσλεξικών δεν επιβεβαιώθηκε. Η δεύτερη υπόθεσή μας, σχετικά με τη σχολή επιτυχίας, επιβεβαιώθηκε, αφού στη μεγάλη τους πλειοψηφία οι δυσλεξικοί μαθητές πέτυχαν σε σχολές θετικής/τεχνολογικής κατεύθυνσης. Το απόρρητο των στοιχείων δεν μας επέτρεψε να διερευνήσουμε το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το δείκτη νοημοσύνης και την ποιότητα της παιδαγωγικής αποκατάστασης, στοιχεία που θα μας επέτρεπαν μια εκτενέστερη ανάλυση των παραγόντων επιτυχίας/αποτυχίας.

Λέξεις ευρετηρίου: Δυσλεξία, ενήλικοι, πανελλαδικές εξετάσεις, τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Εισαγωγή

Την τελευταία δεκαπενταετία, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα του Υπουργείου Υγείας και τα Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (ΚΔΑΥ) του Υπουργείου Παιδείας δέχονται όλο και περισσότερα αιτήματα για την αξιολόγηση παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Στο νόμο 2817/2000 άρθρο 1 § 2 (6), άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες θεωρούνται τα άτομα που έχουν ειδικές δυσκολίες στη μάθηση, όπως δυσλεξία, δυσαριθμησία και δυσαναγνωσία. Αυτή η κατηγορία αντιστοιχεί στη διάγνωση F81 Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων, του ταξινομητικού συστήματος ICD-10 των Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς. Σε αυτή τη διαγνωστική κατηγορία υπάγονται οι εξής διαταραχές: Ειδική διαταραχή της ανάγνωσης (F81.0), Ειδική διαταραχή του συλλαβισμού (F81.1), Ειδική διαταραχή των αριθμητικών ικανοτήτων (F81.2) και Μικτή διαταραχή των σχολικών ικανοτήτων (F81.3), που αντιστοιχούν στις κατηγορίες που προβλέπει ο νόμος.

Στην Ελλάδα, ο τρόπος εξέτασης στις πανελλαδικές εξετάσεις των μαθητών με δυσλεξία ορίζεται από το Προεδρικό Διάταγμα 60, άρθρο 27 (ΦΕΚ 65, Τεύχος Πρώτο, 30-3-2006), που αναφέρει ότι οι μαθητές με ειδική διαταραχή του λόγου (δυσλεξία), με γνωμάτευση από τα ΚΔΑΥ ή το αντίστοιχο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο, εξετάζονται προφορικά από την επιτροπή εξέτασης των φυσικώς αδυνάτων που συστήνεται στο οικείο βαθμολογικό κέντρο. Οι μαθητές με ειδική διαταραχή του γραπτού λόγου (δυσλεξία) εξετάζονται προφορικά στα ίδια θέματα με τους άλλους υποψηφίους ενώπιον μιας τριμελούς εξεταστικής επιτροπής και βαθμολογούνται από δύο καθηγητές. Σε περίπτωση που η διαφορά της βαθμολογίας των δύο εξεταστών είναι μεγαλύτερη των 12 βαθμών, βαθμολογούνται και από έναν τρίτο, διαδικασία που ισχύει για το σύνολο των υποψηφίων των πανελλαδικών εξετάσεων.

Διεθνώς, υπολογίζεται ότι το ποσοστό των παιδιών που εμφανίζουν ειδική αναπτυξιακή διαταραχή (δυσλεξία) ανέρχεται σε 3–10% του μαθητικού πληθυσμού.¹ Το ποσοστό των παιδιών με δυσλεξία σε 26 χώρες είναι κατά μέσον όρο 7%.² Η Grigorenko³ υποστηρίζει ότι το ποσοστό των παιδιών που παρουσιάζουν δυσλεξία σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV είναι 4%. Οι Demonet και Habib⁴ υπολογίζουν ότι το ποσοστό των παιδιών με ειδική μαθησιακή διαταραχή ανέρχεται σε 8–10% στη Γαλλία. Δεν υπάρχει αντίστοιχη επιδημιολογική έρευνα

στην Ελλάδα για το ποσοστό των μαθητών με ειδική αναπτυξιακή διαταραχή σχολικών ικανοτήτων.

Η εκπαιδευτική εξέλιξη και η επαγγελματική αποκατάσταση των μαθητών με δυσλεξία εξαρτάται από παράγοντες όπως ο δείκτης νοημοσύνης, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας στην οποία μεγαλώνει το δυσλεξικό παιδί και η ποιότητα και η διάρκεια της αποκαταστασιακής φροντίδας. Σε δύο σχετικές αναφορές, παιδιά με υψηλό δείκτη νοημοσύνης (γύρω στο 120), τα οποία προέρχονταν από μέσο ή ανώτερο μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, απέκτησαν το Bachelor σε ποσοστό 60–80%.^{5,6} Αντίθετα, παιδιά με δυσλεξία από το γενικό πληθυσμό είχαν πολύ χειρότερη εξέλιξη: τα μισά περίπου παιδιά εγκατέλειψαν το σχολείο χωρίς εξειδίκευση,⁷ ενώ το ποσοστό ανεργίας σ' αυτά ανερχόταν σε 15% σε σχέση με το 9% του γενικού πληθυσμού, και όσοι εργάζονταν είχαν κυρίως χειρωνακτικές εργασίες ή εργασίες σχετικές με ανθρώπινη επικοινωνία, όπως διοίκηση επιχειρήσεων ή Νοσηλευτική.⁸

Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια σε έρευνες με γερμανόφωνο πληθυσμό^{9–12} και σε έρευνες στη Σλοβενία.¹³

Η Osborne¹⁴ μελέτησε την επίδοση των φοιτητών με δυσλεξία στις εξετάσεις και βρήκε ότι είναι χαμηλότερη από αυτή των άλλων φοιτητών, παρά το γεγονός ότι έχουν περισσότερο χρόνο στη διάθεσή τους καθώς και τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν υπολογιστή αντί να γράψουν με το χέρι.

Σκοπός

Ο σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η διερεύνηση των πιθανοτήτων πρόσβασης των μαθητών με «δυσλεξία» στα εκπαιδευτικά ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και, ακόμα, η διερεύνηση αν η σχολή εισαγωγής ήταν ανώτατο εκπαιδευτικό ίδρυμα (ΑΕΙ) ή τεχνολογικό επαγγελματικό ίδρυμα (ΤΕΙ) και αν ανήκει στη θεωρητική ή στη θετική/τεχνολογική κατεύθυνση.

Υποθέσεις

Η υπόθεσή μας είναι ότι οι μαθητές με δυσλεξία θα έπρεπε να επιτυγχάνουν στο ίδιο ποσοστό με τους μαθητές χωρίς δυσλεξία στις πανελλαδικές εξετάσεις, εφόσον τους παρέχεται η δυνατότητα προφορικής εξέτασης από την επιτροπή φυσικώς αδυνάτων του οικείου βαθμολογικού κέντρου. Οι μαθητές αυτοί δι-αθέτουν νοημοσύνη στο πλαίσιο του φυσιολογικού

και ο συγκεκριμένος τρόπος εξέτασης διασφαλίζει τον αντικειμενικό έλεγχο των γνώσεων, χωρίς να παρεμβάλλεται ο γραπτός λόγος, που εισάγει παραμέτρους σχετικές με την ειδική δυσκολία τους. Η δεύτερη υπόθεσή μας υποστηρίζει ότι οι μαθητές με δυσλεξία επιλέγουν ή επιτυγχάνουν κυρίως σε σχολές που άπτονται του θετικού/τεχνολογικού γνωστικού πεδίου.

Υλικό και μέθοδος

Από την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Παιδείας έγινε συλλογή στοιχείων που αφορούν στον αριθμό των μαθητών του λυκείου με γνωμάτευση δυσλεξίας, που εξετάστηκαν στα αρμόδια βαθμολογικά κέντρα των πανελλαδικών εξετάσεων. Αντλήθηκαν στοιχεία από την ευρύτερη περιοχή των Αθηνών και από πέντε μεγάλες επαρχιακές πόλεις. Από την περιοχή των Αθηνών συλλέχθηκαν στοιχεία από τα βαθμολογικά κέντρα της Ηλιούπολης, του Χαλανδρίου και του Ιλίου, αντιπροσωπευτικά των διαφορετικών κοινωνικο-οικονομικών επιπέδων του μαθητικού πληθυσμού της Αθήνας. Σχετικά με τις επαρχιακές πόλεις, αντλήθηκαν τα αντίστοιχα δεδομένα από τη Θεσσαλονίκη, την Καβάλα, τα Ιωάννινα, το Ηράκλειο της Κρήτης και την Πάτρα. Έγινε συλλογή δεδομένων από 8 βαθμολογικά κέντρα σε σύνολο 28 κέντρων που λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα, δηλαδή από το 28% των κέντρων.

Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 420 μαθητές με πιστοποιητικό δυσλεξίας, που πήραν μέρος στις πανελλαδικές εξετάσεις του Μαΐου 2006 και εξετάστηκαν προφορικά στα βαθμολογικά κέντρα των πόλεων ή περιοχών που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

Δεδομένα

Ελήφθησαν υπόψη ο αριθμός και το ποσοστό των υποψηφίων με δυσλεξία που εισήχθησαν, ο βαθμός εισαγωγής και η σχολή στην οποία εισήχθησαν. Συλλέχθηκαν επίσης στοιχεία που αφορούν στον αριθμό των υποψηφίων στο αντίστοιχο βαθμολογικό κέντρο, το ποσοστό επιτυχίας του συνόλου, καθώς και το μέσο όρο του βαθμού επιτυχίας τους.

Αποτελέσματα

Το ποσοστό των μαθητών με δυσλεξία κυμαίνεται από 0,25–3,61%, ανάλογα με την περιοχή όπου

βρίσκεται το εξεταστικό κέντρο. Χαμηλότερο ποσοστό (0,25–1,5%) εμφάνισαν οι περιοχές Καβάλας, Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων και Πάτρας, ενώ υψηλότερο ποσοστό (1,6–3,61%) το Χαλάνδρι και η Ηλιούπολη στην Αθήνα και το Ηράκλειο της Κρήτης.

Το ποσοστό επιτυχίας των μαθητών με δυσλεξία ανήλθε σε 39,76%, ενώ το αντίστοιχο πανελλαδικά ήταν 65,36%. Η σύγκριση μεταξύ του πανελλαδικού ποσοστού επιτυχίας και του ποσοστού επιτυχίας των δυσλεξικών μαθητών δείχνει ότι η διαφορά μεταξύ τους είναι στατιστικά σημαντική σε $P < 0,0000$. Ο στατιστικός έλεγχος έγινε με το "two sample test of proportion" και το $z = *10.704$.

Τα ποσοστά επιτυχίας διαφέρουν ανάλογα με το βαθμολογικό κέντρο: ποσοστό επιτυχίας μέχρι 30% παρατηρήθηκε στο Ηράκλειο της Κρήτης, στη Θεσσαλονίκη και στο Ίλιον (Αθηνών), ενώ ποσοστό 45% και άνω παρατηρήθηκε στην Ηλιούπολη και το Χαλάνδρι (Αθηνών), στην Πάτρα, τα Ιωάννινα και την Καβάλα. Τα βαθμολογικά κέντρα του Ιλίου και της Θεσσαλονίκης βρίσκονται σε περιοχές με πληθυσμό μάλλον χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, ενώ το Χαλάνδρι και η Ηλιούπολη σε περιοχές με πληθυσμό μέσου ή ανώτερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.

Στον πίνακα 2 αναφέρεται ο αριθμός των δυσλεξικών μαθητών που εισήχθησαν στα ανώτερα και ανώ-

Πίνακας 1. Αριθμός και ποσοστό των δυσλεξικών κατά περιοχή και ποσοστό επιτυχίας στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Περιοχή	Αριθμός δυσλεξι- κών	Σύνολο υποψη- φίων	Αριθμός εισαγο- μένων	Ποσοστό επιτυχίας δυσλεξικών (%)
Ηράκλειο Κρήτης	53	1.868	15	28,30
Ηλιούπολη Αθηνών	95	4.039	42	44,21
Χαλάνδρι	130	3.597	60	46,15
Θεσσαλονίκη	40	2.946	12	30,00
Καβάλα	3	1.170	3	100,00
Ιωάννινα	8	1.053	5	62,50
Ίλιον Αθηνών	58	2.749	14	24,14
Πάτρα	33	3.052	16	48,48
Σύνολα	420	20.474	167	39,76

Πίνακας 2. Αριθμός των εισαχθέντων δυσλεξικών μαθητών ανάλογα με το ίδρυμα και την κατεύθυνση (θεωρητική, θετική/τεχνολογική).

Περιοχή	ΤΕΙ Θεωρητική	ΤΕΙ Θετική/τεχνολογική	ΑΕΙ Θεωρητική	ΑΕΙ Θετική/τεχνολογική	Αστυνομών Αστυφυλάκων
Ηράκλειο Κρήτης		7	2	6	
Ηλιούπολη Αθηνών	1	26	4	9	2
Χαλάνδρι	1	30	12	17	
Θεσσαλονίκη		9	1	1	1
Καβάλα		2		1	
Ιωάννινα		2	1	1	1
Ίλιον Αθηνών		8	2	3	1
Πάτρα		11		5	
Σύνολο	2	95	22	43	5

τατα εκπαιδευτικά ιδρύματα σε σχέση με την κατεύθυνση (θεωρητική, θετική/τεχνολογική).

Από το σύνολο των δυσλεξικών μαθητών που εισήχθησαν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 58,08% εισήχθη σε ΤΕΙ, το 39,92% σε ΑΕΙ και το 2,99% σε σχολές Αστυνομών/Αστυφυλάκων. Σχετικά με την κατεύθυνση, η συντριπτική πλειο-

ψηφία (97,9%) των εισαχθέντων σε ΤΕΙ εισήχθησαν σε σχολές θετικής/τεχνολογικής κατεύθυνσης, ενώ αντίστοιχα από τους εισαχθέντες σε ΑΕΙ το 66,15% εισήχθη σε σχολές θετικής/τεχνολογικής κατεύθυνσης και το 33,48% σε σχολές θεωρητικής κατεύθυνσης.

Από την έρευνά μας είναι εμφανές ότι οι δυσλεξικοί μαθητές επιτυγχάνουν κυρίως την εισαγωγή τους στα ΤΕΙ, σε ποσοστό υπερδιπλάσιο αυτού όλων των εισαγομένων στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Η κλιμάκωση της βαθμολογίας των μαθητών με δυσλεξία δεν διαφέρει σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό από την αντίστοιχη του συνόλου των υποψηφίων των πανελλαδικών εξετάσεων όσον αφορά στις βαθμολογίες 9 και άνω. Αυτό που διαφέρει σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό είναι το ποσοστό των δυσλεξικών μαθητών που πήραν βαθμολο-

Πίνακας 3. Αριθμός και ποσοστό των δυσλεξικών μαθητών που εισήχθησαν σε ΤΕΙ και ΑΕΙ και σύγκριση με το σύνολο των υποψηφίων.

	ΑΕΙ	Ποσοστό επιτυχίας (%)	ΤΕΙ	Ποσοστό επιτυχίας (%)
Σύνολο υποψηφίων	34.435	43,06	31.742	22,29
Δυσλεξικοί	65	38,92	97	58,08

Σημείωση: Οι σχολές Αξιωματικών της Αστυνομίας και Αστυφυλάκων είναι αδιαβάθμητες

Πίνακας 4. Κλιμάκωση του γενικού βαθμού πρόσβασης του συνόλου των μαθητών που εξετάστηκαν πανελλαδικά και των δυσλεξικών μαθητών.

Κλίμακα βαθμολογίας	Σύνολο υποψηφίων	Ποσοστό (%)	Αριθμός δυσλεξικών	Ποσοστό (%)	Στατιστική σημαντικότητα
18-20	5.719	6,20	8	1,90	P=0,6141
16-17,9	11.903	12,70	20	4,76	P=0,2876
14-15,9	12.284	13,20	40	9,52	P=0,5731
12-13,9	12.287	13,10	38	9,04	P=0,4640
10-11,9	12.248	13,10	57	13,57	P=0,3706
9-9,9	6.016	6,4	4	0,95	P=0,6591
>9	32.966	35,3	253	60,23	P=0,000

γία κάτω από το 9 σε σχέση με το ποσοστό όλων των υποψηφίων των πανελλαδικών εξετάσεων του 2006.

Συζήτηση

Το ποσοστό των δυσλεξικών μαθητών που πήραν μέρος στις πανελλαδικές εξετάσεις του 2006, σε σχέση με το σύνολο των υποψηφίων στις περιοχές όπου διενεργήθηκε η έρευνα, είναι 2,05%, δηλαδή πολύ μικρότερο του αναφερόμενου ποσοστού από τη διεθνή βιβλιογραφία, που το τοποθετεί μεταξύ 3–9%.^{1–4} Η απουσία των αντίστοιχων επιδημιολογικών ερευνών στην Ελλάδα δεν μας επιτρέπει να έχουμε ένα πιο συγκεκριμένο μέτρο σύγκρισης. Μπορούμε ίσως να υποστηρίξουμε ότι το ποσοστό των δυσλεξικών μαθητών είναι χαμηλότερο στην Ελλάδα, γιατί η ελληνική γλώσσα είναι «διαφανής»¹⁵ και επομένως δημιουργεί λιγότερες διαταραχές δυσλεξικού τύπου. Μια άλλη πιθανότητα είναι ότι οι μαθητές με δυσλεξία είναι τόσοι όσοι και στις άλλες χώρες, αλλά εγκαταλείπουν νωρίτερα το σχολείο, δηλαδή στο τέλος του γυμνασίου, ή στρέφονται σε τεχνικές-επαγγελματικές σχολές και δεν συμμετέχουν στις πανελλαδικές εξετάσεις.

Συγκεντρώσαμε δεδομένα από 8 βαθμολογικά κέντρα σε σύνολο 28, δηλαδή ποσοστό 28,5% επί του συνόλου των βαθμολογικών κέντρων όλης της Ελλάδας. Στα κέντρα αυτά βαθμολογήθηκαν 20.474 μαθητές, που αποτελούν το 25,67% του συνόλου (79.748 υποψήφιοι κατηγορίας 90%) των υποψηφίων μαθητών στις πανελλαδικές εξετάσεις του 2006. Θεωρούμε ότι τα ευρήματά μας είναι αντιπροσωπευτικά της εκπαιδευτικής εξέλιξης των μαθητών με δυσλεξία. Όπως είναι σαφές, έγινε προσπάθεια συλλογής δεδομένων από 3 περιοχές των Αθηνών που μπορεί να θεωρηθούν ότι αντιπροσωπεύουν περιοχές ανώτερης, μέσης και κατώτερης κοινωνικο-οικονομικής τάξης, καθώς και δεδομένα από μεγάλες επαρχιακές πόλεις στη Β. Ελλάδα, την Ήπειρο, την Πελοπόννησο και την Κρήτη.

Από τους δυσλεξικούς μαθητές που πήραν μέρος στις πανελλαδικές εξετάσεις το 39,76% εισήχθη στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΤΕΙ και ΑΕΙ), ποσοστό που είναι χαμηλότερο του ποσοστού επιτυχίας

όλων των υποψηφίων (65,36%) σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό. Η υπόθεσή μας ότι οι δυσλεξικοί μαθητές θα είχαν το ίδιο ποσοστό επιτυχίας με τους υπόλοιπους δεν επιβεβαιώθηκε. Δηλαδή, παρά το γεγονός ότι τους δίνεται η δυνατότητα να εξεταστούν προφορικά, δεν επιτυγχάνουν στο ίδιο ποσοστό με το σύνολο των υποψηφίων. Βέβαια, δεν είχαμε πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα και τη διάρκεια της αποκαταστασιακής φροντίδας, το επίπεδο νοημοσύνης τους και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των οικογενειών τους, παράγοντες που θεωρούνται σημαντικοί, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Μόνον η ρύθμιση για την προφορική εξέταση των μαθητών με δυσλεξία δεν είναι επαρκής ώστε να εξασφαλίσει ίδιο ποσοστό εισαγωγής τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση με τους υπόλοιπους υποψήφιους.

Η υπόθεσή μας σχετικά με την επιλογή/επιτυχία σε σχολή θετικής/τεχνολογικής κατεύθυνσης επιβεβαιώθηκε, αφού το 98% των εισαχθέντων στα ΤΕΙ και το 66% των εισαχθέντων στα ΑΕΙ εισήχθησαν σε σχολές αυτής της κατεύθυνσης. Τα ευρήματά μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, που βρήκαν ότι οι δυσλεξικοί μαθητές επιλέγουν επαγγέλματα, στην άσκηση των οποίων δεν απαιτούνται ιδιαίτερες ικανότητες στη χρήση του γραπτού λόγου.⁸

Η έρευνά μας μπορεί να συμβάλει στη διερεύνηση της εκπαιδευτικής εξέλιξης των δυσλεξικών μαθητών, ένα θέμα που δεν έχει απασχολήσει μέχρι σήμερα την ελληνική έρευνα. Θεωρούμε ότι το δείγμα που μελετήθηκε και αποτελεί το 25% του συνόλου των υποψηφίων στις πανελλαδικές εξετάσεις του 2006 είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού. Η απουσία επιδημιολογικών δεδομένων δεν μας επιτρέπει να κάνουμε συγκρίσεις του αριθμού των δυσλεξικών που προσέρχονται στις πανελλαδικές εξετάσεις με το συνολικό αριθμό των δυσλεξικών μαθητών.

Θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθεί η σπουδαστική πορεία των δυσλεξικών φοιτητών, η διάρκεια των σπουδών τους, καθώς και ο βαθμός πτυχίου και οι παράμετροι αυτές να συγκριθούν με τα αντίστοιχα στοιχεία του γενικού πληθυσμού. Με τον τρόπο αυτό θα είχαμε πληρέστερη εικόνα της εκπαιδευτικής εξέλιξης των ατόμων με δυσλεξία στην Ελλάδα.

University entrance of dyslexic students in Greece

V. Rotsika, M. Vlassopoulou, E. Rogakou, P. Politou,
A. Dremetsika, D.C. Anagnostopoulos

*Child and Adolescent Psychiatric Unit Byron Kessariani, Community Mental Health Center, Psychiatric Clinic,
University of Athens, Athens, Greece*

Psychiatriki 2007, 18:143–149

Students with specific developmental learning disorders (dyslexia) may be examined orally in university entrance examination providing they have a certificate to that effect from a public child psychiatric or psychoeducational centre. The aim of this study was to investigate the success rate of dyslexic students in the university entrance examinations. Our hypothesis was, firstly, that these students will have the same success rate as other students and secondly, that they will mainly enter schools of science or technology. Our sample consisted of 420 dyslexic students who had sat for university entrance exams in 2006. Data was collected anonymously from Ministry of Education's files and consisted of the number of dyslexic students who were examined, their success rate, their choice of school and their grade. This data was derived from three examination centres in Athens and from five examination centres in an equal number of large provincial towns. Results showed that the success rate of dyslexic students in university entrance examinations was 39.76%, which was statistically lower than that of the general population of candidates which was 65.36%. Our hypothesis that these students would have a similar university entrance rate was not confirmed. Our second hypothesis concerning the preferred school of these candidates was confirmed since the majority of dyslexic students chose to study schools of sciences or technology. The dyslexic students' grades reveal a similar pattern to those of the general student population in the university entrance examinations, as long as these grades are greater than 9 on a score from 1–20. However dyslexic students entered technological colleges twice as often as the general student population. Our results are representative since our data was collected from 25% of university candidates throughout Greece. The anonymous nature of our data does not allow us to draw conclusions concerning socio-economic status, IQ levels or the quality and quantity of psycho-educational intervention, which would have led us to a more detailed analysis of the parameters leading to success or failure. Further investigation of the academic progress of dyslexic students would give us a more complete view of their educational achievements.

Key words: Dyslexia, adults, University admission exams.

Βιβλιογραφία

1. Κωτσόπουλος ΣΙ. Δυσλεξία: Νεότερα ευρήματα για την αιτιολογία, παθογένεια και θεραπευτική αντιμετώπιση. *Εγκέφαλος* 2005, 42:55–66
2. Tarnopol F, Tarnopol M. *Comparative reading and learning difficulties*. Lexington DE, Lexington Books, 1981
3. Grigorenko EL. Developmental dyslexia: An update of genes, brains, and environments. *J Child Psychol Psychiatry* 2001, 42:91–125
4. Demonet JF, Habib M. Dyslexies développementales: apport de la neuropsychologie contemporaine. *Rev Neurol (Paris)* 2001, 157:847–853
5. Rawson MB. *Developmental language disability: adult accomplishments of dyslexic boys*. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1968
6. Finucci JM, Gottfredson LS, Childs B. A follow-up study of dyslexic boys. *Ann Dyslexia* 1985, 35:117–136

7. Maugham B. Annotation: Long-term outcomes of developmental reading problems. *J Child Psychol Psychiatry* 1995, 36:357–371
8. Taylor KE, Walter J. Occupation choices of adults with and without symptoms of dyslexia. *Dyslexia* 2003, 9:177–185
9. Schulte-Korne G, Deimel V, Jungermann M. Follow-up of a sample of children with reading-spelling disorders in adulthood. *Z Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2003, 31: 267–276
10. Esser G, Wyschkon A, Schmidt MH. What happened to the children with specific reading and spelling disability? 17 years later. *Psychology* 2001, 27:432–435
11. Esser G, Wyschkon A, Schmidt MH. Long-term outcome in 8-year-old children with specific reading retardation: Results at age 25 years. *Z Klinische Psychol Psychother* 2002, 31:235–242
12. Strehlow U, Kluge R, Moller H et al. Long-term course of developmental dyslexia beyond school age: A follow-up study. *Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie* 1992, 20:254–265
13. Magajna L, Kavkler M, Ortar-KriZaj M. Adults with self-reported learning disabilities in Slovenia: Findings from the international adult literacy survey on the incidence and correlates of learning disabilities in Slovenia. *Dyslexia* 2003, 9:229–251
14. Osborne P. Pilot study to investigate the performance of dyslexic students in written assessments. *Innov Education Teach Inter* 1999, 36:155–160
15. Goulandris N. Introduction: developmental dyslexia, language and orthographies. In: Goulandris N (ed) *Dyslexia in different languages*. Cross-linguistic comparisons. London, Whurr Publ, 2003:1–14

Αλληλογραφία: Β. Ρότσικα, Δήλου 14, Καισαριανή, 161 21, Αθήνα
Τηλ. 210-76 01 000, 210-76 00 100, 6942 779 679
e-mail : krotsika@med.uoa.gr

Ειδικό άρθρο Special article

Η Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική και οι διαπροσωπικές σχέσεις στο γενικό παιδιατρικό νοσοκομείο

Μ. Λιακοπούλου

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

Ψυχιατρική 2007, 18:150–155

Το προσωπικό ενός μεγάλου γενικού νοσοκομείου αποτελεί μια μικρή κοινωνία ανθρώπων, με όλες τις συμμαχίες και συγκρούσεις που αναπτύσσονται σε αυτή. Για τον παιδοψυχίατρο που εργάζεται στη Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική, η κοινωνία αυτή αποτελείται κυρίως από παιδίατρους και νοσηλεύτριες. Οι παιδίατροι έχουν απαιτήσεις σχετικές με την ταχύτητα εξυπηρέτησης, την αποτελεσματικότητα, τη σαφήνεια των λόγων κ.ά. Οι παιδοψυχίατροι παραπονούνται –μεταξύ άλλων– και για το ότι καλούνται την τελευταία στιγμή πριν από την έξοδο του ασθενούς, ότι δεν τηρούνται οι οδηγίες τους, ότι δεν ενημερώνονται για το εξιτήριο των ασθενών ώστε να κάνουν ανάλογο προγραμματισμό. Διάφορες προκαταλήψεις υπάρχουν έναντι του παιδοψυχιάτρου, τις οποίες εκείνος θα πρέπει να υπερνικήσει. Οι από κοινού συναντήσεις παιδίατρων και παιδοψυχιάτρων πάνω σε κοινά περιστατικά βοηθούν στην ανάπτυξη συμμαχιών, όπως και στην άμεση και αποτελεσματική προσφορά έργου. Εξοικείωση με το έργο της Παιδοψυχιατρικής μπορεί να προσφέρει η συμμετοχή του παιδοψυχιάτρου σε εκπαιδευτικά μαθήματα για ειδικευόμενους, όπου θα διδάξει στοιχεία της ψυχικής εξέλιξης του παιδιού καθώς και στοιχεία ψυχοπαθολογίας και της λειτουργίας της οικογένειας, γνώσεις τις οποίες άλλωστε προσφέρει στους παιδίατρους και μέσω της καθημερινής επαφής. Η επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητη για τη σωστή φροντίδα του ασθενούς και για τη δημιουργία καλών συναδελφικών σχέσεων. Οι σχέσεις στη Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική βρίσκονται υπό συχνή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή και βοηθούν στην εδραίωση της εκτίμησης στο έργο του παιδοψυχιάτρου.

Λέξεις ευρητηρίου: Παιδοψυχιατρική, διαπροσωπικές σχέσεις.

Εισαγωγή

Η Ψυχιατρική μπόρεσε να ξαναγίνει ιατρική ειδικότητα μετά την είσοδό της στο περιβάλλον του γενικού νοσοκομείου.¹ Η Αμερικανική Ψυχιατρική έδωσε μεγάλη ώθηση προς αυτή την κατεύθυνση, ήδη από την αρχή του 20ού αιώνα, με τη δημιουργία θαλάμων ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και την αρχή της ανάπτυξης της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής στο νοσοκομείο κατά τις δεκαετίες 1920 και 1930. Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική περισσότερο και η Παιδοψυχιατρική πρόσφατα απέδειξαν κατά την πορεία τους ότι ενδιαφέρονται για τη συνολική αντιμετώπιση ψυχής και σώματος της ανθρώπινης ύπαρξης και ότι βασική τους θεωρητική κατεύθυνση είναι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο θεμελίωσε ο Αμερικανοελβετός Α. Meyer στην Αμερική, στις αρχές του 20ού αιώνα.²

Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική στις ΗΠΑ πρόκειται να καθιερωθεί ως ξεχωριστή υποειδικότητα της Ψυχιατρικής με τον τίτλο Ψυχοσωματική Ιατρική.³ Παρόλα αυτά, στις ΗΠΑ οι υπηρεσίες Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής μειώνονται στα γενικά νοσοκομεία και θα πρέπει να αποδείξουν την αξία τους στους οικονομικούς παράγοντες, για να μην εξαφανιστούν.¹ Οι ειδικευόμενοι στην Παιδοψυχιατρική εκτίθενται ελάχιστα στη Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική, γιατί το εκπαιδευτικό πρόγραμμα δεν το απαιτεί.⁴

Σε άλλα κράτη, όπως συμβαίνει και στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες Διασυνδεδετικής προσπαθούν ν' αναπτυχθούν στα γενικά νοσοκομεία.⁵ Η ανάπτυξη γίνεται συνήθως όχι επειδή οι ανάγκες το επιβάλλουν, αλλά επειδή ορισμένοι ψυχίατροι έχουν την ενεργητικότητα αλλά και την πειθώ για να τη στηρίξουν.

Ένα μεγάλο γενικό νοσοκομείο είναι μια μικρή κοινωνία ανθρώπων, με τις αντιπαραθέσεις που εμφανίζονται σε μια κοινωνία και τις συμμαχίες που αναπτύσσονται. Η κοινωνία αυτή διαθέτει ένα σύστημα λειτουργίας. Μέσα σ' αυτή την κοινωνία και το σύστημα λειτουργίας της καλείται να ασκήσει τις ικανότητές του ο παιδοψυχίατρος της Διασυνδεδετικής Παιδοψυχιατρικής.

Πρέπει λοιπόν να γνωρίσει πώς λειτουργεί το σύστημα μέσα στο οποίο θα κινηθεί και τους ανθρώπους που το στελεχώνουν. Δηλαδή, τους διευθυντές των κλινικών, τους επιμελητές, αλλά και τους ειδι-

κευόμενους, το νοσηλευτικό προσωπικό και την ιεραρχία του. Τη διοίκηση του νοσοκομείου και ακόμη τη νομική υπηρεσία, τη συνεργασία της οποίας θα ζητήσει σε περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών και διαζυγίων. Σε πολλά άτομα της κοινωνίας αυτής θα χρειαστεί ο παιδοψυχίατρος να εξηγήσει κατά καιρούς τις υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να κάνει μέσω των γνώσεων και των ικανοτήτων που διαθέτει. Θα εξεταστεί καταρχήν συνεργασία με τους παιδίατρος. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι εάν ένας διευθυντής κλινικής είναι πεπεισμένος για τη χρησιμότητα της Παιδοψυχιατρικής, θα την υποστηρίξει και θα την επιβάλλει. Ένα λαμπρό τέτοιο παράδειγμα ήταν του Σπύρου Δοξιάδη, που υποστήριξε την ανάπτυξη της Παιδοψυχιατρικής στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία». Μπορεί λοιπόν ο παιδοψυχίατρος ν' αρχίσει τη δράση του από τα τμήματα που αναγνωρίζουν τη χρησιμότητά του και να επεκτείνει σιγά-σιγά το δίκτυο των διασυνδέσεών του.

Η συνεργασία του παιδοψυχιάτρου με τους παιδίατρος

Οι παιδίατροι στην Ελλάδα, ιδίως στα μεγάλα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων, είναι άνθρωποι που ζουν υπό την πίεση των συνθηκών της άσκησης του επαγγέλματος στο ελληνικό περιβάλλον με τις όποιες ιδιαιτερότητες έχει αυτό και έρχονται σε επαφή με οικογένειες ασθενών με διάφορους τύπους προσωπικοτήτων, προερχόμενες από ποικίλα κοινωνικά στρώματα, και επίσης με μετανάστες από διάφορα έθνη με διαφορετικούς πολιτισμούς. Ζουν συχνά μέσα σε μεγάλη ένταση.

Αρκετές φορές υπάρχουν λόγοι δυσαρέσκειας στη συνεργασία μεταξύ παιδοψυχιάτρων και παιδίατρων, που μπορεί να οδηγήσουν σε σύγκρουση. Αναφέρονται εδώ μερικοί από αυτούς: (α) Ο παιδοψυχίατρος καλείται την τελευταία στιγμή, την ημέρα που πρόκειται να εξέλθει ο ασθενής του νοσοκομείου. (β) Ο ασθενής για τον οποίο υπάρχει ήδη συνεργασία εξέρχεται από το νοσοκομείο χωρίς να έχει καν ενημερωθεί ο παιδοψυχίατρος. (γ) Όταν δεν έχει ολοκληρωθεί η παιδοψυχιατρική εξέταση ή παρέμβαση και υπάρχουν ήδη πιέσεις για εξιτήριο του ασθενούς. (δ) Όταν συνέχεια ακούγεται από τον παιδίατρο ή παιδοχειρουργό, σε περιπτώσεις όπως

π.χ. ψυχογενούς ανορεξίας, κακοποίησης ή και απόπειρας αυτοκτονίας, η φράση «αυτό είναι δικό σας περιστατικό, πρέπει να το πάρετε». (ε) Όταν γίνεται άμεση κλήση με το επιχείρημα ότι είναι ψυχολογικά τα αίτια, χωρίς να έχει προηγηθεί οργανικός έλεγχος. Η συζήτηση γύρω από τη σημασία του οργανικού ελέγχου και τη διαφορετική αντίληψη για το παιδί μπορεί να φέρει πιο κοντά τις δύο ειδικότητες. (στ) Όταν ο παιδίατρος, για τους δικούς του λόγους, οι οποίοι μπορεί να χαρακτηριστούν ως παντοδυναμία ή σύγχυση ταυτότητας, αναλαμβάνει να παίξει το ρόλο του παιδοψυχιάτρου, αλλά με την παρέμβασή του δημιουργεί μεγαλύτερο πρόβλημα και τότε καλεί τον παιδοψυχίατρο να δώσει λύση, «να βγάλει τα κάστανα από τη φωτιά» της δικής του αντιμεταβίβασης και της μεταβίβασης από την οικογένεια και το παιδί. (ζ) Τέλος, αίσθημα δυσαρέσκειας δημιουργεί και το ότι ο παιδοψυχίατρος συστήνεται από τον παιδίατρο ως ψυχολόγος, γεγονός που δείχνει πόσο ακόμη και σήμερα ο ψυχίατρος γενικά είναι συνδεδεμένος με την έννοια της βαριάς ψυχικής διαταραχής, πόσο η κοινωνία μας φοβάται –και δικαιολογημένα– το στίγμα της «τρέλας» και πόση έλλειψη ενημέρωσης του κοινού υπάρχει.

Αλλά και οι παιδίατροι έχουν λόγους δυσαρέσκειας από τους παιδοψυχιάτρους, που μπορεί να είναι οι εξής: (α) Δεν υπάρχει γρήγορη ανταπόκριση στα αιτήματά τους (αυθημερόν επαφή, το πολύ σε ένα 24ωρο). (β) Υπάρχει υπόσχεση για επίσκεψη, αλλά δεν πραγματοποιείται. (γ) Δεν δίνεται λύση στο πρόβλημά τους. (δ) Δεν υπάρχει επικοινωνία μαζί τους για το περιστατικό. (ε) Δεν υπάρχει ενημέρωση για την πορεία-εξέλιξη του ασθενούς έξω από το νοσοκομείο ή στο θάλαμο νοσηλείας του παιδοψυχιατρικού τμήματος. (στ) Υπάρχει, μερικές φορές, επικριτική στάση για τη λειτουργία των τμημάτων τους και μάλιστα με μη διακριτικό τρόπο.

Ο Vandvik⁷ αναφέρει ότι και στη Νορβηγία χρειάζεται να βελτιωθούν οι σχέσεις μεταξύ παιδοψυχιάτρων και παιδιάτρων στη Διασυνδεδετική. Αποδίδει τη δυσκολία στο ότι ο παιδοψυχίατρος δεν έχει μάθει να εργάζεται μέσα στο σύστημα υγείας και ότι ο παιδίατρος δεν έχει κατανοήσει το ψυχοκοινωνικό μοντέλο που χρησιμοποιεί ο παιδοψυχίατρος.

Πως μπορεί ο παιδοψυχίατρος να αντιμετωπίσει αυτές τις προκλήσεις; Πρώτα απ' όλα, προσπαθώ-

ντας να κατανοήσει. Έτσι θα αποφύγει και τη σύγκρουση. Προσπαθώντας να κατανοήσει γιατί τον καλεί ο παιδίατρος, όταν τον καλεί. Σίγουρα χρειάζεται τη βοήθεια του παιδοψυχιάτρου. Τι θέλει όμως; Τι ανάγκη έχει; Θέλει τη γνώμη του για το παιδί και την οικογένειά του; Να τον βγάλει ο παιδοψυχίατρος από τις δυσκολίες που έχει ο ίδιος δημιουργήσει ή που έχει δημιουργήσει η προσωπικότητα του γονιού και η μακροχρόνια πορεία της ασθένειας μέσα στο νοσοκομείο; Σε κάθε περίπτωση πρέπει να μελετηθεί το πρόβλημα, ακόμη και όταν ο παιδοψυχίατρος καλείται την τελευταία στιγμή. Είναι γνωστό σε όλους όσους ασκούν τη Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική ότι συχνά άλλοι λόγοι προβάλλονται στην κλήση για γνωμάτευση και άλλοι αποκαλύπτονται ύστερα. Όταν δεν έχει μελετηθεί οργανικά ο ασθενής, θα πρέπει να ζητηθεί αυτή η μελέτη ή πρόσθετες εξετάσεις. Επίσης, πρέπει να εξεταστεί τι είδους μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση έχει ήδη δημιουργηθεί και, τέλος, να βοηθηθεί το παιδί και η οικογένειά του στο νοσοκομείο και μετέπειτα.

Όταν γίνεται κλήση για γνωμάτευση, ο παιδίατρος έχει ήδη κάποιες προκαταλήψεις για τον παιδοψυχίατρο, οι οποίες μπορεί σιγά-σιγά να μειωθούν. Ότι δηλαδή είναι «γιατρός πολυτελείας», γιατί δεν αντιμετωπίζει το stress που ο ίδιος αντιμετωπίζει, ότι μπορεί να αποκαλύψει τη δική του ψυχική διαταραχή, ότι ο ίδιος ο παιδοψυχίατρος είναι ψυχικά διαταραγμένος, αφού επέλεξε αυτή την ειδικότητα, ότι δεν είναι αποτελεσματικός. Παρόμοια κριτική έχει εκφραστεί και σε άλλες χώρες όσον αφορά στην έλλειψη αποτελεσματικότητας.⁸

Αυτές οι προκαταλήψεις μπορεί να μειωθούν μέσω της διαθεσιμότητας που θα επιδείξει ο παιδοψυχίατρος, της ποιότητας των σχέσεων που θα δημιουργήσει, της σαφήνειας των λόγων του και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεών του, καθώς και μέσω των γνώσεων που διαθέτει, τις οποίες καλείται να μεταδώσει με διαύγεια στους συναδέλφους τους. Άλλος στόχος της παιδοψυχιατρικής παρέμβασης πρέπει να είναι –μέσω της κατανόησης του ασθενούς– η αύξηση της ευαισθητοποίησης του ιατρικού προσωπικού και η αλλαγή συμπεριφοράς προς τους ασθενείς.⁹

Ένα θέμα που αφορά στη δεοντολογία είναι η αποφυγή της παγίδας μετάδοσης πληροφοριών με

τη μορφή «κουτσομπολιού». Καλό θα είναι η πληροφόρηση που δίνει ο παιδοψυχίατρος να γίνεται μέσα από το πλαίσιο της κατανόησης του ψυχικού και σωματικού πόνου των ασθενών, των ψυχικών τους συγκρούσεων και των επώδυνων εμπειριών της ζωής τους. Είναι όμως απαραίτητη η συζήτηση επί του ιστορικού με τον παιδίατρο, γιατί εκείνος γνωρίζει συχνά λεπτομέρειες για το ιστορικό οικογενειών που μακροχρόνια θεραπεύει.¹⁰

Δεν πρέπει να ενοχλεί τον παιδοψυχίατρο ότι πολλά θέματα που έχει εξηγήσει επί χρόνια και για τα οποία επανειλημμένως έχει ενημερώσει τους συναδέλφους του παιδίατρος θα τα επαναλαμβάνει πάλι και πάλι στις καινούργιες γενιές των ειδικευομένων αλλά και στους επιμελητές τους. Υπό την πίεση των καταστάσεων, πολλοί απ' αυτούς τους κανόνες παραμερίζονται ή απωθούνται από τους παιδίατρος.

Ένα άλλο σημείο προσοχής αφορά στην προσπάθεια που πρέπει να καταβάλλεται, ώστε να αποφεύγεται ο διχασμός στις συμμαχίες που κάνει ο παιδοψυχίατρος στη Διασυνδετική. Δηλαδή, πάντα θα πρέπει να ενημερώνεται η επιμελήτρια ή και η διευθύντρια του τμήματος από το οποίο καλείται ο παιδοψυχίατρος για γνωμοδότηση και όχι μόνο η ειδικεύομενη ή η προϊσταμένη που θα βρεθεί μπροστά του εκείνη τη στιγμή. Έτσι, αποφεύγεται η δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων, που μπορεί να οδηγήσουν στην απομόνωση του παιδοψυχίατρο.¹¹

Συχνά, σε δύσκολα περιστατικά μπορεί να ζητηθεί από τους συναδέλφους παιδίατρος μια από κοινού συνάντηση μεταξύ παιδίατρων και παιδοψυχίατρων διαφόρων βαθμίδων. Ένα τέτοιο πλαίσιο είναι απαραίτητο για να γίνει σύγκλιση απόψεων και για να θεμελιωθούν συμμαχίες. Συνήθως πρέπει να επακολουθεί συνάντηση με τους γονείς για ενημέρωση την ίδια ή την επόμενη ημέρα. Αυτού του είδους οι συναντήσεις, αλλά και γενικά η διαθεσιμότητα του παιδοψυχίατρο, έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των κλήσεων για γνωμοδοτήσεις.

Ο παιδοψυχίατρος ως εκπαιδευτής

Στη χώρα μας, τα τελευταία χρόνια η Παιδοψυχιατρική άρχισε να διδάσκεται στους φοιτητές της Ιατρικής ως κατ' επιλογή μάθημα. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει εξοικείωση του γιατρού από τα φοιτητικά του χρόνια με οντότητες παιδοψυχιατρικές, ώστε

να θεωρεί αναγκαία την παραπομπή σε παιδοψυχίατρο. Τα αποτελέσματα αυτής της εξέλιξης φαίνονται από περιστατικά που φθάνουν σε μας αρκετά χρόνια αργότερα απ' ό,τι θά 'πρεπε, π.χ. παιδιά με ψυχογενή ανορεξία, αυτισμό, διαταραχές λόγου. Ο παιδίατρος συχνά λέει στο γονιό «ας περιμένουμε την εξέλιξη, το πρόβλημα θα ξεπεραστεί».

Είναι λοιπόν πολύ σημαντική η ύπαρξη παιδοψυχίατρων στα νοσοκομεία όπου εκπαιδεύονται παιδιάτροι και φοιτητές Ιατρικής και όπου εκεί μπορούν να πάρουν στοιχεία παιδοψυχιατρικής γνώσης που θα τα χρησιμοποιήσουν επ' ωφελεία των ασθενών τους αργότερα.

Πως μπορεί να εκπαιδεύσει ο παιδοψυχίατρος; Μέσω των καθημερινών γνωματεύσεων που κάνει στα πλαίσια της Διασυνδετικής, απαντώντας σε ερωτήσεις των ειδικευομένων, μέσω των κλινικών παρουσιάσεων που γίνονται μία φορά την εβδομάδα στις παιδιατρικές κλινικές και μέσω των μαθημάτων για ειδικευόμενους. Εάν βρεθεί σε περιβάλλον που είναι δεκτικό, μπορεί να καλλιεργήσει την ιδέα και να επιτύχει τη διεξαγωγή μιας ψυχοκοινωνικής συνάντησης στην κλινική μία φορά το μήνα, όπου θα παρουσιάζεται ένα περιστατικό που από κοινού αντιμετωπίστηκε και θα γίνεται συζήτηση επ' αυτού. Τέτοιες ψυχοκοινωνικές συναντήσεις είναι συνήθεις στη δική μας πρακτική με τις παιδιατρικές κλινικές, τη νευρολογική και το τμήμα εντατικής νοσηλείας νεογνών.

Τι μπορεί να διδάξει ο παιδοψυχίατρος; Μπορεί να διδάξει γνώσεις σχετικές με την ψυχική εξέλιξη του παιδιού, τις παιδοψυχιατρικές οντότητες, την ψυχοδυναμική, την ψυχοφαρμακολογία, τη σχέση γιατρού και οικογένειας, τη σχέση παιδιών και γονιών και πολλά άλλα.⁹ Θα σταθούμε ιδιαίτερα στη σχέση γιατρού-γονιού. Η εμπειρία μας δείχνει ότι ο Έλληνας γιατρός, παρά την ανθρωπιστική στάση που μπορεί να έχει κατά καιρούς, δεν έχει μάθει να σχετίζεται με τους ασθενείς του με τον τρόπο που αρμόζει σε μια τέτοια σχέση. Δεν έχει μάθει να ενημερώνει πλήρως και έγκαιρα, δεν έχει μάθει να κάνει υπομονή με τις ερωτήσεις που του τίθενται, να σέβεται τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα των ασθενών του, να μην έρχεται σε αντιπαράθεση και να διατηρεί ένα κλίμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης ακόμη και με δύσκολους ασθενείς. Αυτή την κατανόηση του ασθενούς

και της οικογένειας μπορεί να διδάξει ο παιδοψυχίατρος μέσα από τη δουλειά του αλλά και μέσα από τη δική του στάση.

Πρέπει όμως να υπογραμμίζεται ότι γνώση αποκομίζει και ο ίδιος ο παιδοψυχίατρος, όπως συμβαίνει πάντα, προσπαθώντας να ενημερώσει και να μεταφέρει τις γνώσεις του στους συναδέλφους του.

Οι γνώσεις που μεταδίδονται από τον παιδοψυχίατρο θα πρέπει να είναι απλά εκφρασμένες και ξεκάθαρες. Δεν κερδίζεται η εμπιστοσύνη των συναδέλφων όταν εκφέρονται ψυχοδυναμικοί γρίφοι ούτε βοηθείται έτσι ο εμπλουτισμός των γνώσεών τους.¹²

Ο παιδοψυχίατρος δεν είναι πάντα ευπρόσδεκτος ως εκπαιδευτής από τους συναδέλφους του. Μπορεί να αντιμετωπιστεί με αδιαφορία, ειρωνεία ή δυσπιστία. Μπορεί δηλαδή να αντιμετωπίσει την απόρριψη. Καλύτερα τότε να υποχωρήσει με διακριτικότητα, έως ότου σε μια προσφορότερη στιγμή μπορέσει να επιτελέσει το έργο του. Ας σκεφθεί επίσης πως θα βελτιώσει τον τρόπο μετάδοσης των γνώσεών του και ας βρει μαζί με τους παιδίατρος θέματα προς συζήτηση, τα οποία άπτονται της καθημερινής τους πρακτικής. Αναφέρεται πάντως ότι οι παιδίατροι που είχαν έλθει σε επαφή με παιδοψυχίατρος κατά την εκπαίδευσή τους είναι εκείνοι που επιζητούν πιο συχνά τη συνεργασία μαζί τους.⁶

Η συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες της Παιδιατρικής

Πολλές κλήσεις για γνωμάτευση γίνονται από τους συναδέλφους όλων των ειδικοτήτων για τους εξής λόγους: (α) Γιατί παρατηρείται ιδιαίτερη παρορμητικότητα του παιδιού, επικινδυνότητα στη συμπεριφορά του και αντίδραση στη θεραπεία. (β) Γιατί υπάρχει έγνοια για την κατάσταση των γονιών που αντιμετωπίζουν μια πολύ σοβαρή ασθένεια του παιδιού τους.^{13,14} Συχνά, τέτοιες γνωμοδοτήσεις ζητούνται από τα αιματολογικά τμήματα. Στα τμήματα εντατικής νοσηλείας νεογνών υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για την εξέλιξη της σχέσης μητέρας-νεογνού. Στα χειρουργικά και ορθοπαιδικά τμήματα σπάνια συναντώνται συναδέλφοι που ενδιαφέρονται για την Παιδοψυχιατρική, αλλά αυτό το στοιχείο ίσως είναι μια πρόκληση με στόχο την υπερπήδησή του.

Η συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό

Ο παιδοψυχίατρος πρέπει πάντα να παίρνει πληροφορίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι οποίες είναι πραγματικά πολύ χρήσιμες. Δυστυχώς, εξαιτίας της τεράστιας έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία της χώρας μας δεν υπάρχουν πάντα νοσηλεύτριες διαθέσιμες για την εποπτεία περιστατικών ψυχογενούς ανορεξίας, κακοποίησης ή απόπειρας αυτοκτονίας, έτσι ώστε μερικές φορές δημιουργούνται επείγοντα διοικητικά προβλήματα προς επίλυση και αδιέξοδα. Αλλά και οι νοσηλεύτριες χρειάζονται καθημερινή ενημέρωση και υποστήριξη για δύσκολα περιστατικά, όπως π.χ. ψυχογενούς ανορεξίας.

Επίλογος

Η Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική μπορεί να παρομοιαστεί με ένα περιβόλι, όπου μπορεί να γευθεί κανείς τους καρπούς ποικίλων δένδρων. Οι συνεργασίες που γίνονται, οι σχέσεις που αναπτύσσονται, ακόμη και οι προβληματισμοί που κατά καιρούς αποκτούν δύναμη και ένταση, αποτελούν και τα ελκυστικά σημεία του τομέα αυτού της ειδικότητάς μας. Η Παιδοψυχιατρική καθώς και η Ψυχιατρική είναι ειδικότητες που οδηγούν σε απομόνωση τον ειδικό. Η Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική προσφέρει τη δυνατότητα μείωσης αυτής της απομόνωσης και της επαφής με την πραγματικότητα των άλλων ειδικοτήτων του ιατρικού επαγγέλματος.

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι ενδιαφέρον να επισημανθεί ότι τα προβλήματα που περιγράφηκαν δεν διαφέρουν απ' αυτά που βιώνουν στη Διασυνδεδετική συνάδελφοι σε άλλες χώρες, όπως π.χ. στις ΗΠΑ. Φαίνεται ότι τα προβλήματα που αναδεικνύονται στη Διασυνδεδετική είναι περισσότερο προβλήματα ανθρωπίνων σχέσεων και λιγότερο προβλήματα που έχουν σχέση με πολιτιστικές διαφορές.¹⁵ Όπως γράφει ο Wood,¹⁶ μια σχέση διασύνδεσης δεν είναι μια οργάνωση που μπορεί να λειτουργήσει και να στελεχωθεί γρήγορα. Είναι περισσότερο μια εξελισσόμενη οργανική διαδικασία, η οποία απαιτεί συχνές μετατροπές και προσαρμογές στις καινούργιες απαιτήσεις. Είναι οι άνθρωποι και οι σχέσεις τους που μπορεί να κρατήσουν ή να σπάσουν τη διασύνδεση.

Liaison child psychiatry and the interpersonal relationships in the context of the general child hospital

M. Liakopoulou

Child Psychiatry University Clinic, "Agia Sophia" Children's Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2007, 18:150–155

The staff of a big general hospital is a community of people with all the alliances and conflicts developing within it. The child psychiatrist works primarily with the pediatricians and the nurses but also with other specialized people of this community. Pediatricians require a prompt answer to their call, clarity of communication and effectiveness. Child psychiatrists complain among other things that they are often invited a little before the discharge of the child, that their instructions are frequently not followed and that they are not informed about the discharge of the patient so to make adequate planning. At the hospital prejudices may exist about child psychiatry which have to be overcome by the specialist. Meetings between child psychiatrists and pediatricians regarding their common patients are helpful in the development of alliances as well as for the appreciation of the knowledge and the understanding of patients which a child psychiatrist can communicate. Teaching pediatric residents knowledge regarding child development elements of psychopathology and of the function of families helps them to become acquainted with child psychiatry. The same possibility is offered through the daily clinical work of a child psychiatrist. Contact with the nursing staff is necessary in order to improve patient care and staff cooperation. Relationships developed in the context of consultation liaison child psychiatry are frequently modified and under review but can also help to the establishment of respect for the work offered by a child psychiatrist.

Key words: Child psychiatry, consultation-liaison, interpersonal relationship.

Βιβλιογραφία

- Lipsitt DR. Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. *World Psychiatry* 2003, 2:87–92
- Lief A. *The common sense psychiatry of Adolf Meyer*. New York, McGraw Hill, New York, 1954
- Fahrer R. General hospital psychiatry. A new sub-specialty? *World Psychiatry* 2003, 2:99–100
- Steiner A, Fritz KG, Mrazek D et al. Pediatric and psychiatric comorbidity. Part I. The future of consultation. Liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1993, 34:107–111
- Creed F. Consultation-liaison psychiatry worldwide. *World Psychiatry* 2003, 2:93–94
- Burket RC, Hodgkin JD. Pediatricians perceptions of child psychiatry consultation. *Psychosomatics* 1993, 34:402–408
- Vandvik IH. Collaboration between child psychiatry and paediatrics. The state of the relationship in Norway. *Acta Paediatr* 1994, 83:884–887
- Ozbayrak KR, Coskuin A. Attitudes of pediatricians towards psychiatric consultations. *Gen Hosp Psychiatry* 1993, 15:334–338
- Schwab JJ. *Handbook of psychiatric consultation*. Meredith Co, New York, 1968
- Schowalter JE. Hospital consultation as therapy. In: Noshpitz J (ed) *III Therapeutic interventions. Basic handbook of child psychiatry*. Basic Books, Inc Publ, New York, 1979:365–375
- Prugh D, Eckhart LO. Child psychiatry and pediatrics. In: Noshpitz J (ed) *IV Prevention and current issues. Basic handbook of child psychiatry*. Basic Books, Inc Publ, New York, 1979:563–577
- Lask B, Fosson A. *Childhood illness. The psychosomatic approach*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, England, 1989
- Robson S (ed) *Manual of clinical child psychiatry*. American Psychiatric Press, 1986
- Krener Knapp P, Harris SE. Consultation-liaison: New clinical findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, 37:17–25
- Bernstein D. The discovery of the child. A historical perspective on child and adolescent psychiatry. In: Lewis M (ed) *Child and adolescent psychiatry*. 2nd ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1996
- Wood B. Biopsychosocial care. In: Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB (eds) *Pediatric gastrointestinal disease: Pathophysiology, diagnosis, management*. Toronto/Philadelphia, BC Decker Inc, 1991:1747–1758

Αλληλογραφία: Μ. Λιακοπούλου, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»
115 27 Γουδί, Αθήνα

Ειδικό άρθρο Special article

Ινομυαλγία και σύνδρομο χρόνιας κόπωσης σε παιδιά και εφήβους

Ν.Γ. Γαλανόπουλος,¹ Γ.Π. Καμπάκης,¹ Κ.Φ. Λαδοπούλου²

¹Ρευματολογικό Εξωτερικό Ιατρείο, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, ²Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική, ΔΠΘ, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Ψυχιατρική 2007, 18:156–167

Η ινομυαλγία και το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης αποτελούν όχι σπάνιες καταστάσεις προσβολής των παιδιών και εφήβων. Κλινικά, χαρακτηρίζονται από μεγάλο αριθμό εκδηλώσεων, όπως διάχυτο μυοσκελετικό πόνο, αίσθημα εύκολης κόπωσης, καταθλιπτικά συμπτώματα, κεφαλαλγία, διαταραχή ύπνου κ.ά. Παθογενετικά, ενοχοποιήθηκαν παράγοντες νευροφυσιολογικοί, γενετικοί, ψυχολογικοί/κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί. Η ινομυαλγία και το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικό περιορισμό της λειτουργικής ικανότητας, με σοβαρές συνέπειες στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή καθώς και στην πορεία ζωής του παιδιού/εφήβου. Υπάρχει ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης, συζήτησης με το παιδί/έφηβο και την οικογένειά του και θεραπευτικής παρέμβασης με φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία και ψυχοθεραπεία.

Λέξεις ευρητηρίου: Ινομυαλγία, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, ναρκισσισμός, θρησκεία, κατάθλιψη, παρανοϊκή σχιζοφρένεια.

Εισαγωγή

Η ινομυαλγία (IN) και το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (ΣΧΚ) αποτελούν καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από διάχυτο μυοσκελετικό πόνο σε συνδυασμό με μια σειρά άλλων εκδηλώσεων, όπως καταθλιπτικά συμπτώματα, κεφαλαλγίες, διαταραχές του ύπνου, διαταραχή των γνωσιακών λειτουργιών, κοιλιακό άλγος κ.ά.^{1,2} Μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων παρατηρείται σημαντική κλινική ομοιότητα και συχνή αλληλοεπικάλυψη των εκδηλώσεών τους. Όπως έχει αναφερθεί από μια σειρά ερευνητών, μεγάλο ποσοστό ασθενών με IN –ενήλικες και παιδιά– εμφανίζουν εκδηλώσεις χαρακτηριστικές του ΣΧΚ, όπως υποτροπιάζουσα φαρυγγαλγία, πυρέτιο, υποτροπιάζουσα επώδυνη λεμφαδενοπάθεια, φωτοφοβία/άλγος στους οφθαλμούς κ.ά.³ Για την πρόκληση των παραπάνω καταστάσεων έχουν ενοχοποιηθεί λοιμώξεις, διαταραχές της λειτουργίας του κεντρικού ή του αυτόνομου νευρικού συστήματος, καθώς και παράγοντες γενετικοί και ψυχολογικοί.²

Προκειμένου για τους ενήλικες, έχουν δημιουργηθεί το 1988⁴ διαγνωστικά κριτήρια για το ΣΧΚ, από τα Centers for Disease Control and Prevention (CDC), τα οποία αναθεωρήθηκαν το 1994,⁵ και το 1990⁶ για την IN από το American College of Rheumatology (ACR). Τα κριτήρια αυτά όμως δεν εμφάνισαν ικανοποιητική ευαισθησία στην αποκάλυψη των παραπάνω καταστάσεων στα παιδιά, με αποτέλεσμα να αναγκαστούν οι ερευνητές να δημιουργήσουν το 1999 διαγνωστικά κριτήρια για το ΣΧΚ³ και το 1999⁷ για την IN των παιδιών. Οι Bell et al,⁸ αξιολογώντας 55 παιδιά/έφηβους με ΣΧΚ, διαπίστωσαν ότι μόνο το 34% πληρούσε τα κριτήρια των CDC για τους ενήλικες και το 78% τα αναθεωρηθέντα κριτήρια για τα παιδιά.³ Επίσης, οι Reid et al,⁹ σε ομάδα παιδιών με IN, διαπίστωσαν ότι τα διαγνωστικά κριτήρια ACR-1990 για τους ενήλικες πληρούσε το 73%, ενώ αυτά των Yunus και Masi για παιδιά το 100%.⁷

Στη συνέχεια, θα παραθέσουμε τα διαγνωστικά κριτήρια του ΣΧΚ και της IN των παιδιών και θα αναφερθούμε στην επιδημιολογία, τις κλινικές εκδηλώσεις, την αιτιοπαθογένεια, την πρόγνωση και, τέλος, τη θεραπεία των καταστάσεων αυτών.

Διαγνωστικά κριτήρια

Διαγνωστικά κριτήρια για τη διάγνωση της ινομυαλγίας των παιδιών⁷

1. Γενικευμένος πόνος μυοσκελετικού σε 3 τουλάχιστον θέσεις για 3 ή περισσότερους μήνες, απουσία οποιασδήποτε άλλης υποκείμενης κατάστασης.
2. Φυσιολογικά ευρήματα από τον εργαστηριακό έλεγχο.
3. Σοβαρός πόνος σε 5 τουλάχιστον από τις 11 θέσεις ευαίσθητων σημείων (tender points) κατά την ψηλάφηση μετά από την εφαρμογή πίεσης 4 kg επάνω σ' αυτά.
4. Ελάχιστονα κριτήρια (τρία από τα δέκα):
 - Οίδημα μαλακών ιστών κατά την ψηλάφηση
 - Πόνος που τροποποιείται με:
 - α. Τις φυσικές δραστηριότητες
 - β. Τις καιρικές συνθήκες
 - γ. Το άγχος/ψυχική φόρτιση (stress)
 - Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
 - Χρόνιο άγχος
 - Κόπωση
 - Κακής ποιότητας ύπνος
 - Αιμωδίες
 - Χρόνιες κεφαλαλγίες.

Για τη διάγνωση, προκειμένου για τα παιδιά, αρκεί ακόμη και η έκλυση πόνου κατά την εφαρμογή πίεσης σε 4 τουλάχιστον από τα 11 ευαίσθητα σημεία ή η συμπλήρωση 5 από τα 10 ελάχιστονα κριτήρια.

Αναθεωρηθέντα διαγνωστικά κριτήρια Bell για τη διάγνωση του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης των παιδιών⁸

1. Περιορισμός της δραστηριότητας για χρονικό διάστημα 6 τουλάχιστον μηνών.
2. Όχι άλλη αιτία κόπωσης.
3. Συμπτώματα – τουλάχιστον 8 από τα 12 παρακάτω κριτήρια:
 - Κακουχία
 - Κεφαλαλγία
 - Κοιλιακό άλγος
 - Επώδυνη λεμφαδενοπάθεια
 - Φαρυγγαλγία

- Μυαλγίες
- Νευρολογικά συμπτώματα
- Φωτοφοβία/άλγος οφθαλμών
- Διαταραχές ύπνου
- Κατάθλιψη
- Διαταραχή γνωσιακών λειτουργιών
- Αρθραλγίες.

Επιδημιολογία

Στην εκτίμηση της συχνότητας διάγνωσης IN/ΣΧΚ στα παιδιά, ιδιαίτερη σημασία έχει μια σειρά παραγόντων, όπως:

- Η μεθοδολογία που χρησιμοποιούν οι ερευνητές, όπως η εφαρμογή διαγνωστικών κριτηρίων, ο έλεγχος της ευαισθησίας στα θεωρούμενα ευαίσθητα σημεία με την εφαρμογή πίεσης με τον αντίχειρα περίπου 4 kg (μέχρι να ασπρίσει το νύχι του αντίχειρα του εξεταστή) ή με ειδική συσκευή (dolorimeter).
- Η σύνθεση του δείγματος των παιδιών, από άποψη ηλικίας, φύλου, κοινωνικής και εθνικής προέλευσης, η ύπαρξη ψυχοπνευματικών καταστάσεων στα παιδιά στην περίοδο της μελέτης κ.ά.
- Η πιθανή συνύπαρξη άλλων καταστάσεων που έχουν συσχετιστεί με την IN και το ΣΧΚ, όπως σύνδρομο υπερελαστικότητας των αρθρώσεων, ιογενείς λοιμώξεις ή παθήσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος και οι φλεγμονώδεις εντεροπάθειες, που συνοδεύονται από IN ή ΣΧΚ.

Η εφαρμογή dolorimeter φαίνεται ότι βοηθά στην αποκάλυψη των ευαίσθητων σημείων. Η ειδικότητα και η ευαισθησία αυξάνει αν, αντί να χρησιμοποιηθεί ως οδός η εφαρμογή πίεσης 4 kg, όπως για τους ενήλικες, χρησιμοποιηθεί αυτή των 3 kg.¹⁰

Το φύλο φαίνεται ότι παίζει ρόλο, καθότι η διαταραχή έχει περιγραφεί συχνότερα στα κορίτσια. Έτσι, οι Buskila et al,¹¹ σε 338 παιδιά από το Ισραήλ, διαπίστωσαν IN σε ποσοστό 6,2%, με μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια (8,8% έναντι 3,9% των αγοριών), ενώ οι Clark et al,¹² σε 548 παιδιά από το Μεξικό, ανίχνευσαν το σύνδρομο στο 1,2% από αυτά, όλα κορίτσια. Ως προς την ηλικία, IN έχει περιγραφεί από την ηλικία των 5 ετών,⁸ ενώ ΣΧΚ από την ηλικία των 18 μηνών.⁶ Ακόμα, οι Yunus και Masi, σε 33 παιδιά με IN

αναφέρουν στο 58% ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων τα 13–15 έτη, ενώ οι Buskila et al¹³ διαπίστωσαν το ίδιο ποσοστό σε όλες τις ηλικιακές ομάδες που μελέτησαν και οι οποίες κυμαίνονταν από 9–15 έτη. Οι Bell et al³ αναφέρουν παρόμοιο ποσοστό προσβολής αγοριών και κοριτσιών, ενώ οι Lloyd et al¹⁴ επικράτηση των αγοριών στην ηλικιακή ομάδα των 0–9 ετών και των κοριτσιών στην αντίστοιχη των 10–19 ετών.

Ως προς τη συσχέτιση με τη χαλαρότητα των αρθρώσεων, οι Gedalia et al,¹⁵ σε μελέτη 338 παιδιών ηλικίας 9–15 ετών, διαπίστωσαν ότι στο 81% των παιδιών με IN παρατηρήθηκε και χαλαρότητα αρθρώσεων, ενώ, αντίστροφα, μόνο το 1% των παιδιών με χαλαρότητα αρθρώσεων εμφάνιζε IN. Έχει αναφερθεί επίσης ότι στο 14% των παιδιών με IN εκδηλώνεται χαλαρότητα αρθρώσεων.¹⁶ Οι Siegel et al,¹⁷ από 45 παιδιά με IN που μελέτησαν, διαπίστωσαν χαλαρότητα αρθρώσεων στα 18, ενώ οι Reid et al,⁹ σε 15 παιδιά ηλικίας 11–17 ετών με IN, δεν διαπίστωσαν παρόμοια χαλαρότητα σε κανένα. Είναι πιθανό μικροτραυματισμοί των χαλαρών αρθρώσεων να προκαλούν την εμφάνιση πόνου, που οδηγεί στη συνέχεια σε νευροενδοκρινική δυσλειτουργία και ανάπτυξη πόνου και ευαισθησίας στο μυοσκελετικό σύστημα.¹⁸

Σημασία έχει επίσης η εθνική ομάδα στην οποία ανήκουν τα παιδιά που μελετώνται, καθότι έχει αναφερθεί διαφορετική αντίληψη του πόνου μεταξύ των εθνικών ομάδων. Σε μελέτη ομάδας παιδιών που γεννήθηκαν στο Ισραήλ, παιδιών Βεδουίνων Αράβων και Εβραϊκής καταγωγής και παιδιών που γεννήθηκαν στην Αιθιοπία, αναφέρθηκε χαμηλότερος οδός αντίληψης του πόνου μετά την εφαρμογή πίεσης στο δέρμα στα παιδιά από την Αιθιοπία και ακολούθησαν αυτά των Βεδουίνων, ενώ στα παιδιά που γεννήθηκαν στο Ισραήλ αναφέρθηκε ο υψηλότερος οδός αντίληψης του πόνου.¹³

Ως προς το ποσοστό διάγνωσης IN σε διάφορες ομάδες παιδιών, αυτό διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ερευνητών. Όπως προαναφέρθηκε, το ποσοστό διάγνωσης εκτιμήθηκε σε 6,2% στο Ισραήλ⁶ και σε 1,2% στο Μεξικό.¹² Παρόμοιο μικρό ποσοστό με αυτό του Μεξικού αναφέρθηκε και από άλλους ερευνητές.¹⁹

Οι Yunus και Masi⁸ και ο Calabro,²⁰ μελετώντας παιδιά που παραπέμφθηκαν σε παιδορευματολογικά τμήματα σε μια περίοδο 1–3 ετών, αναφέρουν

ποσοστό IN που ανήλθε στο 28%. Σε μελέτη από το Arthritis Society British Columbia and Yukon Division και το British Columbia Children Hospital στην περίοδο 1982–1990 διαγνώστηκε IN μόνο σε 35 παιδιά,²¹ ενώ σε 8 εξειδικευμένα κέντρα στη Μ. Βρετανία και σε μελέτη διάρκειας 6 ετών δεν αναφέρθηκε καμία περίπτωση.²² Σε 13 ανάλογα κέντρα στον Καναδά το ανωτέρω ποσοστό εκτιμήθηκε στο 3,2%, μετά από μελέτη που διήρκεσε 2 έτη,²³ ενώ σε 25 κέντρα των ΗΠΑ και μετά από μελέτη 36 μηνών το ποσοστό διάγνωσης IN ανήλθε σε 5,1%.²⁴ Κανένα περιστατικό IN δεν διαπιστώθηκε σε δείγμα 875 παιδιών στο University Hospital Pediatric Rheumatology στην περίοδο 1981–1989.²¹ Οι Bell et al,⁸ τέλος, σε δείγμα 914 παιδιών από μη αστική περιοχή των ΗΠΑ διέγνωσαν 7 περιπτώσεις ΣΧΚ.

Ενδιαφέρον έχει η διαπίστωση από τους Siegel et al,¹⁷ σε παιδιά που παραπέμφθηκαν σε παιδορευματολογικό τμήμα, ότι η IN αποτέλεσε την πρώτη διάγνωση (7% των παιδιών), καταλαμβάνοντας την τρίτη κατά σειρά συχνότητα διάγνωση, καθώς και η διαπίστωση των Bowyer et al,²⁴ από ένα παιδορευματολογικό κέντρο των ΗΠΑ, ότι η IN αποτέλεσε το 2,1% (και σε νεότερη εκτίμηση το 7,65%) των περιστατικών παιδιών/εφήβων που εξετάστηκαν.

Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα/σημεία των παιδιών με IN είναι σχετικά παρόμοια με αυτά των ενηλίκων, με κάποιες επιμέρους διαφορές. Οι Siegel et al,¹⁷ σε 45 παιδιά/εφήβους με IN, αναφέρουν διάχυτο μυοσκελετικό πόνο στο 93% των περιπτώσεων, πονοκεφάλους στο 71%, γενικευμένη κόπωση στο 62%, πρωινή δυσκαμψία στο 53%, κόπωση στο 49%, κατάθλιψη στο 43%, ευερέθιστο έντερο στο 38%, διαταραχή ύπνου στο 96%, μεταβολή των συμπτωμάτων με τη μεταβολή των καιρικών συνθηκών στο 36%, άγχος στο 22%, φαινόμενο Raynaud στο 13% και επιδείνωση της διάθεσης μετά την άσκηση στο 42%. Τα παιδιά εμφάνισαν μικρότερη μέση τιμή των ευαίσθητων κατά την ψηλάφηση σημείων συγκριτικά με ό,τι έχει αναφερθεί στους ενήλικες. Οι Gedalia et al,²⁵ σε 59 παιδιά με IN, αναφέρουν διάχυτο μυοσκελετικό πόνο στο 97%, πονοκεφάλους στο 76%, διαταραχές ύπνου στο 69%, δυσκαμψία στο 79%, αίσθημα εύκολης κόπωσης στο 20%, κοιλιακό άλγος στο 17% και κατάθλιψη στο 7%, ενώ οι Rusy et al²⁶ αναφέρουν επίσης εμβοές ώτων.

Κατά την πορεία της νόσου, η συχνότητα εμφάνισης των κλινικών εκδηλώσεων παρουσιάζει διακυμάνσεις,¹⁷ ενώ, όπως θα αναφερθεί, η πρόγνωση δεν είναι δυσμενής.

Αιτιοπαθογένεια

Έχει αναφερθεί μια μεγάλη σειρά παραγόντων οι οποίοι ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη IN/ΣΧΚ. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να ομαδοποιηθούν σε φυσιολογικούς, γενετικούς και ψυχολογικούς ή ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς.¹ Πιθανόν η αιτιολογία να είναι πολυπαραγοντική και να αφορά σε συνδυασμό των παραπάνω παραγόντων.

Φυσιολογικοί παράγοντες

Σε παιδιά με IN δεν διαπιστώθηκαν ορολογικές ανωμαλίες, δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένος ή ευρήματα από τις αρθρώσεις.^{7,9}

Συχνά όμως αναφέρονται διαταραχές του ύπνου, με κακής ποιότητας ύπνο που δεν ξεκουράζει, αυξημένη κινητικότητα (μυοκλονίες) στη διάρκεια του ύπνου, πρωινή κόπωση και διαταραχές του διαγράμματος μελέτης του ύπνου.^{9,16,17,27}

Οι Roizenblatt et al,²⁷ μελετώντας ομάδα παιδιών με IN με διάχυτο πόνο και παιδιά-μάρτυρες, καθώς και τις μητέρες τους, διαπίστωσαν ανήσυχος ύπνο στα παιδιά με IN και ενόχληση λόγω μη βαθύς ύπνου/ύπνου που δεν ξεκουράζει στις μητέρες των παιδιών με IN περισσότερο απ' ό,τι στα ίδια τα παιδιά με IN. Στη μελέτη διαγράμματος ύπνου (polysomnography) διαπίστωσαν αύξηση του δείκτη α+θ χρόνου/δ χρόνου κυμάτων, που σημαίνει εισβολή (intrusion) βραδέος κύματος σε παιδιά με IN και τις μητέρες τους. Τα ευρήματα αυτά σχετίζονται με την πρωινή κόπωση, καθώς και με τον αριθμό των ευαίσθητων σημείων/αύξηση της μέσης τιμής ουδού ευαισθησίας στα σημεία αυτά.

Οι μητέρες με IN εμφανίζουν αύξηση του δείκτη α κύματος χρόνο/δ κύματος χρόνο στη διάρκεια του ύπνου βραδέος κύματος συγκριτικά με τις ασυμπτωματικές μητέρες. Είναι γνωστό ότι τα παραπάνω έχουν μάλλον παθογενετικό ρόλο, καθώς η δραστηριότητα α κύματος σχετίζεται με τον πόνο, τις ψυχοπιεστικές καταστάσεις και την αυξημένη ευαισθησία στην τοπική εφαρμογή πίεσης στη διάρκεια της νύχτας, ενώ η δραστηριότητα δ κύματος σχετίζεται με τη μειωμένη ευαισθησία στην τοπική εφαρμογή

πίεσης στη διάρκεια της νύχτας.^{6,28} Συχνό ξύπνημα με περπάτημα στα παιδιά με IN αναφέρθηκε από τους Moldofsky et al²⁹ και διαταραχή της ποιότητας του ύπνου σε ποσοστό 96% από τους Siegel et al.¹⁷ Οι Tagag-Kier et al,³⁰ τέλος, συγκρίνοντας ομάδα παιδιών/εφήβων με IN με αντίστοιχη ομάδα παιδιών-μαρτύρων, αναφέρουν καθυστέρηση έναρξης και βράχυνση του συνολικού χρόνου ύπνου, ελάττωση της ικανότητας του ύπνου να ξεκουράζει, καθώς και έντονη κινητική δραστηριότητα (μυοκλονίες) στην ομάδα των παιδιών με IN, αλλά όχι διαταραχή της αναπνοής στη διάρκεια του ύπνου. Διαταραχές στο διάγραμμα του ύπνου διαπιστώθηκαν στο 38% των παιδιών με IN και έντονη δραστηριότητα στο διάγραμμα ύπνου, χωρίς όμως συσχέτιση με την κλινική εικόνα.

Σε 12 παιδιά με ΣΧΚ, οι Walford et al³¹ αναφέρουν ιογενή λοίμωξη αμέσως πριν ή κατά την έναρξη των συμπτωμάτων, με το 25–86% των παιδιών αυτών να εμφανίζει από τον ορολογικό έλεγχο στο παρελθόν ή κατά τη διάρκεια της μελέτης ενδείξεις λοίμωξης από τον ιό Epstein-Barr. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει μελέτη συσχέτισης του ΣΧΚ και της λοίμωξης από παρβοϊό B19, δεδομένου ότι ο ανωτέρω ιός προσβάλλει συνήθως παιδιά προκαλώντας εξάνθημα όπως λοιμώδες ερύθημα ή θρομβοπενική πορφύρα, αρθραλγίες, λεμφαδενοπάθεια κ.ά., θεωρήσαμε αναγκαίο να αναφερθούμε στη μελέτη των Kerr et al σε 51 ασθενείς με οξεία λοίμωξη από τον ιό αυτόν, στην οποία βρέθηκαν 7 ασθενείς με ανάπτυξη χρονίας κόπωσης.³²

Έχει αναφερθεί επίσης διαταραχή της ρύθμισης του καρδιαγγειακού από το αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) από τους Bou-Holaigah et al,³³ οι οποίοι διαπίστωσαν σε 4 από τους 7 εφήβους με ΣΧΚ και αίσθημα «αδειάσματος της κεφαλής» παθολογική δοκιμασία ανύψωσης της κλίνης (εμφάνιση υπότασης).

Ενδιαφέρον έχει η μελέτη των Van de Putte et al³⁴ σε 32 εφήβους με ΣΧΚ, στους οποίους διαπιστώθηκε διαταραχή δέρματος εντονότερη αυτής των εφήβων χωρίς ΣΧΚ, συστηματική πίεση ιδιαίτερα χαμηλή και δυσκαμψία του τοιχώματος των κοινών καρωτίδων αρτηριών, όπως μελετήθηκε με M-mode υπερηχογράφημα. Να σημειωθεί ότι σε ενήλικες βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αισθήματος εύκολης κόπωσης και της ελάττωσης της συστηματικής πίεσης,³⁵ καθώς και μεταξύ της μείζονος κατάθλιψης

και της αποκάλυψης με M-mode υπερηχογραφήματος αθηροσκλήρυνσης (απεικόνιση πλακών).³⁶

Γενετικοί παράγοντες

Φαίνεται ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση στην ανάπτυξη IN. Οι Roizenblatt et al,²⁷ σε 34 παιδιά με IN, 10 παιδιά με διάχυτο πόνο και 10 παιδιά-μάρτυρες, διέγνωσαν IN στις μητέρες τους σε ποσοστό 71%, 30% και 0%, αντίστοιχα, ενώ οι Buskila et al,³⁷ σε 20 οικογένειες με προσβολή της μητέρας από IN, διαπίστωσαν IN των παιδιών σε ποσοστό 28% συνολικά, συχνότερα στα κορίτσια (ποσοστό 38%). Πιθανόν τα αγόρια να εμφανίζουν ηπιότερη έναρξη της IN ή μεγαλύτερο ποσοστό υποχώρησής της με την πάροδο του χρόνου.¹³ Όπως αναφέρουν οι ερευνητές, πρόκειται μάλλον για πολυγονιδιακό, πολυπαραγοντικό μοντέλο κληρονομικότητας, γιατί το συνολικό ποσοστό του 28% διαφέρει από το 50% που απαιτεί η κληρονομική μεταβίβαση κατά το αυτοσωματικό επικρατητικό πρότυπο, ενώ το ποσοστό 38% των κοριτσιών βρίσκεται σχετικά πλησίον του 50%.³⁷ Οι Yunus et al,³⁸ μελετώντας 37 οικογένειες με δύο τουλάχιστον πρώτου βαθμού συγγενείς με IN, διαπίστωσαν προσβολή στο 74% των προγόνων, στο 53% των παιδιών και στο 39% των γονέων των παιδιών με IN, εύρημα που συνηγορεί υπέρ της σύνδεσης της IN με αντιγονικούς τόπους του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας.

Έχει αναφερθεί επίσης υψηλότερο ποσοστό ιστορικού επώδυνων καταστάσεων σε μέλη οικογενειών παιδιών με IN συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Οι Schanberg et al,³⁹ μελετώντας τους γονείς 29 παιδιών με IN, αναφέρουν την ύπαρξη πόνου σε ποσοστό 66% κατά την περίοδο της μελέτης και 45% στον προηγούμενο αυτής μήνα, μίας επώδυνης κατάστασης στο 79% και 2 ή περισσότερων τέτοιων καταστάσεων στο 62%. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν επίσης ότι οι γονείς με υψηλό αριθμό επώδυνων καταστάσεων έχουν σε υψηλότερο ποσοστό παιδιά με βαρύτερη προσβολή της λειτουργικής τους ικανότητας.

Σχετικά με την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων χρονίας κόπωσης στα μέλη των οικογενειών των παιδιών με ΣΧΚ, οι Walford et al³¹ αναφέρουν τέτοια συμπτώματα σε 4 από τις 12 οικογένειες των παιδιών που μελέτησαν. Ανάλογα είναι τα ευρήματα των Bell et al.⁸

Συνοδές ψυχιατρικές καταστάσεις και ψυχολογικές διεργασίες

Κατάθλιψη. Έχει αναφερθεί συσχέτιση ΙΝ/ΣΧΚ και κατάθλιψης σε εφήβους.⁴⁰ Το ποσοστό των παιδιών με ΣΧΚ που εμφανίζουν και καταθλιπτικά συμπτώματα κυμαίνεται από 0%⁴¹ έως και 70%,⁴² αν και ο τελευταίος ερευνητής θεωρεί ότι τα παιδιά με ΣΧΚ δεν είναι καταθλιπτικά με τη συνήθη έννοια του όρου, αλλά βρίσκονται σε ψυχολογική δυσφορία.

Αν και στο πλαίσιο χρόνιων αναπηρικών νόσων η πτωχή συναισθηματική διάθεση είναι αναμενόμενη, βρέθηκε ότι οι έφηβοι με ΣΧΚ παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό απ' ό,τι μάρτυρες οι οποίοι έπασχαν από κυστική ίνωση ή καρκίνο.^{31,43} Η συννοσηρότητα ΣΧΚ και κατάθλιψης μπορεί να εξηγηθεί με διάφορους τρόπους: (α) Οι δύο καταστάσεις μπορεί να οφείλονται στους ίδιους αιτιολογικούς παράγοντες και στην πραγματικότητα να αποτελούν διαφορετικές κλινικές εκφράσεις της ίδιας διαταραχής, πολύ περισσότερο καθώς τα παιδιά με καταθλιπτικές διαταραχές πολύ συχνά παρουσιάζουν μη καταθλιπτικά συμπτώματα, ιδίως σωματικά ενοχλήματα. (β) Η κατάθλιψη μπορεί να είναι δευτεροπαθής και να οφείλεται στη χαμηλή λειτουργικότητα και την κοινωνική απομόνωση, απότοκες της ΙΝ/ΣΧΚ.⁴⁴ Τα παιδιά με ΙΝ που παρουσιάζουν σε υψηλότερο βαθμό καταθλιπτικά συμπτώματα, εμφανίζουν επίσης μεγαλύτερη λειτουργική ανικανότητα.⁴⁵

Αγχώδεις διαταραχές. Εντυπωσιακά λίγες είναι οι μελέτες που αναφέρονται στη συνύπαρξη συμπτωμάτων και διαταραχών σε νεαρούς ασθενείς με ΣΧΚ, αν και ο Sharpe⁴⁶ τόνισε την ομοιότητα μεταξύ των τυπικών σωματικών εκδηλώσεων του άγχους και των σωματικών συμπτωμάτων, πέραν της κόπωσης, που αναφέρουν αρκετοί ασθενείς με ΣΧΚ. Οι Pelcovitz et al⁴⁴ θεωρούν ότι οι αγχώδεις διαταραχές με πρώιμη έναρξη ενδεχομένως αποτελούν παράγοντα κινδύνου για μετέπειτα ανάπτυξη ΙΝ/ΣΧΚ, ωστόσο απαιτείται περαιτέρω μελέτη του θέματος. Δεδομένων των γνωσιακών εσφαλμένων αιτιοαποαδόσεων (misattributions) που αναφέρονται σε νεαρούς ασθενείς με ΣΧΚ, οι Fry και Martin⁴⁷ θεωρούν αναμενόμενη τη συχνή έκφραση συμπτωμάτων, όπως «αισθήματος φόβου» και «ανησυχίας». Ωστόσο, απαιτείται συνέχιση της έρευνας για την κατανόηση της συσχέ-

τισης ανάμεσα στους παραπάνω γνωσιακούς παράγοντες και στα σωματικά συμπτώματα του άγχους.

Σε ό,τι αφορά στη σχολική άρνηση και τη συσχέτισή της με ΣΧΚ, οι έρευνες είναι ακόμη λιγότερες. Το ΣΧΚ θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια μορφή σχολικής άρνησης, αλλά και αντίστροφα, η σχολική άρνηση μπορεί να αποτελεί επιπλοκή του ΣΧΚ. Στην παρούσα φάση, καμιά από τις δύο παραπάνω υποθέσεις δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς, αν και φαίνεται βέβαιη η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στις δύο καταστάσεις.⁴⁸

Σωματοποίηση και σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Πιθανόν, οι γενικότερες γνώσεις μας σχετικά με τη σωματοποίηση, όπως αυτή ορίζεται από τους Lipowski⁴⁹ και τους Lask και Fosson,⁵⁰ έχουν εφαρμογή και στο ΣΧΚ, απαιτείται όμως περαιτέρω διερεύνηση των παθοφυσιολογικών μηχανισμών μέσω των οποίων ο συναισθηματικός πόνος εκφράζεται ως κόπωση. Συγγραφείς όπως η Garralda¹⁵ και οι Pipe και Waite⁵¹ αμφισβητούν το μοντέλο της ψυχοσωματικής νόσου των Minuchin et al⁵² σε ό,τι αφορά το ΣΧΚ.

Οι Lask και Dillon⁵³ θεωρούν ανώφελο το διαχωρισμό μεταξύ των θεωρούμενων ως σωματικών και των θεωρούμενων ως ψυχολογικών νόσων και προτείνουν ένα πολυπαραγοντικό βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την πλειοψηφία των νόσων της παιδικής ηλικίας.

Αρκετοί συγγραφείς επιχείρησαν να ερμηνεύσουν το ΣΧΚ διερευνώντας τις πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με τον εαυτό τους, το σώμα και τη νόσο τους. Οι Fry και Martin,⁴⁷ μετά από σύγκριση των γνωσιακών διεργασιών παιδιών με ΣΧΚ και υγιών μαρτύρων, διαπίστωσαν μια γενικότερη τάση προς τελειοθηρία, κριτήριο «όλον ή ουδέν» ως προς την απόδοση και επακόλουθη τάση αποφυγής για περαιτέρω προσπάθειες. Οι David et al⁵⁴ διατύπωσαν ένα γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο προκειμένου να εξηγήσουν την ανάπτυξη και την επιμονή του ΣΧΚ μετά από ιογενή λοίμωξη, αν και αναγνώριζαν ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν ανευρίσκειται ιογενής αιτιολογία.

Οικογενειακά χαρακτηριστικά. Οι συγγενείς των ασθενών με ΙΝ εμφανίζουν μείωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητάς τους, ιδίως οι γυναίκες και όσοι έπασχαν από μη διαγνωσμένη ΙΝ.⁵⁵ Οι Schanberg et al³⁹ μελέτησαν το οικογενειακό

περιβάλλον 29 παιδιών με IN χρησιμοποιώντας την κλίμακα FES των Moos και Moos⁵⁶ και διαπίστωσαν ότι το ιστορικό πόνου των γονέων και το οικογενειακό περιβάλλον συσχετίζονταν με την κατάσταση υγείας των παιδιών με IN. Οι γονείς των παιδιών ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ενδοοικογενειακής συνοχής (cohesion), συγκρούσεων και προσανατολισμού σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και μεγαλύτερη έμφαση σε ηθικο-θρησκευτικά θέματα, απ' ό,τι οι γονείς υγιών μαρτύρων. Τα παιδιά που ανέφεραν μεγαλύτερη έμφαση σε ηθικο-θρησκευτικά θέματα και εκείνα που ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ενδοοικογενειακού ελέγχου παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα έντασης πόνου και χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Τα παιδιά που προσελάμβαναν την οικογένειά τους ως περισσότερο εξωστρεφή, ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα πόνου και βαθμολογίας IN (με το Fibromyalgia Impact Questionnaire for Children), αλλά και χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Τέλος, τα παιδιά που ανέφεραν ισχυρό προσανατολισμό σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες των οικογενειών τους και ισχυρό έλεγχο επιτύγχαναν υψηλότερες βαθμολογίες φυσικής δραστηριότητας αλλά και βαθμολογίες πτωχότερης κατάστασης υγείας, όπως αυτή αξιολογείται από το γιατρό. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να διαπιστωθεί αν τα παραπάνω ευρήματα έχουν αιτιολογική σημασία για την ανάπτυξη της νόσου ή αποτελούν επακόλουθά της.

Αντίθετα, οι Reid et al⁹ δεν διαπίστωσαν διαφορές στην ικανότητα ψυχολογικής προσαρμογής, στη λειτουργία της οικογένειας ή στη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης του stress σε παιδιά-γονείς παιδιών με IN και σε παιδιά-γονείς παιδιών με νεανική ρευματοειδή αρθρίτιδα, γεγονός που τους οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης ότι η IN συσχετίζεται περισσότερο με τον πόνο και λιγότερο με ψυχολογικές παραμέτρους. Σε μια μελέτη των Conte et al⁵⁷ αναφέρθηκε υψηλότερο ποσοστό άγχους και κατάθλιψης από τα παιδιά-γονείς παιδιών με IN σε σχέση με τα παιδιά-γονείς παιδιών με αρθρίτιδα ή χωρίς συμπτώματα. Τα παιδιά στη μελέτη αυτή ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ενδοοικογενειακής υποστήριξης και υψηλότερα επίπεδα ευαισθησίας στα επώδυνα ερεθίσματα, ενώ οι γονείς ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ικανότητας ψυχολογικής προσαρμογής. Υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης διαπιστώθηκαν

από τους Mikkellson et al³⁵ στην ομάδα των παιδιών με IN συγκριτικά με την ομάδα των παιδιών με αυχεναλγία και των παιδιών-μαρτύρων, όπως επίσης και υψηλότερα επίπεδα προβλημάτων επιθετικής συμπεριφοράς και επώδυνων καταστάσεων στους γονείς και εκπαιδευτικούς των παιδιών με IN.

Σε ορισμένες μελέτες αναφέρεται αυξημένο ποσοστό σεξουαλικής κακοποίησης των ασθενών με IN κατά την παιδική τους ηλικία, χωρίς όμως το παραπάνω εύρημα να είναι σταθερό.⁵⁸ Πιθανόν τα άτομα με IN να εκφράζουν ευκολότερα τέτοιου είδους επεισόδια στο πλαίσιο της προσπάθειας ερμηνείας των συμπτωμάτων τους, ιδιαίτερα όταν τύχουν κατάλληλης ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης. Ίσως όμως να υφίσταται τέτοιου είδους συμπεριφορά από μέρους μελών των οικογενειών τους, δεδομένου ότι σε αυτά έχει βρεθεί υψηλότερο ποσοστό συναισθηματικών διαταραχών και αλκοολισμού.

Πρόγνωση

Γενικά, η πρόγνωση των παιδιών με IN δεν είναι δυσμενής όπως εκείνη των ενηλίκων.^{1,13,19,37} Ωστόσο, με την άποψη αυτή δεν συμφωνούν όλοι οι ερευνητές, όπως οι Malleson et al,²³ οι οποίοι παρακολούθώντας 28 παιδιά με IN για 1–48 μήνες διαπίστωσαν βελτίωση των συμπτωμάτων τους σε ποσοστό μόλις 39%.

Οι Buskila et al,⁵⁹ μετά από 30 μήνες παρακολούθησης ομάδας παιδιών με IN, διαπίστωσαν εξαφάνιση των συμπτωμάτων σε ποσοστό 73%. Η μέση τιμή του αριθμού των ευαίσθητων σημείων μειώθηκε από 12,5 σε 4,6 ($P < 0,001$), ενώ ο ουδός ευαισθησίας σε 9 αναμενόμενα ευαίσθητες θέσεις αυξήθηκε από 2,4 σε 3,4 kg ($P < 0,01$) και ο ουδός ευαισθησίας σε 4 θέσεις ελέγχου (μη αναμενόμενα ευαίσθητων) από 4,1 σε 5,6 kg ($P < 0,05$). Από τα 7 παιδιά που πληρούσαν μόνο το διαγνωστικό κριτήριο το σχετικό με τη συμπλήρωση του αναγκαίου αριθμού ευαίσθητων σημείων, κανένα δεν ανέπτυξε IN.

Οι Mikkellson et al¹⁹ αναφέρουν επιμονή της παρουσίας IN σε ποσοστό 25% και ότι τα παιδιά με την επίμονη αυτή IN εμφάνιζαν σταθερή ελάττωση της λειτουργικής τους ικανότητας. Διαπίστωσαν επίσης ελάττωση, αλλά όχι εξαφάνιση, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι Gedalia et al,¹⁶ μετά από μέση διάρκεια παρακολούθησης 18,3 μηνών σε 50 παιδιά

με ΙΝ, ανέφεραν βελτίωση των συμπτωμάτων στο 60%, μη μεταβολή τους στο 36% και επιδείνωση μόνο στο 4%, ενώ σε ποσοστό 74% τα παιδιά συνέχισαν να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Ακόμα, διαπιστώθηκε ελάττωση της μέσης τιμής του αριθμού των ευαίσθητων σημείων από 14,1 σε 12,04 ($P < 0,09$). Οι ερευνητές αναφέρουν ευνοϊκή επίδραση της εφαρμογής προγράμματος ασκήσεων σε 22 από τα 30 παιδιά που εμφάνισαν βελτίωση και σε 7 από τα 20 χωρίς βελτίωση ($P < 0,001$).

Τέλος, οι Siegel et al,¹⁷ σε μελέτη 45 παιδιών με ΙΝ, αναφέρουν στα περισσότερα από αυτά βελτίωση μετά από περίοδο παρακολούθησης 2–3 ετών. Η βελτίωση των εκδηλώσεων ΙΝ στα παιδιά/εφήβους οφείλεται πιθανόν στην ικανότητα που αποκτούν –γνωρίζοντας τις εκδηλώσεις αυτές– να επεξεργάζονται στρατηγικές καλύτερης αντιμετώπισής τους, καθώς και στη συμβουλευτική/θεραπευτική παρέμβαση που ακολουθούν.

Θεραπεία

Πρωταρχικό ρόλο στη θεραπεία των παιδιών με ΙΝ/ΣΧΚ έχουν:

- Η έγκαιρη διάγνωση, πριν χρονίσουν οι κλινικές εκδηλώσεις (μυοσκελετικός πόνος, μείωση της λειτουργικής ικανότητας, εκδηλώσεις όπως κεφαλαλγία, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου κ.ά.) και εμφανιστούν ή διαιωνιστούν προβλήματα σχετικά με τις καθημερινές δραστηριότητες των παιδιών, όπως η παρακολούθηση του σχολείου, η συμμετοχή σε ψυχαγωγικές/αθλητικές δραστηριότητες, οι σχέσεις με άλλα μέλη της οικογένειας και το φιλικό τους περιβάλλον.
- Η εξήγηση της φύσης και της πορείας της νόσου στους πάσχοντες και τις οικογένειές τους με σωστό και κατανοητό τρόπο. Πρέπει να τονιστεί ότι πρόκειται για νόσο που δεν οδηγεί σε βλάβη οργάνων/συστημάτων, η οποία έχει μακροχρόνια πορεία αλλά γενικά ευνοϊκή πρόγνωση.
- Η σωστή συνεργασία μεταξύ του θεράποντος ιατρού, ιατρών άλλων ειδικοτήτων, κλινικών ψυχολόγων, φυσικοθεραπευτών/εργοθεραπευτών κ.ά., στο πλαίσιο μιας ομάδας, η οποία σε στενή συνεργασία με το πάσχον παιδί και την οικογένειά του θα δημιουργήσει και θα εφαρμόσει ένα σύνθετο πρόγραμμα αποκατάστασης, προσαρμοσμένο

στην κατάσταση υγείας και τις ανάγκες των καθημερινών δραστηριοτήτων του. Στο πρόγραμμα περιλαμβάνονται φαρμακευτική αγωγή, ειδικό πρόγραμμα ασκήσεων, καθώς και κατάλληλη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Σημειώνεται ότι δυστυχώς δεν υποβάλλονται όλα τα παιδιά με ΙΝ/ΣΧΚ σε θεραπεία. Οι Rabinovich et al⁶⁰ αναφέρουν ότι, στην ομάδα των παιδιών/εφήβων με ΙΝ που μελέτησαν, μόνο 54% υποβάλλονταν σε κάποια μορφή θεραπείας.

- Σε ό,τι αφορά στην ψυχολογική υποστήριξη στο άρρωστο παιδί, αυτή πολλές φορές δεν γίνεται αποδεκτή από τους γονείς. Οι Lask και Fosson⁵⁰ θεωρούν ότι τα συχνότερα αίτια άρνησης είναι η παρανόηση των λεγομένων του ιατρού, η έλλειψη εμπιστοσύνης γενικά στους ιατρούς, συχνά λόγω προηγούμενων σφαλμάτων, καθώς επίσης το στίγμα και η δυσφορία που συνδέονται με την ψυχολογική ερμηνεία της νόσου. Είναι σημαντική η διερεύνηση για την ύπαρξη κατάθλιψης, είτε πρωτοπαθούς, οπότε πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από την ΙΝ/ΣΧΚ, είτε δευτεροπαθούς, λόγω της ΙΝ/ΣΧΚ, και η θεραπευτική αντιμετώπισή της.

Σκοποί της θεραπείας είναι:

1. Η υποχώρηση του μυοσκελετικού πόνου και των λοιπών εκδηλώσεων, όπως της κεφαλαλγίας, της κατάθλιψης, των διαταραχών του ύπνου κ.ά., καθώς και του αισθήματος εύκολης κόπωσης, με τελικό στόχο τη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας.
2. Η βελτίωση και επαναφορά στα φυσιολογικά επίπεδα των καθημερινών δραστηριοτήτων του παιδιού και η αποκατάσταση της φυσιολογικής ζωής της οικογένειάς του.

Φαρμακευτική αγωγή

Έχουν προταθεί διάφορα φάρμακα για τη θεραπεία της ΙΝ/ΣΧΚ, όπως αντιισταμινικά και αντι-ιικά, χωρίς όμως αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.⁶¹ Επίσης, έχουν χρησιμοποιηθεί τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (δεσιπραμίνη), μυοχαλαρωτικά (κυκλοβενζαπρίνη), ενδοφλέβια χορήγηση γ-σφαιρίνης, καθώς και φάρμακα για την αντιμετώπιση της υπότασης (λόγω διαταραχής της λειτουργίας του καρδιαγγειακού από το ΑΝΣ), τα αποτελέσματα όμως είτε δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά είτε αφορούν σε μικρό αριθμό ασθενών και χρειάζεται να επιβεβαιωθούν και από μελέτες με

μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.¹ Οι Romano et al,⁶² μετά από χορήγηση κυκλοβενζαπρίνης για δύο χρόνια, αναφέρουν βελτίωση στο 73% των περιπτώσεων. Οι Rowe et al,⁶³ αντιμετωπίζοντας με τη χορήγηση ατενολόλης (50 mg/ημέρα) την υπόταση 7 παιδιών με ΣΧΚ, αναφέρουν ελάττωση του αισθήματος κόπωσης και του αισθήματος «αδειάσματος» του κεφαλιού. Η χορήγηση, τέλος, ενδοφλέβιας γ-σφαιρίνης (1 g/kg βάρους σώματος σε τρεις εγχύσεις) οδήγησε σε βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και σε ποσοστό 25% (έναντι 11% του εικονικού φαρμάκου) σε πλήρη αποκατάσταση της λειτουργικότητας του παιδιού.²⁸ Σε ό,τι αφορά στα νεότερα αντικαταθλιπτικά, φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικά σε ασθενείς με προεξάρχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία. Έτσι, σε εφήβους με κατάθλιψη προτείνεται η χορήγηση φλουοξετίνης.⁴⁴

Προγράμματα ασκήσεων αποκατάστασης

Σε ό,τι αφορά στα προγράμματα ασκήσεων, τα ευρήματα είναι αντιφατικά. Ο Vereker⁴¹ αναφέρει ως επιτυχή τα προγράμματα σταδιακής αύξησης της συμμετοχής των ασθενών σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (παρακολούθηση του σχολείου, ψυχαγωγικές-κοινωνικές-φυσικές δραστηριότητες) και τονίζει την ανάγκη συνεργασίας με τις οικογένειές τους. Αντίθετα, οι ομάδες βοήθειας και υποστήριξης προτείνουν ανάπαυση.⁶⁴ Η δημιουργία και εφαρμογή ενός προοδευτικά αυξανόμενων απαιτήσεων προγράμματος ασκήσεων του μυοσκελετικού (ενδυνάμωσης, διάτασης κ.ά.), σε συνδυασμό με ασκήσεις χαλάρωσης, προσφέρει θεραπευτικά, ενώ στην αντιμετώπιση του μυοσκελετικού πόνου βοηθά και η εφαρμογή φυσικών μέσων, όπως θερμότητας.

Ψυχοθεραπεία

Η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, είτε σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία,⁶⁵ είτε σε συνδυασμό με πρόγραμμα βαθμιαία αυξανόμενων δραστηριοτήτων,⁶⁶ έχει αποδειχθεί χρήσιμη σε ενήλικες ασθενείς με ΣΧΚ. Σε ό,τι αφορά στα παιδιά και τους εφήβους, φαίνεται ότι η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία είναι επίσης υποβοηθητική, όμως οι σχετικές μελέτες είναι λίγες και αφορούν σε μικρό αριθμό ασθενών.¹ Οι Walco και Ilowite⁶⁷ χρησιμοποίησαν γνωσιακές συμπεριφορικές τεχνικές σε 7 κορίτσια με ΙΝ και ανέφεραν ελάττωση του πόνου

και βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Δεδομένης, τέλος, της αποτελεσματικότητας της γνωσιακής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας σε καταθλιπτικούς εφήβους, προτείνεται η εφαρμογή της και σε εφήβους με ΙΝ/ΣΧΚ.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία φαίνεται, επίσης, να προσφέρει βοήθεια σε παιδιά και εφήβους με ΙΝ/ΣΧΚ, απαιτείται όμως περαιτέρω έρευνα. Σε κάθε είδους θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών και εφήβων (συμπεριφορική, αποκατάσταση, φαρμακευτική), οι οικογενειακές παρεμβάσεις θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές, καθώς η συνεργασία της οικογένειας και η στήριξη των παιδιών από τους γονείς είναι απαραίτητες. Και στην περίπτωση εφαρμογής γνωσιακής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, η διερεύνηση των πεποιθήσεων των υπολοίπων μελών της οικογένειας σε σχέση με τα συμπτώματα και τη νόσο του πάσχοντος μέλους είναι καθοριστική για την επιτυχία της.⁴⁷

Νοσηλεία

Για τα περισσότερα παιδιά και εφήβους με ΙΝ/ΣΧΚ η θεραπεία γίνεται σε εξωτερική βάση, στις βαρύτερες όμως περιπτώσεις απαιτείται νοσηλεία. Ωστόσο, η μακρόχρονη νοσηλεία παιδιών και εφήβων θα πρέπει να αποφεύγεται, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος αποξένωσης του παιδιού από το σχολείο και το κοινωνικό περιβάλλον, ακριβώς στην αναπτυξιακή περίοδο όπου η ανάπτυξη των σχέσεων και η εκπαίδευση είναι καθοριστικές για την εξέλιξη του ατόμου.

Συμπεράσματα

Απαιτείται αυξημένη εγρήγορση στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της ΙΝ/ΣΧΚ των παιδιών, καθώς οι καταστάσεις αυτές δεν είναι σπάνιες και μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση της λειτουργικής ικανότητας και της κοινωνικής ζωής των παιδιών. Απαιτείται συνδυαστική θεραπεία με χορήγηση φαρμάκων, εφαρμογή προγράμματος ασκήσεων και ψυχοθεραπεία με στόχο τον περιορισμό ή την πλήρη υποχώρηση των κλινικών εκδηλώσεων (μυοσκελετικού πόνου, κατάθλιψη, κακής ποιότητας ύπνου κ.ά.) και την αποκατάσταση της λειτουργικής ικανότητας του παιδιού. Σε κάθε περίπτωση, η συνεργασία με την οικογένεια είναι απαραίτητη.

Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome in children and adolescents

N.G. Galanopoulos,¹ G.P. Kampakis,¹ K.F. Ladopoulou²

¹Reumatology Outpatients Department, General University Hospital of Alexandroupoli, Alexandroupoli, Greece

²University Child Psychiatry Department, University of Thrace, Regional General Hospital of Alexandroupoli, Greece

Psychiatriki 2007, 18:156–167

Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome are quite common affections in children and adolescents. The clinical symptoms include various manifestations such as diffuse musculoskeletal pain, feeling of fatigue, depressive symptoms, headache, sleep disturbances etc. Physiological, genetic, psychological/psychosocial and environmental factors are involved in the pathogenesis of the disorders. Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome may cause significant deterioration of the functional capacity with severe consequences for the child/adolescent's family and social life as well as his/her development. There is need for early diagnosis, open discussion with the child/adolescent and his/her family and therapeutic intervention including drug treatment, physical therapy and psychotherapy.

Key words: Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, narcissism, religion, depressive position, paranoid-schizoid position.

Βιβλιογραφία

- Breau L, McGrath P, Ju L. Review of juvenile primary fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Dev Behav Pediatr* 1999, 20:278–288
- Buskila D. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 2001, 13:117–127
- Bell DS, Bell KM, Cheney PR. Primary juvenile fibromyalgia syndrome and chronic fatigue syndrome in adolescents. *Clin Infect Dis* 1994, 18:S21–S23
- Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med* 1988, 108:387–389
- Fukuda K, Straus SE, Hickie I et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study: International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994, 121:953–959
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997, 40:752–760
- Yunus MB, Masi AT. Juvenile primary fibromyalgia syndrome: A clinical study of thirty-three patients and matched controls. *Arthritis Rheum* 1989, 28:138–145
- Bell DS. Diagnosis of chronic fatigue syndrome in children and adolescents. *J Chron Fatigue Syndr* 1995, 1:29–36
- Reid G, Lang B, McGrath P. Primary juvenile fibromyalgia: Psychological adjustment, family functioning, coping and functional disability. *Arthritis Rheum* 1997, 40:752–760
- Buskila D. Fibromyalgia in children – Lessons from assessing nonarticular tenderness. *J Rheumatol* 1996, 23:2017–2018
- Buskila D. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 1999, 11:119
- Clark P, Burgos-Vargas R, Medina-Palma C et al. Prevalence of fibromyalgia in children: A clinical study of Mexican children. *J Rheumatol* 1998, 25:2009–2013
- Buskila D, Neumann L, Hersmann E. Fibromyalgia syndrome in children: An outcome study. *J Rheumatol* 1995, 22:525–528
- Lloyd AR, Hickie I, Boughton CR et al. Prevalence of chronic fatigue syndrome in an Australian population. *Med J Aust* 1990, 153:522–528
- Garralda EM. Severe chronic fatigue syndrome in child—a discussion of psychopathological mechanisms. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 1992, 1:111–118
- Gedalia A, Garcia CO, Molina JF et al. Fibromyalgia syndrome: Experience in a pediatric rheumatology clinic. *Clin Exp Rheumatol* 2000, 18:415–419

17. Siegel D, Janeway D, Baum J. Fibromyalgia syndrome in children and adolescents: Clinical features at presentation and status at follow-up. *Pediatrics* 1998, 101:377-382
18. Yunus MB. Towards a model of pathophysiology of fibromyalgia: Aberrant central pain mechanisms with peripheral modulation. *J Rheumatol* 1992, 19:846-850
19. Mikkelsen M. One year outcome of preadolescents with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1999, 26:674-682
20. Calabro JJ. Fibromyalgia in children. *Am J Med* 1986, 81(Suppl 3A):57-59
21. Malleson PN, Matar M, Petty RE. Idiopathic musculoskeletal pain syndromes in children. *J Rheumatol* 1992, 19:1786-1789
22. Symmons DPM, Jones M, Osborne J et al. Pediatric rheumatology in the UK: data from the British Pediatric Rheumatology Group National Diagnostic Register. *J Rheumatol* 1996, 23:1975-1980
23. Malleson PN, Fung MY, Rosenberg AM. The incidence of pediatric rheumatic diseases. *J Rheumatol* 1996, 23:1981-1987
24. Bowyer S, Roettcher P. Pediatric rheumatology database research group. Pediatric rheumatology clinic populations in the USA. Results of a 3-year survey. *J Rheumatol* 1996, 23:1968-1974
25. Gedalia A, Press J, Klein M et al. Joint hypermobility and fibromyalgia in schoolchildren. *Ann Rheum Dis* 1994, 52: 494-496
26. Rusy L, Harvey S, Beste D. Pediatric fibromyalgia and dizziness: Evaluation of vestibular function. *Dev Behav Pediatr* 1999, 20: 211-215
27. Roizenblatt S, Tufik S, Goldenberg J et al. Juvenile fibromyalgia: clinical and polysomnographic aspects. *J Rheumatol* 1997, 24:579-585
28. Rowe KS. Double-blind randomized controlled trial to assess the efficacy of intravenous gammaglobulin for the management of chronic fatigue syndrome in adolescents. *J Psychiatr Res* 1997, 31:133-147
29. Moldofsky H, Fung K, Lue FA et al. Sleep and symptoms in children and adolescents with fibromyalgia. *Sleep Res* 1993, 22:311
30. Tayag-Kier C, Keenan G, Scalzi L et al. Sleep and periodic limb movement in sleep and juvenile fibromyalgia. *Pediatrics* 2000, 106:70-74
31. Walford GA, Nelson WM, McCluskey DR. Fatigue, depression and social adjustment in chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Child* 1993, 68:384-388
32. Kerr J, Bracewell J, Laing I et al. Chronic fatigue syndrome and arthralgia following Parvovirus B19 infection. *J Rheumatol* 2002, 29:595-602
33. Bou-Holaigah I, Rowe PC, Kan J et al. The relationship between neurally mediated hypotension and the chronic fatigue syndrome. *JAMA* 1995, 274:961-967
34. van de Putte EM, Uiterwaal CS, Bots ML et al. Is chronic fatigue syndrome a connective tissue disorder? A cross-sectional study in adolescents. *Pediatrics* 2005, 115:415-422
35. Mikkelsen M, Sourander A, Piha J et al. Psychiatric symptoms in preadolescents with musculoskeletal pain and fibromyalgia. *Pediatrics* 1997, 100:220-227
36. Jones D, Bromberger J, Sutton-Tyrrell K et al. Lifetime history of depression and carotid atherosclerosis in middleaged women. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60:153-160
37. Buskila D, Neumann L, Hazanov I et al. Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Semin Arthritis Rheum* 1996, 26:605-611
38. Yunus MB, Rawlings, Khan MA. Genetic studies of multicase families with fibromyalgia with HLA typing. *Arthritis Rheum* 1995, 38S:247
39. Schanberg L, Keefe F, Lefebvre J et al. Social context of pain in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome: Parental pain history and family environment. *Clin J Pain* 1998, 14:107-115
40. Smith MS, Mitchell J, Corey L et al. Chronic fatigue in adolescents. *Pediatrics* 1991, 88:195-202
41. Vereker MI. Chronic fatigue syndrome: A joint pediatric-psychiatric approach. *Arch Dis Child* 1992, 67:550-555
42. Carter BD, Edwards JF, Kroenenberger WG et al. Case control study of chronic fatigue in pediatric patients. *Pediatrics* 1995, 95:179-186
43. Pelcovitz D, Septimus A, Friedman SB et al. Psychosocial correlates of chronic fatigue syndrome in adolescent girls. *Dev Behav Pediatrics* 1995, 16:333-338
44. Richards J. Chronic fatigue syndrome in children and adolescents: A review article. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2000, 5:31-51
45. Kashikar-Zuck S, Vaught M, Goldschneider K et al. Depression, coping, and functional disability in juvenile primary fibromyalgia syndrome. *J Pain* 2002, 3:412-419
46. Sharpe M. Chronic fatigue syndrome. *Psychiatr Clin North Am* 1996, 19:549-573
47. Fry AM, Martin M. Cognitive idiosyncrasies among children with the chronic fatigue syndrome: Anomalies in selfreported activity levels. *J Psychosom Res* 1996, 41:213-223
48. Berg I. School refusal and truancy. *Arch Dis Child* 1997, 76:90-91
49. Lipowski Z. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: II. Clinical aspects. *Psychosom Med* 1967, 29:201-224
50. Lask B, Fosson A. *Childhood illness: The psychosomatic approach*. Chichester, UK, Wiley, 1989
51. Pipe R, Waite M. Family therapy in the treatment of chronic fatigue syndrome in adolescence. *Assoc Child Psychol Psychiatry Rev Newsletter* 1995, 17:9-16
52. Minuchin S, Baker L, Rosman BL et al. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Arch Gen Psychiatry* 1975, 32:1031-1038
53. Lask B, Dillon M. Postviral fatigue syndrome. *Arch Dis Child* 1990, 65:1198
54. David A, Wesseley S, Pelosi A. Chronic fatigue syndrome: signs of a new approach. *Br J Hosp Med* 1991, 45:158-163
55. Neumann L, Buskila D. Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. *Semin Arthritis Rheum* 1997, 26:834-839
56. Moos RH, Moos BS. *Family environment scale manual*. Palo Alto, Consulting Psychologists Pres, 1994
57. Conte P, Walko G, Kimura Y. Temperament and stress response in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2003, 48:2923-2930
58. Hudson J, Pope H. Does childhood sexual abuse cause fibromyalgia? *Arthritis Rheum* 1995, 2:161-163
59. Buskila D, Neumann L, Press J et al. Assessment of non-articular tenderness of children in different ethnic groups. *J Musculoskelet Pain* 1995, 3:83-90

60. Rabinovich CE, Schanberg LE, Stein LD. A follow up study of pediatric fibromyalgia patients. *Arthritis Rheum* 1990, 33(Suppl 9):S146
61. Salit IE. The chronic fatigue syndrome: An update of important issues. In: Shlomo Y, Motofsty DI (eds) *Chronic fatigue syndrome*. London, Plenum, 1997:51-72
62. Romano TJ. Fibromyalgia in children: Diagnosis and treatment. *W V Med J* 1991, 87:112-114
63. Rowe PC, Bou-Holaigah I, Kan JS et al. Is neurally mediated hypotension an unrecognized cause for chronic fatigue? *Lancet* 1995, 345:623-624
64. Franklin A. *Children with ME. Guidelines for school doctors and general practitioners*. Stanford le Hope, ME Association, 1995
65. Sharpe M, Hawton K, Simkin S et al. Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: A randomised controlled trial. *BMJ* 1996, 312:22-26
66. Deale A, Chalder T, Marks I et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 1997, 154:408-414
67. Walko GA, Ilowite N. Cognitive-behavioral intervention for juvenile primary fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1992, 19:1617-1619

Αλληλογραφία: Γ.Ν. Γαλανόπουλος, Ρευματολογικό Εξωτερικό
Ιατρείο, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης, 6ο χιλ. Αλεξανδρούπολης-Μάκρης,
681 00 Αλεξανδρούπολη
Τηλ. 25510 75551

Ενδιαφέρουσα περίπτωση Case report

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μετά από μακροχρόνια χρήση λιθίου

Β. Μποζίκας,¹ Θ. Ξαφένιας,² Χ. Ανδρέου,¹ Ε. Μάνου,³ Γ. Γαρυφαλλος,²
Γ. Σακελλαρίου,^{3†} Θ. Καράβατος,¹ Κ. Φωκάς²

¹Α' Ψυχιατρική Κλινική, ²Β' Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,
³Νεφρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ψυχιατρική 2007, 18:168–172

Το λίθιο αποτελεί, στην εποχή της επιστημονικά τεκμηριωμένης Ψυχιατρικής, μια αποτελεσματική και ταυτοχρόνως οικονομική θεραπεία της διπολικής διαταραχής, παρά την ύπαρξη άλλων εναλλακτικών θεραπειών (αντιεπιληπτικά, άτυπα αντιψυχωσικά). Κατά τη χορήγησή του, όμως, απαιτείται η εξασφάλιση της συνεργασίας του ασθενούς για την παρακολούθηση των επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα αλλά και για τον τακτικό εργαστηριακό έλεγχο της θυρεοειδικής και νεφρικής λειτουργίας. Όσον αφορά στη λειτουργία των νεφρών, το λίθιο μπορεί να προκαλέσει μείωση της νεφρικής συμπεκνωτικής ικανότητας με αποτέλεσμα πολυουρία, αύξηση των επιπέδων κρεατινίνης και σπανιότατα νεφρική ανεπάρκεια. Στη συγκεκριμένη εργασία παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός ασθενούς με διπολική διαταραχή, ο οποίος ανέπτυξε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια προτελικού σταδίου ύστερα από συνεχή 25ετή λήψη λιθίου.

Λέξεις ευρετηρίου: Λίθιο, νεφρική δυσλειτουργία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, διπολική διαταραχή.

Εισαγωγή

Το λίθιο, 55 περίπου χρόνια μετά την πρώτη του χορήγηση στην αντιμετώπιση της μανίας από τον Cade¹ και 50 χρόνια από την πρώτη του ελεγχόμενη με placebo κλινική μελέτη των Schou et al,² παραμένει μια αποτελεσματική και ταυτοχρόνως οικονομική θεραπεία της διπολικής διαταραχής, παρά την ύπαρξη άλλων εναλλακτικών θεραπειών (αντιεπιληπτικά, άτυπα αντιψυχωσικά).³ Αν και στο παρελθόν είχαν διατυπωθεί ενστάσεις για την ποιότητα των επιστημονικών δεδομένων που υποστηρίζουν τη χρήση του λιθίου,⁴ τα σύγχρονα δεδομένα δείχνουν πως είναι αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση της οξείας μανίας, της διπολικής κατάθλιψης, αλλά και στην προφυλακτική θεραπεία της διπολικής διαταραχής.³ Ως αποτέλεσμα, το λίθιο συμπεριλαμβάνεται μεταξύ των φαρμάκων πρώτης εκλογής στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής στις διάφορες θεραπευτικές κατευθυντήριες οδηγίες.⁵ Συγκεκριμένες, πάντως, διαγνωστικές κατηγορίες (μικτά επεισόδια, διπολική διαταραχή με ταχέως εναλλασσόμενες φάσεις, συννοσηρότητα με κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, ύπαρξη νευρολογικών ανωμαλιών) όντως παρουσιάζουν ανεπαρκή απάντηση στο λίθιο.⁶ Επίσης, αν και γενικά ελαττώνει τον κίνδυνο υποτροπής των ασθενών με διπολική διαταραχή, ο προστατευτικός του ρόλος είναι πιο σαφής για τα μανιακά παρά για τα καταθλιπτικά επεισόδια.^{7,8} Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της θεραπείας με λίθιο είναι η μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας των ασθενών με διπολική διαταραχή,^{9,10} και μάλιστα ανεξάρτητα από τις θυμοσταθεροποιητικές του ιδιότητες.¹⁰

Περίπου 25–50% των ασθενών που λαμβάνουν λίθιο διακόπτουν ή ελαττώνουν τη δόση του φαρμάκου λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλεί¹² και κυρίως λόγω της αύξησης βάρους και της μείωσης της νοητικής ικανότητας,¹³ συγκεκριμένα της μνήμης.¹⁴ Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η νευροτοξικότητα, σχετιζόμενη και με αυξημένα επίπεδα του φαρμάκου στο πλάσμα, η υπερβολική δίψα και η πολουρία, ο τρόμος, η ναυτία και η διάρροια, ενώ η μακροχρόνια λήψη του λιθίου προκαλεί θυρεοειδική και νεφρική δυσλειτουργία.^{3,15}

Η πολουρία, συμπεριλαμβανομένης και της νυχτουρίας, εμφανίζεται στο 50% των ασθενών που λαμβάνουν λίθιο, ενώ ποσοστό 20% αποβάλλουν περισσότερα από 3 L ούρων το 24ωρο.¹⁶ Η προκαλούμενη από το λίθιο πολουρία φαίνεται ότι οφείλεται στη βλαπτική δράση του στη συμπεκνωτική ικανότητα των νεφρών¹⁷ και η θεραπεία με λίθιο

αποτελεί την κυριότερη αιτία νεφρογενούς άποιου διαβήτη.¹⁸ Στο 5–10%, η μειωμένη νεφρική συμπεκνωτική ικανότητα είναι μόνο μερικώς ή καθόλου αντιστρεπτή μετά τη διακοπή της θεραπείας.¹⁶ Το λίθιο φαίνεται να αναστέλλει την ενεργοποίηση της αδενυλικής κυκλάσης, που επιφέρει η αντιδιουρητική ορμόνη, προκαλώντας μείωση του σχηματισμού του δεύτερου μηνύτορα, της κυκλικής μονοφωσφορικής αδενοσίνης, στα κύτταρα των εγγύς εσπειραμένων σωληναρίων.¹⁹ Οι Turan et al υποστήριξαν ότι η μειωμένη συμπύκνωση των ούρων σε ορισμένους ασθενείς που λαμβάνουν λίθιο μπορεί να οφείλεται σε καταστολή της απελευθέρωσης της αντιδιουρητικής ορμόνης από τον υποθάλαμο.²⁰ Υπάρχουν όμως και έρευνες που δεν βρήκαν μείωση της νεφρικής συμπεκνωτικής ικανότητας σε ασθενείς που ελάμβαναν λίθιο.^{21,22}

Παλαιότερες ανασκοπήσεις, που αφορούσαν στην –πέραν της συμπύκνωσης των ούρων– επίδραση του λιθίου στη νεφρική λειτουργία, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν οδηγούσε σε αλλαγές του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης ή σε νεφρική ανεπάρκεια.^{23,24} Οι περισσότερες μετέπειτα έρευνες^{21,22,25,26} επιβεβαίωσαν τα ανωτέρω συμπεράσματα, αν και δεν έλειψαν και κάποιες που ανέφεραν μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης σε ασθενείς που ελάμβαναν λίθιο, σε ποσοστά από 10–21%.^{27,28} Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με νεφρική δυσλειτουργία σε ασθενείς υπό αγωγή με λίθιο είναι η τοξίκωση από λίθιο, οι υψηλές δόσεις και τα αυξημένα επίπεδα του λιθίου στο πλάσμα, η συγχορήγηση άλλων φαρμάκων, η ύπαρξη κάποιας χρονίας σωματικής νόσου και, τέλος, η ηλικία, παρά αυτή καθαυτή η μακροχρόνια έκθεση στο φάρμακο.¹⁶ Η μη φυσιολογική συμπεκνωτική ικανότητα των νεφρών λόγω της λήψης λιθίου δεν αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα μελλοντικής αύξησης των επιπέδων κρεατινίνης.^{13,29} Έχουν, πάντως, αναφερθεί περιστατικά νεφρικής ανεπάρκειας σε ασθενείς χωρίς την ύπαρξη άλλου επιβαρυντικού παράγοντα για τους νεφρούς εκτός από τη λήψη του λιθίου.^{13,21,29,30}

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται ένας ασθενής με διπολική διαταραχή, ο οποίος ανέπτυξε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μετά από μακροχρόνια θεραπεία με λίθιο.

Παρουσίαση περιπτώσεως

Ασθενής, 51 ετών, με διάγνωση «διπολική διαταραχή-I», προσήλθε στην Κλινική μας εκούσια και ζήτησε να εισαχθεί λόγω απροσδιόριστης υποκειμενικής δυσφορίας. Η έναρξη της διπολικής διαταραχής προσ-

διορίζεται προ 25ετίας, οπότε ο ασθενής είχε τεθεί σε φαρμακευτική αγωγή με λίθιο και αλοπεριδόλη. Έκτοτε, είχε επανειλημμένες νοσηλείες, η τελευταία των οποίων έγινε το 1998. Μετά την τελευταία έξοδο, την εξωνοσοκομειακή του φροντίδα ανέλαβαν μη ψυχιατρικές υπηρεσίες του τόπου διαμονής του. Ο ασθενής δεν επέδειξε την απαιτούμενη συνεργασία για κλινική παρακολούθηση και εργαστηριακό έλεγχο και περιορίστηκε μόνο στη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής.

Κατά την πρώτη συνέντευξη με τον ασθενή, η επικοινωνία ήταν δυσχερής και τέθηκε η υποψία οργανικής βλάβης. Ο ασθενής ήταν ψυχοκινητικά ήρεμος, συνεργάσιμος, με παραμελημένη εμφάνιση, προσανατολισμένος ως προς το χώρο, τα πρόσωπα και τον εαυτό, όχι όμως και ως προς το χρόνο. Δεν υπήρχαν εμφανείς διαταραχές της σκέψης ή της αντίληψης και οι πληροφορίες που έδινε δεν μπορούσαν να διασταυρωθούν λόγω φτωχού συγγενικού περιβάλλοντος. Το συναίσθημά του ήταν ρηχό, με απρόσφορα ανόητα γέλια. Οι ανώτερες γνωστικές λειτουργίες του (μνήμη, κρίση, αφαιρετική ικανότητα, προσοχή και συγκέντρωση) υπολείπονταν (Mini Mental State Examination, MMSE: 15). Ελάμβανε ανθρακικό λίθιο 1200 mg/24ωρο, αλοπεριδόλη 15 mg/24ωρο και βιπεριδίνη 3 mg/24ωρο. Τέλος, όταν ρωτήθηκε σχετικά, δεν ανέφερε πολυουρία ή πολυδιψία αλλά νυχτερινή ενοούρηση, γεγονός που δεν μπορούσε να αξιολογηθεί γιατί χρονολογείτο από την παιδική του ηλικία.

Από τον πρώτο εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα λιθίου στο αίμα (2,32 mmol/L) και αυξημένη τιμή κρεατινίνης ορού (2,26 mg/dL, φυσιολογικές τιμές: 0,6–1,3 mg/dL), ενώ η θυρεοειδική λειτουργία και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν φυσιολογικά. Εκτός από ελαφρά διεύρυνση των σχισμών και των αυλάκων, η αξονική τομογραφία εγκεφάλου ήταν φυσιολογική. Μετά τη λήψη των πρώτων εργαστηριακών εξετάσεων η χορήγηση λιθίου μειώθηκε σταδιακά μέχρι την πλήρη διακοπή της και το λίθιο αντικαταστάθηκε από βαλπροϊκό νάτριο, 15 μέρες μετά την εισαγωγή. Στο ίδιο χρονικό διάστημα διακόπηκε η χορήγηση της αλοπεριδόλης και της βιπεριδίνης και προστέθηκαν 30 mg/24ωρο ολανζαπίνης. Οι τιμές της κρεατινίνης παρέμειναν στα ίδια περίπου επίπεδα καθόλη τη διάρκεια νοσηλείας (80 μέρες), ενώ μετά τις πρώτες 30 μέρες παρουσιάστηκαν οριακή υπερνατρίαμία (148 mmol/L, φυσιολογικές τιμές: 135–145 mmol/L) και αξιοσημείωτη υπερκαλιαιμία (5,8 mmol/L, φυσιολογικές τιμές: 3,5–4,5 mmol/L), που αντιμετωπίστηκαν με διαιτητικά μέ-

σα. Το υπερηχογράφημα νεφρών έδειξε αύξηση της ηχογένειας αυτών αμφοτερόπλευρα, με φυσιολογικό πάχος του φλοιού και μείωση της επιμήκους διαμέτρου (δεξιός νεφρός: 92 mm, αριστερός νεφρός: 91 mm, φυσιολογικό μέγεθος: 110–120 mm). Μετά από συλλογή ούρων 24ώρου διαπιστώθηκε χαμηλή τιμή κάθαρσης κρεατινίνης (16,15 mL/min) και τέθηκε οριστικά η διάγνωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας προτελικού σταδίου επί εδάφους χρόνιας λήψης λιθίου (φυσιολογικές τιμές κάθαρσης κρεατινίνης: 97–137 mL/min).

Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο έχοντας αξιοσημείωτη βελτίωση στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες του (MMSE: 28) συγκριτικά με την εισαγωγή του και λαμβάνοντας ολανζαπίνη 30 mg/24ωρο, βαλπροϊκό 2000 mg/24ωρο και κλοναζεπάμη 2 mg/24ωρο.

Συζήτηση

Ο ασθενής που περιγράφηκε παρουσίασε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μετά από 25 χρόνια λήψης λιθίου. Στο συγκεκριμένο ασθενή δεν βρέθηκε κάποιος άλλος παράγοντας, εκτός της χρόνιας λήψης λιθίου, που θα μπορούσε να εξηγήσει τη νεφρική βλάβη. Υπάρχουν, βέβαια, και περιπτώσεις εμφάνισης χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας σε κατά τα άλλα υγιή άτομα χωρίς τελικά να ανευρίσκεται κάποιος επιβαρυντικός παράγοντας, όπως σωματική νόσος ή λήψη κάποιου φαρμάκου με γνωστή βλαπτική δράση στους νεφρούς. Συνεπώς, έχει υποστηριχθεί ότι ίσως και οι ασθενείς που λαμβάνουν λίθιο και αναπτύσσουν νεφρική ανεπάρκεια ανήκουν σε αυτή την κατηγορία και ότι αυτό καθαυτό το λίθιο δεν εμπλέκεται στην ανάπτυξη της νεφρικής βλάβης.²⁹ Πρακτικά, πάντως, η αύξηση της κρεατινίνης στα 1,6 mg/dL ή και περισσότερο δεν αποτελεί λόγο αυτόματης διακοπής της θεραπείας με λίθιο. Σε ασθενείς που λαμβάνουν το φάρμακο απαιτείται παρακολούθηση των επιπέδων της κρεατινίνης ορού κάθε 6 μήνες και μόνο αν τα επίπεδά της αυξηθούν πολύ περισσότερο από τα παραπάνω αναφερόμενα όρια καθίσταται αναγκαία η διακοπή του φαρμάκου.³⁰ Στον προαναφερθέντα ασθενή, λόγω της πλημμελούς ψυχιατρικής παρακολούθησής του, τα επίπεδα κρεατινίνης ορού δεν είχαν ελεγχθεί για 7 χρόνια περίπου, με αποτέλεσμα να μην έχει διακοπεί εγκαίρως το λίθιο. Πάντως, η μη φυσιολογική συμπεκνωτική ικανότητα των νεφρών λόγω της λήψης λιθίου δεν αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα μελλοντικής αύξησης των επιπέδων κρεατινίνης.^{13,29}

Το λίθιο αποτελεί, στην εποχή της επιστημονικά τεκμηριωμένης Ψυχιατρικής, φάρμακο πρώτης εκλο-

γής στην αντιμετώπιση της οξείας μανίας, της διπολικής κατάθλιψης, αλλά και των υποτροπών, ιδίως των μανιακών επεισοδίων.^{3,8} Για την καλύτερη αντιμετώπιση της διπολικής κατάθλιψης και των υποτροπών των καταθλιπτικών επεισοδίων σε ασθενείς όπου αυτό δεν επιτυγχάνεται με μονοθεραπεία λιθίου, ίσως χρειάζεται και η προσθήκη άλλου φαρμάκου, όπως της λαμοτριγίνης. Κάτι τέτοιο, όμως, ισχύει και για άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, όπως της καρβαμαζεπίνης και του βαλπροϊκού.³¹ Στο πλαίσιο αυτό γίνεται προσπάθεια να προσδιοριστούν και άλλα χαρακτηριστικά της διπολικής διαταραχής, κυρίως κλινικά ή από το ιστορικό, που εκ προοιμίου θα επέτρεπαν την ασφαλή επιλογή του λιθίου στην προφυλακτική αγωγή της νόσου.³²

Στη θεραπεία με λίθιο, μεγάλη σημασία έχει η εξασφάλιση συνεργασίας με τον ασθενή για την παρακολούθηση των επιπέδων του φαρμάκου στο αίμα αλλά και για τον τακτικό εργαστηριακό έλεγχο της θυρεοειδικής και νεφρικής λειτουργίας, κάθε 2–3 μή-

νες για τους πρώτους 6 μήνες και στη συνέχεια ανά 6–12 μήνες ή όποτε υπάρχει κλινική ένδειξη.³³ Τα θεραπευτικά επίπεδα λιθίου στο αίμα για την πρόληψη της υποτροπής μπορεί να είναι και χαμηλότερα από 0,8 mmol/L, καθώς δεν βρέθηκε διαφορά στη συχνότητα των υποτροπών σε ασθενείς με επίπεδα λιθίου 0,5–0,8 mmol/L, σε σύγκριση με αυτούς με επίπεδα 0,8–1,0 mmol/L, μετά από παρακολούθηση δύο ετών. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η καλύτερα ανεκτή³⁴ για τον ασθενή δόση λιθίου είναι και η καλύτερη θεραπευτική δόση γι' αυτόν.⁷ Η εμφάνιση προβλημάτων στη νεφρική λειτουργία, με τη μορφή της μειωμένης νεφρικής συμπεκνωτικής ικανότητας που δεν ανταποκρίνεται στη μείωση της δόσης του λιθίου και της αύξησης των επιπέδων κρεατινίνης ορού >1,6 mg/dL, αλλά και προβλημάτων στη θυρεοειδική λειτουργία, με τη μορφή του υποθυρεοειδισμού, απαιτεί τη συνεργασία του ψυχιάτρου με κάποιον ειδικό γιατρό, νεφρολόγο ή ενδοκρινολόγο, για την αξιολόγηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου και την απόφαση διακοπής ή συνέχισης της θεραπείας με λίθιο.

Chronic renal insufficiency after long term lithium treatment

V.P. Bozikas,¹ T. Xafenias,² C. Andreou,¹ E. Manou,³
G. Garyfallos,² G. Sakellariou,^{3†} T. Karavatos,¹ K. Fokas²

¹1st Department of Psychiatry, ²2nd Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, ³Nephrology Department, "Papageorgiou" General Hospital, Thessaloniki, Greece

Psychiatriki 2007, 18:168–172

Lithium is, in the era of evidence-based psychiatry, an efficacious and, simultaneously, cost-effective treatment for bipolar disorder, despite the existence of alternative mood-stabilizers (antiepileptics, atypical antipsychotics). A prerequisite for lithium administration in patients with bipolar disorder is the patient's cooperation, in order to ensure monitoring of drug plasma levels as well as thyroid and renal function. Lithium-related renal complications include impairment in renal concentrating ability resulting in polyuria, increase of plasma creatinine levels and, more rarely, renal insufficiency. In this paper we present the case of a patient with bipolar disorder, who developed chronic renal insufficiency after 25 years of treatment with lithium.

Key words: Lithium, renal dysfunction, chronic renal insufficiency, bipolar disorder.

Βιβλιογραφία

- Cade J. Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Med J Austr* 1949, 3:349–352
- Schou M, Juul-Nielsen N, Stomgren R et al. The treatment of manic psychosis by the administration of lithium salts. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1954:250–260
- Freeman MP, Wiegand C, Gelenberg AJ. Lithium. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB (eds) *Textbook of psychopharmacology*. 3rd ed. American Psychiatric Publ, Washington, DC, 2004:547–565
- Moncrieff J. Lithium: Evidence reconsidered. *Br J Psychiatry* 1997, 171:113–119
- Fountoulakis KN, Vieta E, Sanchez-Moreno J et al. Treatment guidelines for bipolar disorder: A critical review. *J Affect Disord* 2005, 86:1–10
- Gershon S, Soares JC. Current therapeutic profile of lithium. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:16–20
- Goodwin GM, Geddes JR. Latest maintenance data on lithium in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003, 13: S51–S55
- Geddes JR, Burgess S, Hawton K et al. Long-term lithium therapy for bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry* 2004, 161:217–222
- Brodersen A, Licht RW, Vestergaard P et al. Sixteen-year mortality in patients with affective disorder commenced on lithium. *Br J Psychiatry* 2000, 176:429–433
- Ahrens B, Muller-Oerlinghausen B. Does lithium exert an independent antisuicidal effect? *Pharmacopsychiatry* 2001, 34:132–136
- Kessing LV, Sondergard L, Kvist K et al. Suicide risk in patients treated with lithium. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:860–866
- Dubovsky SL, Buzan RD. Novel alternatives and supplements to lithium and anticonvulsants for bipolar affective disorder. *J Clin Psychiatry* 1997, 58:224–242
- Gitlin MJ, Altshuler LL. Unanswered questions, unknown future for one of our oldest medications. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:21–23
- Christodoulou GN, Kokkevi A, Lykouras EP et al. Effects of lithium on memory. *Am J Psychiatry* 1981, 138:847–848
- Christodoulou GN, Siafakas A, Rinieris PM. Side-effects of lithium. *Acta Psychiatr Belg* 1997, 77:260–266
- Johnson G. Lithium – Early development, toxicity, and renal function. *Neuropsychopharmacology* 1998, 19:200–205
- Coşkunol H, Vahip S, Mees ED et al. Renal side-effects of long-term lithium treatment. *J Affect Disord* 1997, 43:5–10
- Garofeanu CG, Weir M, Rosas-Arellano MP et al. Causes of reversible nephrogenic diabetes insipidus: a systematic review. *Am J Kidney Dis* 2005, 45:626–637
- Hyman S, Arana GW, Rosenbaum JF. *Handbook of psychiatric drug therapy*. 3rd ed. Little, Brown, Boston, 1995
- Turan T, Eşel E, Tokgöz B et al. Effects of short- and long-term treatment on kidney functioning in patients with bipolar mood disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002, 26:561–565
- Hetmar O, Povlsen JU, Laderorged J et al. Lithium: Long-term effects on the kidney. A prospective follow-up study in ten years after kidney biopsy. *Br J Psychiatry* 1991, 158:53–58
- Povlsen JU, Hetmar O, Laderorged J et al. Kidney functioning during lithium treatment: A prospective study of patients treated with lithium for up to ten years. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 85:56–60
- Schou M. Effects of long-term lithium treatment on kidney function: An overview. *J Psychiatr Res* 1988, 22:287–296
- Waller DG, Edwards JG. Lithium and the kidney: An update. *Psychol Med* 1989, 19:825–831
- Kehoe R. A cross-sectional study of glomerular function in 740 unselected lithium patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 89:68–71
- Kallner G, Patterson U. Renal, thyroid, and parathyroid function during lithium treatment: Laboratory tests in 207 people treated for 1–30 years. *Acta Psychiatr Scand* 1995, 91:46–51
- Bendz H, Aurell M, Balldin J et al. Kidney damage in long-term lithium patients: A cross-sectional study of patients with 15 years or more on lithium. *Nephrol Dial Transplant* 1994, 9:1250–1254
- Walker R, Burrows G, Schweitzer I et al. Renal function after 20 years of lithium therapy. Paper presented at the Congress CINP, Melbourne, 1996
- Schou M. Forty years of lithium treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54:9–13
- Gitlin MJ. Lithium-induced renal insufficiency. *J Clin Psychopharmacol* 1993, 13:276–279
- Keck PE, McElroy SL. Treatment of bipolar disorder. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB (eds) *Textbook of psychopharmacology*. 3rd ed. American Psychiatric Publ, Washington, DC, 2004:865–883
- Καράβατος Θ. Τα άλατα λιθίου στην Ψυχιατρική: Παρελθόν, παρόν και μέλλον. *Ψυχιατρική* 2001, 12:193–201
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2002, 159(Suppl):1–50
- Vestergaard P, Licht RW, Brodersen A et al. Outcome of lithium prophylaxis: A prospective follow-up of affective disorder patients assigned to high and low serum lithium levels. *Acta Psychiatr Scand* 1998, 98:310–315

Αλληλογραφία: Β. Μποζίκας, Ιατρού Μάγγου 19, 581 00 Γιαννιτσά,
Τηλ.: 2310-64 72 24, Fax: 2310-65 59 41,
e-mail: vbpozikas@oneway.gr

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση Case Report

Κανιβαλισμός και ψυχοπαθολογία

Δ. Κόντης,^{1,2} Ζ. Σαντά,² Δ. Πέτσας,² Κ. Λάγιου,² Κ. Κόντης²

¹1ο Ψυχιατρικό Τμήμα, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Εργαστήριο Πειραματικής Ψυχολογίας,
Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

²4ο Ψυχιατρικό Τμήμα, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα

Ψυχιατρική 2007, 18:173–178

Η Το φαινόμενο του κανιβαλισμού (το να τρώει δηλαδή ένα μέλος ενός είδους ένα άλλο μέλος του ίδιου είδους) αποτελεί ένα από τα ελάχιστα εναπομείναντα ταμπού στις σύγχρονες ανθρώπινες κοινωνίες. Στον άνθρωπο, ο επιθετικός κανιβαλισμός έχει συνδεθεί με την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των ειδικών περιστάσεων και των χαρακτηριστικών που επέδρασαν καταλυτικά σε μία περίπτωση κανιβαλισμού. Γίνεται αναφορά της περίπτωσης ενός ασθενούς με σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου, που διέπραξε πατροκτονία και κανιβαλισμό. Σκιαγραφούνται οι ψυχολογικές διαστάσεις του κανιβαλισμού στο πλαίσιο της σχιζοφρένειας και η σημασία τους στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου ασθενούς.

Λέξεις ευρετηρίου: Ανθρωποφαγία, κανιβαλισμός, πατροκτονία, σχιζοφρένεια, ψυχοπαθολογία.

Εισαγωγή

Ο κανιβαλισμός συνίσταται στην πρακτική βρώσης ατόμων του ίδιου είδους. Αν και παρατηρείται σε διάφορα ζωικά είδη, δεν αποτελεί συνηθισμένη συμπεριφορά σε κανένα από αυτά. Αντίθετα, εμφανίζεται κυρίως σε ακραίες συνθήκες, όπως είναι η ομηρεία ή η παντελής έλλειψη τροφής. Όταν αναφέρεται στον

άνθρωπο, αυτή η πράξη αποκαλείται και ανθρωποφαγία.

Στην ελληνική μυθολογία, ο κανιβαλισμός χωρίζει τον πρωτόγονο κόσμο, που προϋπήρξε του ερχομού των Θεών του Ολύμπου, από τον πολιτισμό. Ο Κρόνος έφαγε τα παιδιά του εξαιτίας μιας προφητείας πως ένας από αυτούς θα τον σκοτώσει – όπως και τελικά έκανε ο γιος του Δίας. Μετά από αυτό, η

ανθρωποφαγία παρέπεμπε σε τερατόμορφες, μη-ανθρώπινες υπάρξεις, όπως ο Μινώταυρος της Μινωικής Κρήτης ή οι Κύκλοπες στην Οδύσσεια. Και οι δύο νικήθηκαν και εξαφανίστηκαν από ανθρώπινους ήρωες (από το Θησέα και τον Οδυσσέα, αντίστοιχα), που αντιπροσώπευαν την ανωτερότητα του ανθρώπινου πνεύματος. Μόνο δύο περιπτώσεις ανθρωποφαγίας εμφανίζονται εφεξής στην Ελληνική μυθολογία, στις οποίες οι Θυέστης και Τηρέυς είναι πρακτικά τα τραγικά θύματα, καθώς χωρίς να το γνωρίζουν έφαγαν τα παιδιά τους, με αποτέλεσμα να θεωρηθούν μιάσματα και να εξαιρεθούν από την ανθρώπινη κοινότητα.¹

Η ανθρωποφαγία έχει τις ρίζες της στην πρώιμη ανθρώπινη ιστορία και έχει περιγραφεί σε πολλές φυλές σε όλες τις ηπείρους. Παρόλ' αυτά, οι αιτίες της ανθρωποφαγίας, ο βαθμός στον οποίο συνέβαινε αυτή η συμπεριφορά, καθώς και η αντιμετώπισή της από τις ανθρώπινες κοινωνίες αποτελούν αμφιλεγόμενα θέματα στην ανθρωπολογία.^{2,3} Ανάλογα με τα κίνητρά του, ο κανιβαλισμός διακρίνεται σε (α) κανιβαλισμό επιβίωσης, όταν δεν υπάρχει άλλος τρόπος να αντιμετωπιστεί η απουσία τροφής, (β) τελετουργικό κανιβαλισμό, που αποσκοπεί στην ικανοποίηση των θεών ή λαμβάνει χώρα σε νεκρώσιμες ακολουθίες και (γ) εγκληματικό κανιβαλισμό, ο οποίος συχνά σχετίζεται με ψυχική διαταραχή και περιλαμβάνει τρεις κύριες μορφές, οι οποίες συχνά αλληλοεπικαλύπτονται: σεξουαλική, επικούρεια (όταν το κίνητρο είναι η ευχάριστη γεύση) και επιθετική.

Μια διαδικασία φυσικής επιλογής που αφορά σ' έναν πολυμορφισμό στο γονίδιο της πρωτεΐνης *prion* σε ανθρώπινους πληθυσμούς (Fore, Αφρικανοί, Ιάπωνες και Ευρωπαίοι)⁴ αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι ο κανιβαλισμός έχει τις ρίζες του στα γονίδια μας. Οι ετεροζυγώτες στο γονίδιο της πρωτεΐνης *prion* εμφανίζουν αντίσταση σε νοσήματα *prion* που προκαλούνται από την τακτική κατανάλωση ανθρώπινης σάρκας (όπως η νόσος *kuju* στη φυλή Fore). Η φυσική επιλογή πιστεύεται ότι οδηγήθηκε από επιδημίες νοσημάτων *prion* κατά το παρελθόν και υπολογίζεται πως ξεκίνησε πριν από 500.000 χρόνια.

Στο παρόν άρθρο παρουσιάζεται μια περίπτωση πατροκτονίας και κανιβαλισμού σε έναν ασθενή με παρανοειδή σχιζοφρένεια και γίνεται προσπάθεια διερεύνησης του ειδικού πλαισίου μέσα στο οποίο συνέβη.

Περιγραφή περιπτώσεως

Ο Μ, ένας άνδρας 32 ετών, μεταφέρθηκε στο 4ο Ψυχιατρικό Τμήμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ) από το Ψυχιατρικό Τμήμα των φυλακών Κορυδαλλού πριν από 3 χρόνια (οι πληροφορίες που αφορούν στην ταυτότητα του ασθενούς έχουν αλλαχθεί, για να προφυλαχθούν τα προσωπικά του δεδομένα). Είχε φυλακιστεί για 13 μήνες, επειδή είχε δολοφονήσει τον πατέρα του και είχε φάει ορισμένα τμήματα του σώματός του. Στη δίκη που ακολούθησε αθώωθηκε από την κατηγορία της ανθρωποκτονίας, εξαιτίας μειωμένης ευθύνης λόγω ψυχικής ασθένειας. Ο ασθενής, σύμφωνα με την ίδια δικαστική απόφαση, εισήχθη για ακούσια νοσηλεία σε ένα κλειστό τμήμα του ΨΝΑ, καθώς δεν υπάρχουν εξειδικευμένα ψυχιατροδικαστικά τμήματα στη χώρα μας.

Οικογενειακό ιστορικό και σχολική ηλικία

Όταν γεννήθηκε ο Μ, ο πατέρας του ήταν 49 ετών και η μητέρα του 19. Η μητέρα του έπασχε από επιληψία και κατά τη διάρκεια της κύησης ελάμβανε αντιεπιληπτικά φάρμακα (διφαινυλδαντοΐνη και φαινοβαρβιτάλη). Παρόλο που δεν υπάρχουν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την ψυχική κατάσταση του πατέρα του, υφίστανται ενδείξεις ότι εμφάνιζε ψυχωσική διαταραχή. Ο παππούς του από την πλευρά του πατέρα του ήταν επίσης ψυχωσικός. Ο Μ ήταν μοναχοπαιδί και γεννήθηκε μετά από φυσιολογική κύηση και τοκετό. Εμφάνισε φυσιολογική ανάπτυξη. Οι γονείς του χώρισαν όταν ο ίδιος ήταν τεσσάρων ετών και ο πατέρας του κέρδισε την επιμέλειά του. Μετά από αυτό, ο πατέρας του τού απαγόρευσε κάθε επαφή με τη μητέρα και τους συγγενείς. Ο πατέρας του συνταξιοδοτήθηκε νωρίς και έζησε μαζί με το παιδί κοινωνικά απομονωμένοι. Η μητέρα του πέθανε από πνευμονικό οίδημα όταν ο Μ ήταν εννέα ετών, αλλά ο πατέρας του απέκρυψε το γεγονός. Μέχρι τώρα, ο Μ δεν είναι σίγουρος εάν θυμάται τη μητέρα του ή όχι, ούτε για τα συναισθήματά του απέναντί της. Περιγράφει τον πατέρα του ως έναν αυστηρό και σκληρό άνθρωπο, «που δεν θα άφηνε τίποτε κακό να μου συμβεί». Λέει ότι ταυτόχρονα αγαπούσε και φοβόταν τον πατέρα του (που ορισμένες φορές τον καταπίεζε). Πατέρας και γιος κοιμόνταν περιστασιακά στο ίδιο κρεβάτι, αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις σεξουαλικής κακοποίησης.

Ο δάσκαλος του Μ τον περιγράφει ως ένα ευφυές, μελαγχολικό και εσωστρεφές παιδί. Τα κοινωνικά

του προβλήματα φαίνεται πως επέμεναν στο γυμνάσιο και το λύκειο. Παρόλ' αυτά, κατά τη διάρκεια της σχολικής του ηλικίας απέκτησε ευρεία μόρφωση διαβάζοντας πολλά βιβλία.

Ψυχιατρικό ιστορικό

Τα πρώτα συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής του Μ εμφανίστηκαν στην ηλικία των 17 ετών. Ο λόγος του γινόταν συχνά ασυνάρτητος και ο Μ ανέπτυξε ένα ερωτικό παραλήρημα για μια κοπέλα, συμμαθήτριά του στο λύκειο. Τον επόμενο χρόνο, κατά τη διάρκεια μιας πενθήμερης σχολικής εκδρομής, φανερά απογοητευμένος από την απουσία ενός φίλου συμμαθητή του παρουσίασε ψυχοκινητική ανησυχία, άσκοπες περιπλανήσεις και τελικά απείλησε τους άλλους μαθητές με μαχαίρι πιστεύοντας πως τον αποκαλούσαν «αδερφή». Μεταφέρθηκε σε μια τοπική ψυχιατρική κλινική για μερικές μέρες, όπου του χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή. Διέκοψε ωστόσο την αγωγή μόλις επέστρεψε στο σπίτι του.

Πολύ γρήγορα ο Μ νοσηλεύτηκε, πάλι ακούσια, σε μια ιδιωτική ψυχιατρική κλινική για 41 μέρες και σε ηλικία 18 ετών. Η διάγνωση ήταν βραχεία ψυχωσική διαταραχή και έλαβε αλοπεριδόλη, χλωροπρομαζίνη, βενζεξόλη και τεμαζεπάμη σε άγνωστη δοσολογία. Συνέχισε την ίδια θεραπεία και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, εμφανίζοντας σημαντική βελτίωση. Έξι μήνες αργότερα αποφοίτησε από το λύκειο και μετά από δύο χρόνια εισήχθη στη Μαθηματική Σχολή του Πανεπιστημίου.

Σε ηλικία 21 ετών νοσηλεύτηκε ακούσια για δεύτερη φορά σε μια άλλη ιδιωτική ψυχιατρική κλινική για 21 μέρες. Αυτή τη φορά η διάγνωση ήταν «αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια». Έλαβε κλοζαπίνη για ένα χρόνο, στη συνέχεια σερτινιδόλη και θειοπροπεραζίνη για δύο χρόνια και ρισπεριδόνη, περιστασιακά μαζί με παροξετίνη, για τα επόμενα έξι χρόνια. Ωστόσο, η συμμόρφωσή του στη φαρμακευτική αγωγή ήταν αμφίβολη. Από ψυχιατρικά πιστοποιητικά τα οποία εκδόθηκαν για διάφορους λόγους (π.χ. για την εξαιρεσή του από τις στρατιωτικές υποχρεώσεις) κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου προκύπτει ότι ο Μ υπέφερε από εμμένουσες ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και έκπτωση λειτουργικότητας. Τελικά, διαγνώστηκε ότι πάσχει από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Η ακαδημαϊκή του επίδοση άρχισε σταδιακά να επιδεινώνεται και ο Μ απέδιδε αυτή την επιδείνωση στην καταστολή που του προκαλούσαν τα φάρ-

μακα. Διέκοψε τη λήψη της αγωγής τουλάχιστον ένα χρόνο πριν από το φονικό συμβάν. Κατά την περίοδο αυτή, ο ασθενής είχε παραληρητικές ιδέες θρησκευτικού περιεχομένου (νόμιζε πως τον κυνηγούσε ο διάβολος) και ακουστικές ψευδαισθήσεις. Στις ψευδαισθήσεις αυτές συχνά αναγνώριζε τη φωνή του πατέρα του, που τον σχολίαζε αρνητικά. Καμία προσπάθεια για κατάλληλη ψυχιατρική περίθαλψη δεν έγινε από τον πατέρα του, πιθανώς επειδή και ο ίδιος ήταν ψυχικά άρρωστος (οι γείτονες αναφέρουν παραμέληση των κανόνων υγιεινής, έλλειψη θέρμανσης και ηλεκτρικής παροχής στο σπίτι εξαιτίας απλήρωτων λογαριασμών) ή επειδή ήταν προχωρημένης ηλικίας.

Η πράξη και η φυλάκιση

Μια νύχτα του Ιουνίου του 2000, ο Μ ήταν ξαπλωμένος στο κρεβάτι του όταν ο πατέρας του μπήκε στο δωμάτιο κρατώντας ένα κεριά (το ρεύμα ήταν κομμένο). «Ξαφνικά πίστεψα ότι ο πατέρας μου θα έβαζε φωτιά στο κρεβάτι μου. Βγήκα έξω στο μπαλκόνι και κοίταξα το φεγγάρι. Είχε το σχήμα δρεπανιού, σαν να με προέτρεπε να σκοτώσω τον πατέρα μου... Νόμισα ότι θα μου έκανε κακό εάν δεν τον σκότωνα εγώ πρώτος. Ξαφνικά, είδα ένα άσπρο αυτοκίνητο και μια κοπέλα που περνούσε από το δρόμο φορώντας ένα άσπρο φόρεμα. Το λευκό σημαίνει κατάφαση και το δίλημμά μου λύθηκε...». Η παραπάνω περιγραφή εικονογραφεί μια αλληλουχία παραληρητικά ερμηνευμένων φυσιολογικών αντιληπτικών βιωμάτων και αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα παραληρητικής αντίληψης.

Ο Μ αναφέρει ότι πρώτα προσπάθησε να στραγγάλισι τον πατέρα του, αλλά αφού δεν το κατάφερε, δάγκωσε το λαιμό του πατέρα του και τελικά κατάφερε να τον σκοτώσει. Παραδέχεται πως έκοψε κομμάτια του σώματος του πατέρα του (μάτια, αυτιά, μύτη, δάκτυλα, έναν όρχη, τμήμα του εντέρου και του μηρού του). Στη συνέχεια, ψέκασε τα μάτια του πατέρα του, τον όρχη και το μηρό του, καθώς και το δικό του στόμα με εντομοκτόνο και τελικά έφαγε έναν όρχη και τμήμα του μηρού του πατέρα του. Διασκόρπισε τα υπόλοιπα μέσα στο δωμάτιο. Μερικές ώρες αργότερα ο Μ κάλεσε ο ίδιος την αστυνομία. Όταν οι αξιωματικοί της αστυνομίας μπήκαν στο σκοτεινό διαμέρισμα τον βρήκαν σε κατάσταση σοκ να επαναλαμβάνει συνεχώς τη φράση: «Σκότωσα το διάβολο!».

Κατά τη διάρκεια της 13μηνιας φυλάκισής του ο Μ επιτέθηκε σοβαρά εναντίον άλλων δύο κρατούμενων: ένας από αυτούς ήταν ηλικιωμένος με άσπρη

γενειάδα, όπως του πατέρα του. Εμφάνισε συμπεριφορά ακραίας παλινδρόμησης, αυτιστική συμπεριφορά και καταναγκασμούς. Η φαρμακευτική του αγωγή συνίστατο σε αλοπεριδόλη (30 mg), ρισπεριδόνη (4 mg), διαζεπάμη (10 mg), βιπεριδένη (6 mg), φλουνιτραζεπάμη (1 mg), φλουοξετίνη (20 mg) και ετιλεφρίνη (30 mg).

Τρέχουσα νοσηλεία

Κατά την εισαγωγή του στο τμήμα μας ο Μ ήταν σε καλή φυσική υγεία. Δεν ανέφερε ιστορικό εγκεφαλικής κάκωσης, ενώ τα αποτελέσματα της φυσικής και της νευρολογικής εξέτασης καθώς και των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν φυσιολογικά. Παρομοίως, φυσιολογικά ήταν και τα ευρήματα από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και την αξονική τομογραφία εγκεφάλου.

Κατά την ψυχιατρική εξέταση φαινόταν επιφυλακτικός, ανέκφραστος, απέφευγε τη βλεμματική επαφή και εμφάνιζε έλλειψη προσωδίας, ενώ δεν είχε αυθόρμητο λόγο. Ανέφερε καταθλιπτική διάθεση, αλλά το συναίσθημά του ήταν επιπεδωμένο. Είχε ακουστικές ψευδαισθήσεις (άκουγε τη φωνή του πατέρα του να τον διατάζει) και παραληρητικές ιδέες αναφοράς, επίδρασης και εκπομπής της σκέψης. Παράλληλα, εμφάνιζε παραληρητικά ερμηνευόμενες συμπεριφορές αποφυγής. Συγκεκριμένα, απέφευγε ορισμένα πιάτα φαγητών (όπως γεμιστές ντομάτες, φασόλια) που του υπενθύμιζαν: «Τι έκανα στον πατέρα μου». Η δομή της σκέψης, η μνήμη, η συγκέντρωση και η κρίση του ήταν φυσιολογικές. Ήταν συνεργάσιμος και είχε σχετική εναισθησία. Η βαθμολογία της επίδοσής του στις κλίμακες PANSS και CGI ήταν 89 και 7, αντίστοιχα. Παραδεχόταν πως είχε παρορμήσεις να επιτεθεί σε άλλους (σε ένα συγκάτοικό του, ακόμη και σε έναν ψυχίατρο κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης). Για τον έλεγχο αυτών των παρορμήσεων κατέβαλε μεγάλη προσπάθεια, με αποτέλεσμα να αισθάνεται εξαντλημένος και ντροπιασμένος. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι παρορμήσεις αυτές δεν συνδέονταν με φόβους για την προσωπική του ασφάλεια. Πάντως, μέχρι στιγμής δεν έχει επιδείξει βίαιη συμπεριφορά.

Με την πάροδο του χρόνου, ο Μ άρχισε να εμπιστεύεται τους θεράποντες ιατρούς και την προϊσταμένη του τμήματος. Τα θετικά του συμπτώματα βελτιώθηκαν σταδιακά, όπως και ο φόβος του για το προσωπικό. Αυτή η βελτίωση ακολουθήθηκε από μείωση της δόσολογίας των φαρμάκων. Δεκαοχτώ

μήνες μετά την εισαγωγή του, του επιτράπηκε να παρακολουθεί ένα πρόγραμμα εργοθεραπείας που ελάμβανε χώρα έξω από τους χώρους του νοσοκομείου. Αυτό το γεγονός (ή πιθανότατα η εμπιστοσύνη που αυτό συμβόλιζε) σήμανε μια σημαντική αλλαγή στην κατάσταση του Μ: η διάθεσή του βελτιώθηκε και για πρώτη φορά έδειξε να έχει συναισθηματική επαφή. Τη στιγμή της συγγραφής αυτού του άρθρου ο Μ νοσηλεύεται επί 38 μήνες. Οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικά ερμηνευόμενες συμπεριφορές αποφυγής υποχώρησαν. Το συναίσθημά του όμως παραμένει αμβλυμένο, με μια ελαφρά μόνο βελτίωση στις εκφράσεις του προσώπου, τις χειρονομίες και την προσωδία. Δεν έχει άλλα σημεία φαρμακευτικού παρκινσονισμού. Προσπαθεί με δυσκολία να επικοινωνήσει, καθώς κάθε στενή ανθρώπινη επαφή του προκαλεί σημαντικό άγχος. Οι βαθμολογίες στις κλίμακες PANSS και CGI έχουν υποχωρήσει σε 78 και 4, αντίστοιχα. Η τρέχουσα ημερήσια φαρμακευτική του αγωγή περιλαμβάνει ρισπεριδόνη (6 mg) και βιπεριδένη (4 mg).

Συζήτηση

Τουλάχιστον άλλοι πέντε ασθενείς με σχιζοφρένεια, που έχουν διαπράξει πατροκτονία, νοσηλεύτηκαν στο τμήμα μας κατά την ίδια περίοδο. Η πράξη όμως της ανθρωποφαγίας προκάλεσε ιδιαίτερο φόβο και απέχθεια στο προσωπικό του τμήματος. Κατά έναν τρόπο λειτουργούσε ως μια ανατριχιαστική υπενθύμιση πως η ανθρώπινη φύση έχει μια πρωτόγονη πλευρά, η οποία μπορεί να αφυπνιστεί κάτω από ακραίες συνθήκες, ενώ τα σαδιστικά ένστικτα είναι δυνατόν να οδηγήσουν έναν άνθρωπο στο σημείο να καταπιεί κάποιον άλλον. Χρειάστηκαν αρκετοί μήνες προκειμένου η θεραπευτική ομάδα να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα. Σχετικά με τον ασθενή, τώρα που τα έντονα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει, προκύπτει το ερώτημα για το μέλλον του.

Μολονότι η ανθρωπολογία, η βιολογία και οι κοινωνικές επιστήμες βρίθουν αναφορών για τον ανθρώπινο κανιβαλισμό, πολύ λίγα μπορούν να ανευρεθούν στην ιατρική βιβλιογραφία. Μια έρευνα στο MEDLINE χρησιμοποιώντας ως κλειδιά τις λέξεις "cannibalism" και "human" κατέληξε σε 183 άρθρα (από το 1966, μέχρι τις 2 Μαΐου 2007). Ωστόσο, μόνο 4 άρθρα αφορούσαν στη σύνδεση του κανιβαλισμού με τη σχιζοφρένεια ή/και τις διαταραχές προσωπικότητας.⁵⁻⁸ Βρέθηκε επίσης και ένα άρθρο που αφορούσε σε μια

ψυχαναλυτική μελέτη πάνω στην ανθρωποφαγία.⁹ Συνεπώς, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να επιτρέπουν συγκρίσεις ή να δίνουν στοιχεία για την πρόγνωση του συγκεκριμένου ασθενούς και την πιθανότητα επανάληψης αντίστοιχης συμπεριφοράς όταν εξέλθει του νοσοκομείου. Και δυστυχώς αυτό είναι το ερώτημα που θα απασχολήσει το δικαστήριο όταν χρειαστεί να αποφασίσει για τη συνέχιση ή όχι της νοσηλείας του. Πέρα από το στίγμα της σχιζοφρένειας που συνοδεύει τους ασθενείς, το συγκεκριμένο άρρωστο θα τον ακολουθεί και το στίγμα της πράξης του κανιβαλισμού, καθιστώντας ακόμη πιο δύσκολη την προσπάθεια για την επανένταξή του στην κοινωνία. Γι' αυτό, είναι αναγκαία μια συνεχής και εξατομικευμένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη του και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, παράλληλα με μια τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση.

Πολλές ψυχοδυναμικές θεωρίες έχουν προταθεί για να ερμηνεύσουν τους ψυχικούς παράγοντες που συνδέονται με τον κανιβαλισμό. Στην περίπτωση του Μ, ο κανιβαλισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια κυριολεκτική αναπαράσταση εσωτερικευμένης δίωξης. Ο επιτιθέμενος προσπαθεί να ικανοποιήσει την επιθυμία του να απαλλαγεί από το ακραίο άγχος καταπίνοντας ή ενδοβάλλοντας κακά αντικείμενα, τα

οποία νιώθει ότι απειλούν να τον καταβροχθίσουν.¹⁰ Ο Μ είπε χαρακτηριστικά: «Τα έφαγα (τα όργανα) για να μη φαγωθώ εγώ, όχι γιατί ένιωθα πείνα. Τέλος πάντων, ήταν μια παρορμητική πράξη... ίσως μια έκφραση του θυμού μου ενάντια στον πατέρα μου... Αισθάνομαι μεγάλη λύπη...».

Μια άλλη ερμηνεία της συμπεριφοράς του Μ θα μπορούσε να είναι η διαταραχή της αφαιρετικής σκέψης στο πλαίσιο της σχιζοφρενικής ψυχοπαθολογίας. Θα μπορούσε, δηλαδή, να οφείλεται στην κατάλυση της διάκρισης μεταξύ μεταφορικής και κυριολεκτικής σκέψης. Η μεταφορά: «τον έφαγα για να μη με φάει», που στην κυριολεξία σημαίνει: «τον σκότωσα για να μη με σκοτώσει», απομεταφοροποιείται και υποκινεί την κανιβαλιστική συμπεριφορά.

Συμπερασματικά, παρουσιάζεται μια σπάνια περίπτωση κανιβαλισμού που σχετίζεται με σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου. Ενώ τα αίτια της συγκεκριμένης πράξης συνδέονται με τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και την παθολογική σχέση του ασθενούς με τον πατέρα του, οι συνέπειές της έχουν σημαντικές προεκτάσεις αναφορικά με την αντιμετώπιση του ασθενούς από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τη θεραπεία και την κοινωνική του επανένταξη.

Cannibalism and psychopathology

D. Kontis,^{1,2} Z. Santa,² D. Petsas,² K. Lagiou,² K. Kontis²

¹1st Department, Psychiatric Hospital of Attica, Experimental Psychology Laboratory, Department of Psychiatry, University of Athens, "Eginition" Hospital, Athens, Greece

²4th Psychiatric Department, Psychiatric Hospital of Attica, Athens, Greece

Psychiatriki 2007, 18:173–178

Eating members of one's own species is one of the few remaining taboos in modern human societies. In humans, aggression cannibalism has been associated with mental illness. The objective of this report is to examine the unique set of circumstances and characteristics revealing the underlying etiology leading to such an act and the type of psychological effect it has for the perpetrator. A case report of a patient with paranoid schizophrenia who committed patricide and cannibalism is presented. The psychosocial implications of anthropophagy on the particular patient management are outlined.

Key words: Anthropophagy, cannibalism, patricide, schizophrenia, psychopathology.

Βιβλιογραφία

1. Κακριδής Ι. *Η Ελληνική Μυθολογία*. Τόμοι 2, 3, 5. Αθήνα, Εκδοτική Αθηνών
2. Stoneking M. Widespread prehistoric human cannibalism: easier to swallow? *Trends Ecol Evol* 2003, 18:489–490
3. White TD. Once we were cannibals. *Sci Am* 2001, 285:58–65
4. Mead S, Stumpf MP, Whitfield J, Beck JA, Poulter M, Campbell T et al. Balancing selection at the prion protein gene consistent with prehistoric kurulike epidemics. *Science* 2003, 300:640–643
5. Benezech M, Bourgeois M, Boukhabza D et al. Cannibalism and vampirism in paranoid schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1981, 42:290
6. McClain JL, Jordan FB, Blakeney R. Human cannibalism: a case report. *Am J Forensic Med Pathol* 1986, 7:172–173
7. Jentzen J, Palermo G, Johnson LT et al. Destructive hostility: the Jeffrey Dahmer case. A psychiatric and forensic study of a serial killer. *Am J Forensic Med Pathol* 1994, 15:283–294
8. Burton-Bradley BG. Cannibalism for cargo. *J Nerv Ment Dis* 1976, 163:428–431
9. Hoffs JA. Anthropophagy (cannibalism): its relation to the oral stage of development. *Psychoanal Rev* 1963, 50:187–214
10. Gregory B. Hannibal Lecter: the honey in the lion's mouth. *Am J Psychother* 2002, 56:100–114

Αλληλογραφία: Δ. Κόντης, Ψυχίατρος, Σπύρου Λάμπρου 15, 111 41 Αθήνα
Τηλ. 6944 575 267, e-mail: jimcon@hol.gr

Βιβλιοκριτική Books review

Χαράλαμπος Σ. Ιεροδιακόνου
**Ο Αριστοτέλης για τη φιλία και τον έρωτα:
Ψυχαναλυτική διερεύνηση στα «Ηθικά»
του φιλοσόφου**
Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη, 2006,
σελ. 280

Ο Καθηγητής Ιεροδιακόνου, τα τελευταία χρόνια, ύστερα από εκτενή και σε βάθος μελέτη των έργων του Αριστοτέλη, μας παρουσιάζει κάθε τόσο με ομιλίες και άρθρα του και νέες πλευρές της ψυχολογικής διεισδυτικότητας του Μακεδόνα φιλοσόφου. Μετά το προηγούμενο βιβλίο του «Ψυχολογικά θέματα στον Αριστοτέλη – από τη σκοπιά ενός ψυχιάτρου» (2004), υπάρχει στη διάθεσή μας σήμερα ένα άλλο βιβλίο σχετικά με τις απόψεις του Σταγειρίτη φιλοσόφου για δύο σημαντικές συναισθηματικές καταστάσεις του ανθρώπου, τη φιλία και τον έρωτα. Ο Ιεροδιακόνου σταχυολογεί κείμενα από έργα του Αριστοτέλη (που ο αναγνώστης μπορεί να βρει στις αριστερές σελίδες του βιβλίου) και προβαίνει στα δικά του σχόλια, που αφορούν σε αντιστοιχίες, παραλληλισμούς ή και αντιθέσεις των απόψεων του φιλοσόφου προς σύγχρονες τοποθετήσεις της Ψυχιατρικής ή και Ψυχανάλυσης, απ' όπου καταδεικνύεται η ψυχολογική πολυπλευρότητα, αλλά και επικαιρότητα του αρχαίου στοχαστή.

Το νέο βιβλίο «Ο Αριστοτέλης για τη φιλία και τον έρωτα – ψυχαναλυτική διερεύνηση στα «Ηθικά» του φιλοσόφου» βασίζεται στα «Ηθικά Νικομάχεια» και «Ηθικά Ευδήμεια» του Αριστοτέλη. Σχετικά με τη

φιλία απαρτίζονται τα κεφάλαια «Η ανάγκη και τα είδη της φιλίας» και «Καθοριστικές συνθήκες για τη φιλία». Είναι αξιοσημείωτος ο ρεαλισμός με τον οποίο ο φιλόσοφος καταγράφει την κοινωνική και ψυχολογική διάσταση της φιλίας. Διακρίνει τρία είδη φιλίας, εκείνη που κατατείνει προς το καλό και αγαθό (την οποία και συνιστά) και άλλες φιλίες που κυνηγούν το ηδονικό ή το χρήσιμο για το ατομικό συμφέρον. Αναγνωρίζοντας ο Σταγειρίτης την ψυχολογική ιδιαιτερότητα του κάθε ανθρώπου, δεν κατακρίνει κανένα, φέρνοντας παραδείγματα αλληλοστήριξης των φίλων υπό ποικίλες συνθήκες.

Για τη διατήρηση, ωστόσο, μιας φιλίας ο Αριστοτέλης προβαίνει σε διαπιστώσεις ψυχολογικά πολύ εύστοχες: Αναγκαία είναι η αμοιβαιότητα, η ανταπόκριση βάσει των προτιμήσεων του φίλου, τα κοινά ενδιαφέροντα, η εμπιστοσύνη του ενός προς τον άλλο κ.λπ. Ο Ιεροδιακόνου, συζητώντας, υπογραμμίζει τη σημασία που δίνει ο φιλόσοφος στην εναρμόνιση των χαρακτήρων για τη στερέωση μιας φιλίας, χωρίς πάθη και παροδικούς συναισθηματισμούς.

Στο βιβλίο περιέχονται δύο κεφάλαια, που πραγματεύονται από ψυχολογικής σκοπιάς όσα ο Αριστοτέλης αναφέρει για τη «Συγγενική αγάπη», καθώς και για τον «Έρωτα και τους νέους». Ο συγγραφέας επιλέγει από το αρχαίο κείμενο τις σχετικές περικοπές και διαχωρίζονται με τον τρόπο αυτόν υποκεφάλαια για την πατρική στοργή, τη μητρική αγάπη, τα συναισθήματα των παιδιών προς τους

γονείς και τις σχέσεις μεταξύ αδελφών. Από το σχολιασμό που ακολουθεί προκύπτει η διαχρονικότητα των ψυχολογικών μηχανισμών στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και, βέβαια, η οξυδέρκεια από πλευράς του Σταγειρίτη στην εντόπισή τους.

Το θέμα του έρωτα, όπως καταδεικνύει στη συζήτηση ο Ιεροδιακόνου, ο Μακεδόνας φιλόσοφος το προσεγγίζει με μια (θα λέγαμε σήμερα) βιο-ψυχοκοινωνική θεώρηση. Τονίζει τη δύναμη της φύσης, του πόθου και της ηδονής, αλλά και της ψυχολογικής ανάγκης για «κατ' αρετήν ομοιότητα» στο χαρακτήρα των ερωτευμένων. Ψυχογραφικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι περιγραφές περιπτώσεων φιλονικιών στο ζευγάρι εξαιτίας της ευμεταβλητότητας των νέων, διαφοράς στην ηλικία, κοινωνικών δυσχερειών κ.ά.

Στο κεφάλαιο «Αγάπη προς εαυτόν- Ναρκισσισμός» ο συγγραφέας του βιβλίου, αναφέροντας παραδείγματα διαπροσωπικών σχέσεων που περιγράφει ο φιλόσοφος για να στηρίξει τις απόψεις του, αναδεικνύει τους διαφαινόμενους ψυχολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι έχουν πολλές ομοιότητες με έννοιες που αιώνες αργότερα επεξεργάστηκαν οι ψυχαναλυτές. Παρόμοιο υλικό δίνεται και για ένα άλλο σημαντικό θέμα, την ηδονή, στο τελευταίο κεφάλαιο με το ερώτημα «Ηδονή – Ψυχοβιολογικό κίνητρο ή/και στόχος;». Συζητούνται οι ιδιότητες της ηδονής, ο λειτουργικός της ρόλος, η επίδρασή της στην εξέλιξη της προσωπικότητας κ.ά. και παραθέτονται συγκριτικά οι απαντήσεις Φιλοσοφίας και Ψυχανάλυσης.

Τα θέματα των σχέσεων Ψυχιατρικής και Φιλοσοφίας, με τα οποία ασχολείται το τελευταίο διάστημα ο Καθηγητής Ιεροδιακόνου, αποτελούν αντικείμενο ενδιαφέροντος και σε μερικές ψυχιατρικές κοινότητες άλλων χωρών. Με την παρούσα πρωτότυπη έκδοσή του (και την προηγούμενη) ο συγγραφέας φέρνει στο φως, με τρόπο εύληπτο, μια διαφορετική οπτική γωνία, την ψυχολογική, των απόψεων ενός από τους σπουδαιότερους φιλοσόφους της αρχαίας μας κληρονομιάς. Το βιβλίο, με τα τεκμηριωμένα δίπλα στο αρχαίο κείμενο σχόλια, έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για κάθε Έλληνα ψυχίατρο και γενικά ευρύνει τους ορίζοντες σκέψεων και

δίνει εναύσματα νέων προβληματισμών για κάθε επιστήμονα ή μελετητή.

Β.Π. Κονταξάκης
Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών,
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Αθήνα

Ch. S. Ierodiakonou

**Aristotle on friendship and eros:
a psychoanalytic search in his "Ethics"**

Mastorides, Thessaloniki, 2006, pp. 280

The author selected from the works of Aristotle "Nicomachean and Eudemean Ethics" passages dealing with friendship and love and makes comments on them from a psychiatric or psychoanalytic viewpoint.

Aristotle underlined the need of every human being for friendship and with remarkable acuity he put down the conditions under which a friendship can last: Mutual give-and-take, adaptation to the needs of the friend, common interests, trust between each other etc.

Ierodiakonou points to the ability of Aristotle to observe intrafamilial relations in a realistic way, when he discusses what the philosopher said about paternal affection, maternal love, relations between brothers etc. According to the author a psycho-bio-social approach of the ancient philosopher is shown in the latter's texts about erotic love, since he stresses the strength of Nature, desires and pleasure on the one hand, and on the other the importance of personality and social conditions for the solidarity of such a love. The description of cases of quarrels between lovers because of differences in age, social difficulties etc. is unique.

In the chapter "Self-love and Narcissism" the penetrating way of thinking of the philosopher is illustrated in the examples he brings about interpersonal relations. Certain psychological mechanisms of defense become evident, which strongly remind

one of the findings of psychoanalysts many centuries later. Ierodiakonou discusses another important subject brought up in the "Ethics" by Aristotle, that of pleasure. Its various properties, the functional role of pleasure, its effect on the development of personality etc. are shown in a way that has many similarities or is parallel to modern psychological knowledge.

V.P. Kontaxakis
Associate Professor of Psychiatry,
University of Athens,
"Eginition" Hospital, Athens

Επιμέλεια: Γ. Αμπατζόγλου, Σ. Μανωλόπουλος,
Ζ. Παπαληγούρα, Α. Σκούλικα

**Προσεγγίσεις της υποβοηθούμενης
αναπαραγωγής**

University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2006

Η Ελληνική Εταιρεία για την Ψυχική Υγεία των Βρεφών έχει αρχίσει από το 1998 μια προσπάθεια προσέγγισης ζητημάτων που αφορούν στα βρέφη, τους γονείς τους και το κοινωνικό περιβάλλον, με την έκδοση μιας σειράς πολυσυγγραφικών τόμων, από τον ίδιο εκδοτικό οίκο της Θεσσαλονίκης.

Κυκλοφόρησαν ήδη οι: «Προσεγγίσεις της γέννησης» (1998), «Προσεγγίσεις του βρέφους» (2001) και «Η ψυχογενής ανορεξία του βρέφους, Οι συναντήσεις με τα βρέφη, Υιοθετεί» (2004), με επιμέλεια των Γ. Αμπατζόγλου και Σ. Μανωλόπουλου, συγκεντρώνοντας τα κείμενα πλειάδας συγγραφέων.

Ο τέταρτος αυτός τόμος εγκαινιάζει τη διεύρυνση της ομάδας σύνταξης, με σκοπό τη σφαιρική προσέγγιση των, αναγκαστικά, πολυκεντρικών αυτών

ζητημάτων. Ο υπότιτλος της σειράς είναι «Γονείς και βρέφη, οι πρώτοι δεσμοί».

Ο τόμος προσεγγίζει το θέμα σε πέντε ενότητες, από βιοηθική, ιατρική, νομική, ψυχολογική και ψυχοθεραπευτική άποψη, με τα κείμενα:

Εισαγωγικά θέματα

και βιβλιογραφική ανασκόπηση:

Β. Ταρλατζής: Τεχνικές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Ζ. Παπαληγούρα: Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: Ψυχολογικές παράμετροι, και Ο ρόλος του ειδικού της ψυχικής υγείας στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Ε. Μπίλη, Β. Ταρλατζής: Μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής: Πνευματική και σωματική υγεία των παιδιών που προέρχονται από αυτές

Ε. Λαζαράτου: Από την επιθυμία στην πράξη: Τα παιδιά της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Κλινικές και θεωρητικές προσεγγίσεις:

Κ. Σοφία: Ψυχοσωματικοί διάλογοι – Διαδρομές στα ίχνη του Winnicott

Ν. Γκουγκουλή: Σκέψεις για τις θεωρητικές δυσκολίες απέναντι στις σύγχρονες κλινικές καταστάσεις

Α. Ποταμιάνου: Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Σκέψεις γύρω από την πρακτική της φέρουσας μητέρας

Γ. Αμπατζόγλου: Υιοθεσία και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Α. Αλεξανδρίδης: Πρώιμα ψυχικά στάδια και ψυχογενής στειρότητα

Ι. Παναγιωτοπούλου-Αχείμαστου: Η επιλογή της τεχνητής γονιμοποίησης, τρόπος ελέγχου του σώματος και της επιθυμίας παιδιού

Α. Σκούλικα: Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: Το ζήτημα της γνωστοποίησης ή της αποσιώπησης της πραγματικότητας και οι επιπτώσεις της στην ψυχική λειτουργία και Το ζήτημα της εμβρυϊκής μείωσης και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία.

Ερευνητικές εργασίες:

Μ. Χατζηανδρέου: Νέες αναπαραγωγικές τεχνικές και οι επιπτώσεις τους στην πρώτη σχέση μητέρας-παιδιού

Γ. Τζαμαλούκα, Ι. Χλιαουτάκης: Η αποδεκτικότητα της χρήσης γαμετών και δάνειας μήτρας από άνδρες και γυναίκες αστικών κέντρων της Ελλάδος

Χ. Γκαϊνταρτζή, Ε. Παναγοπούλου, Β. Ταρλατζής: Ο ρόλος της κοινωνικής στήριξης στην απόκρυψη της υπογονιμότητας και της θεραπείας της και οι συνέπειες της απόκρυψης στην ψυχική υγεία γυναικών που κάνουν εξωσωματική γονιμοποίηση.

Μαρτυρίες και σχόλια:

Σ. Κωτσόπουλος: Το παιδί στην αρχαία ελληνική κοινωνία

Σ. Μανωλόπουλος: Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και ιστορικότητα

Θ. Τζαβάρας: Σημειώσεις για την «ιατρικώς» υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Μ. Αθανασοπούλου: Ένα θαύμα με πολλά προβλήματα

Κ. Δασκαλάκη: Μέσα από μια χαραμάδα.

Νομικά και ηθικά ζητήματα:

Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη: Η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή: Η νέα ελληνική νομοθεσία

Γ. Delasi de Parseval: Σχόλιο για το νόμο υπ' αριθμό 3089 περί «ιατρικής υποβοήθησης στην ανθρώπινη αναπαραγωγή»

Α. Κερασίδου: Ηθικά προβλήματα της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Παρά τις τεχνικές προόδους, το ποσοστό επιτυχίας αυτών των μεθόδων κινείται γύρω στο 20%, ενώ οι ψυχολογικές επιπλοκές σε αυτό το «κυνήγι του παιδιού» είναι πολλαπλές, με μακροχρόνιες επιπτώσεις. Οι διάφορες ιατρικές τεχνικές δεν είναι ψυχολογικά ανώδυνες, με ακραίο παράδειγμα την «εμβρυϊκή μείωση», στην περίπτωση πολύδωμων κυήσεων. Η χρήση δότη σπέρματος ή ωαρί-

ων θέτει ακόμα πιο σύνθετα ζητήματα σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, ενώ η προσφυγή σε «υποκατάστατη μητέρα» θέτει ζητήματα που αφορούν σε θεμελιώδεις νομικές αρχές των σύγχρονων κοινωνιών.

Η ανεξήγητη στειρότητα και η «ψυχογενής υπογονιμότητα» έθεσαν ζητήματα που άλλοτε βρήκαν και άλλοτε όχι μια οργανική εξήγηση. Οι ψυχολογικοί παράγοντες αναδεικνύονται ιδιαίτερα στην περίπτωση των στειρών ζευγαριών, που αποκτούν δικά τους παιδιά, αφού πρώτα υιοθετήσουν ένα. Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, φωτίζοντας το τι σημαίνει η απόκτηση ενός παιδιού και τις τραυματικές εμπειρίες γύρω από αυτά τα ζητήματα, προσφέρει μεγάλη βοήθεια, σε ό,τι αφορά στα ψυχικά δυναμικά μιας διαδικασίας αναγκαστικά πολυσύνθετης. Συχνά, τα ψυχολογικά προβλήματα εμφανίζονται κάτω από ένα κοινωνικό κάλυμμα και ο ψυχίατρος ή ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να διακρίνει και να προσεγγίσει ζητήματα όπως η ψυχική παράσταση της εγκυμοσύνης ή να κινητοποιήσει το «πάγωμα» των ψυχικών παραστάσεων, που παρουσιάζουν οι υποψήφιοι γονείς, όπως αυτή του συγκεκριμένου-«παγιωμένου» φανταστικού παιδιού.

Σημαντική είναι επίσης η διαπίστωση ότι τα παιδιά που γεννιούνται με αυτές τις μεθόδους παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό χρωμοσωμικές και συγγενείς ανωμαλίες καθώς και βραδύτερη ψυχοκινητική ανάπτυξη, καθιστώντας την προσεκτική τους παρακολούθηση απαραίτητο όρο για την ομαλή εξέλιξή τους.

Οι γονείς αυτοί, όταν φθάσουν σε ψυχοθεραπεία, μπορούν να ομαδοποιηθούν σε αυτούς που δεν μπόρεσαν να επεξεργαστούν τις συγκρούσεις και τα συναισθήματά τους γύρω από τη στειρότητα, σε αυτούς με δύσκαμπτη ψυχική λειτουργία και σε αυτούς που κυριαρχούνται από την ανάγκη (υπερ)προστασίας και απομάκρυνσης κάθε πιθανού κινδύνου από το παιδί.

Η ανάγνωση αυτού του τόμου προσφέρει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση ενός ζητήματος, που θέτει σύνθετα προβλήματα στην κλινική μας πρακτική.

Δ.Ν. Πλουμπίδης

Editors: G. Abatzoglou, S. Manolopoulos,
Z. Papaligoura, A. Skoulika

Approaches of assisted reproduction

University Studio Press, Thessalonica, 2006

This volume contains 25 texts of 24 authors, approaching the different aspects of assisted reproduction, from a bioethical, legal, medical, psycho-

logical and psychotherapeutic point of view. The accent is on the psychotherapeutic approaches of women and couples during the process of an assisted pregnancy and of children and their parents after a successful one. A regular follow up of these children and parents is useful in order to face a number of factors of risk.

D.N. Ploumpidis

Εκδήλωση Special event



Ο ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, ΕΠΙΤΙΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία θα τιμήσει τον *Καθηγητή Γιώργο Χριστοδούλου* με τον τίτλο του *Επιτίμου Προέδρου* σε ειδική τελετή που θα γίνει στο Μέγαρο της Παλαιάς Βουλής, την Τρίτη 18 Δεκεμβρίου 2007 στις 7 μ.μ.

Προσφωνήσεις

Καθηγητής Νίκος Τζαβάρας
Πρόεδρος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

Αναπληρωτής Καθηγητής Βασίλης Κονταξάκης
Διευθυντής Σύνταξης του περιοδικού «Ψυχιατρική»

Καθηγητής Χρήστος Κίττας
Πρύτανης Πανεπιστημίου Αθηνών

Professor Juan-Enrique Mezzich
President, World Psychiatric Association

Ομιλία

Θα ακολουθήσει ομιλία του τιμωμένου Καθηγητού Γεωργίου Χριστοδούλου με θέμα «Ηθικές αρχές στην Ιατρική και την Ψυχιατρική».

Η τελετή θα κλείσει με δεξίωση στο Πανεπιστημιακό Εντευκτήριο «Κωστής Παλαμάς»

Προσεχείς επιστημονικές εκδηλώσεις

Future scientific meetings

- **“Bienestar y Calidad de Vida en el Siglos XXI: Mistificacion y Desmitificacion del Uso de Drogas”, Buenos Aires, Argentina**
July 11, 2007
Organizer: WPA Section on Mass Media and Mental Health
Contact: Dr Miguel A. Materazzi
E-mail: materazzi@arnet.com.ar
Website: www.FINTECO.8k.com
- **“Sequndo Congreso Iberoamericano de Trastornos de Ansiedad”, Quito, Ecuador**
July 18–20, 2007
Organizer: Ecuatorian Psychiatric Association
Contact: Dr Carlos Leon
E-mail: cleon@pi.pro.ed
Website: www.congresodeansiedad.med.ee
- **“Congreso Latinoamericano de Adicciones: Adicciones un Desafio a la Mente”, Medellin, Colombia**
July 26–29, 2007
Organizer: Asociacion Latinoamericana de Adicciones (ALAD)
Contact: Dr Elvia Velazquez
E-mail: congresoalad2007@gmail.com
- **29th Annual International Conference of the IEE Engineering in Medicine and Biology Society (Sciences and Technologies for health)**
August 23–26, 2007, Lyon, France
Κλάδος Ψυχοφυσιολογίας ΕΨΕ
- **“Conference: Hypothesis, Neuroscience and Real People”, Sun City, South Africa**
August 26–30, 2007
Organizer: International Network for Philosophy and Psychiatry
Collaboration: WPA Section on Philosophy and Humanities in Psychiatry
Contact: Dr Kenneth W.M. Fulford
E-mail: pwwf@norcam.demon.co.uk
- **“13th International Congress of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry”, Florence, Italy**
August 25–29, 2007
Organizer: European Society for Child and Adolescent Psychiatry
Contact: Cecilia Sighinolfi
E-mail: Cecilia.sighinolfi@azzurro.it
Website: www.escap-net.org
- **“9s Congreso Argentino de Neuropsiquiatria y Neurociencia Cognitiva & 5-Congreso Latinoamericano de Neuropsiquiatria”, Buenos Aires, Argentina**
September 5–7, 2007
Organizer: Asociacion Neuropsiquiatrica Argentina (ANA). Contact: Dr Ignacio Brusco
E-mail: info@neuropsiquiatria.org.ar
- **Εκπαιδευτικό Σεμινάριο με στόχο την εκπαίδευση Ειδικευμένων Ψυχιατρικής και Γενικής Ιατρικής σε θέματα που αφορούν στις θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων**
14–16 Σεπτεμβρίου 2007, Χαλκιδική, Εκπαιδευτικό Σεμινάριο
Κλάδος Ουσιοεξαρτήσεων ΕΨΕ
Πληροφορίες: Καθ. Ι. Λιάππας
Τηλ. 210-7289313, 210-6518354
- **Ψυχιατρική Πραγματογνωμοσύνη**
15 Σεπτεμβρίου 2007, Αθήνα
Σεμινάριο, Κλάδος Ψυχιατροδικαστικής ΕΨΕ
- **Δημιουργία ομάδων ατόμων με μείζονες ψυχικές διαταραχές, στο πλαίσιο καταπολέμησης του στίγματος της ψυχικής νόσου**
Σεπτέμβριος 2007, Λάρισα, Επιστημονική Ημερίδα Περιφερειακό Τμήμα Κεντρικής Ελλάδος ΕΨΕ
- **Πανελλαδική Διημερίδα Ειδικευμένων Ψυχιατρικής ΕΨΕ & ΕΕΕΨ**
18–19 Σεπτεμβρίου 2007, Θεσσαλονίκη
Θέματα: «Η μεθοδολογία της έρευνας»,

- «Διαταραχές πρόσληψης τροφής σε παιδιά και εφήβους», «Ο δύσκολος ψυχιατρικός ασθενής»
Πληροφορίες: Καθ. Β. Κονταξάκης,
Τηλ. 6942950257
κ. Αθ. Ξαφένιας
- **IXV World Congress of Psychiatry
Czech Psychiatric Association, World
Psychiatric Association**
September 19–25, 2008, Prague, Czech Republic
Contact: Dr Jiri Raboch
E-mail: raboch@mbox.cesnet.cz
 - **“WPA Regional Meeting”, Shanghai, China**
Organizer: Shanghai Mental Health Center
September 20–23, 2007
Contact: Dr Zeping Xiao
E-mail: xzpdgj@online.sh.cn
Website: www.WPA2007shanghai.com
 - **“First Congress of the Psychiatric
Association for Eastern Europe and the
Balkans”, Thessaloniki, Greece**
September 21–23, 2007
Organizer: Psychiatric Association for Eastern
Europe and the Balkans
Contact: Dr George Christodoulou
E-mail: gchristodoulou@ath.forthnet.gr
Websites: (a) www.paeeb.com (b) www.
diastasitravel.gr
 - **1st Eastern Europe Psychiatric Congress**
September 21–23, 2007, Thessaloniki, Greece
Contact: Prof. G.N. Christodoulou
Tel.: +30210 72 91 389, +30210 72 36 710
Fax: +30210 72 42 032
E-mail: anchristodoulou@ath.forthnet.ar
Website: www.paeeb.com, www.diastasitravel.gr
 - **“XIV Congress of the Argentinean Association
of Psychiatrists”, Buenos Aires, Argentina**
September 24–27, 2007
Organizer: Argentinean Association of
Psychiatrists (AAP)
Contact: Dr Nestor F. Marchant
E-mail: congresos@aap.org.ar Website: www.aap.
org.ar
 - **“Annual Meeting Spanish Society of
Psychiatry & Spanish Society of Biological
Psychiatry”, Santiago de Compostela, Spain**
September 24–29, 2007
Organizer: Spanish Society of Psychiatry
Collaboration: Spanish Society of Biological
Psychiatry
Contact: Dr Julio Vallejo
E-mail: secretria@psiquiatriasantiago07.es
 - **“Prejuicio y Mass Media”, Asuncion, Paraguay.**
Organizer: WPA Section on Mass Media and
Mental Health
September 27, 2007
Contact: Dr Miguel A. Materazzi
E-mail: materazzi@arnet.com.ar
Website: www.FINTECO.8k.com
 - **“Annual Meeting Paraguayan Society of
Psychiatry”, Asuncion, Paraguay**
September 27–29, 2007
Organizer: Paraguayan Society of Psychiatry
Contact: Dr Jose Vera Gomez
E-mail: spp@rieder.net.py
 - **XIV Congress of the Argentinean Association
of Psychiatrists**
Argentinean Association of Psychiatrists
October, 2007, Buenos Aires, Argentina
Contact: Dr Nestor F. Marchant
E-mail: aao@aap.org.ar. Website: www.aap.org.ar
 - **“Annual Meeting of the Psychiatric Association
of Serbia and Montenegro”,
Novi Sad, Serbia and Montenegro**
October 4–7, 2007
Organizer: Psychiatric Association of Serbia and
Montenegro
Contact: Dr Dusica Lecic-Tosevski
E-mail: dusica.lecictosevski@eunet.yu
 - **Εκπαιδευτικό Σεμινάριο με στόχο
την εκπαίδευση Ειδικευμένων Ψυχιατρικής
και Γενικής Ιατρικής σε θέματα που αφορούν
στις θεραπευτικές προσεγγίσεις
για την αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων**
5–7 Οκτωβρίου 2007, Αιδηψός
Εκπαιδευτικό Σεμινάριο
Κλάδος Ουσιοεξαρτήσεων ΕΨΕ
Πληροφορίες: Καθ. Ι. Λιάππας
Τηλ. 210-7289313, 210-6518354
 - **“APAL Regional Bolivarian Congress & III
Encounter Ecuatorian-Peruvian”,**

- Quito, Ecuador**
 October 9–11, 2007
 Organizer: Ecuatorian Psychiatric Association
 Collaboration: Latin American Psychiatric Association
 Contact: Dr Fabrizio Delgado
 E-mail: fdelgado@bgye.org.ec
 Website: www.aepsiquiaria.org.ee
- **“6th Congress on Mental Health in Intellectual Disabilities”, Zagreb, Croatia**
 October 11–13, 2007
 Organizer: European Association for Mental Health in Intellectual Disability (EAMHID)
 Collaboration: WPA Section on Intellectual Disability/Mental Retardation
 Contact: Dr Ljiljana Igric
 E-mail: ljiljana.igrac@zg.htnet.hr. Websites: (a) www.zagrebcongress2007.org (b) www.mhid.org
 - **20th ECNP Congress**
 October 13–17, 2007, Vienna, Austria
 Contact: Scientific secretariat
 Tel. +3130 253 8567
 Fax. +3130 253 8568
 E-mail: secretariat@ecnp.nl
 website: www.ecnp.nl
 - **Αποκατάσταση στην περιφέρεια της Πελοποννήσου**
 Επιστημονική Ημερίδα
 20 Οκτωβρίου 2007, Λουτράκι
 Ψυχιατρικό Τμήμα ΨΝΑ, Περιφερειακό Τμήμα Αθήνας ΕΨΕ, Κλάδος Κοινωνικής Ψυχιατρικής ΕΨΕ
 Περιφερειακό Τμήμα Πελοποννήσου ΕΨΕ
 Πληροφορίες: Καθ. Β. Κονταξάκης, Κ. Κόντης
 Τηλ. 210-7289257
 - **“XIX World Association for Social Psychiatry Congress”, Prague, Czech Republic**
 October 21–25, 2007
 Organizer: World Association for Social Psychiatry
 Contact: Dr Shridhar Sharma. E-mail: wasp@nda.vsnl.net.in
 - **“Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine (ISAM)”, Cairo, Egypt**
 October 23–28, 2007
 Organizer: International Society of Addiction Medicine (ISAM)
 Collaboration: WPA Section on Addiction
- Psychiatry
 Contact: Dr Nady El-Guebaly
 E-mail: nady.el-guebaly@calgaryhealthregion.ca
- **Εκπαιδευτικό Σεμινάριο στην Ψυχοφυσιολογία των Αγχωδών Διαταραχών στους Ειδικευόμενους Ψυχιατρικής και Γενικής Ιατρικής**
 26–28 Οκτωβρίου 2007, Αθήνα
 Σεμινάριο
 Κλάδος Ψυχοφυσιολογίας ΕΨΕ
 - **1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Θεραπειών**
 2–4 Νοεμβρίου 2007, Πάτρα, Ελληνική Εταιρεία Γνωσιακών Θεραπειών, Μονάδα Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών, ΕΚΕΨΥΕ Πάτρας
 Πληροφορίες: κ. Π. Ανδριοπούλου
 Τηλ. 2610: 338658/336666, Fax: 2610-335043
 E-mail: Psiatr@cu.gr,
 Website: www.mhc.gr
 - **“X Pan Arab Congress”, Algiers Algeria**
 November 6–8, 2007
 Organizers: (a) Arab Federation of Psychiatrists; (b) Algerian Psychiatric Society
 Contacts: (a) Dr Saida Douki; (b) Dr Farid Kacha
 E-mails: (a) Saida.Douki@gnet.tn (b) F.Kacha@caramail.com
 - **Ανθεκτικές μορφές κατάθλιψης και η αντιμετώπισή τους**
 10 Νοεμβρίου 2007, Νότια Ελλάδα
 Επιστημονική Ημερίδα
 Κλάδος Βιολογικής Ψυχιατρικής ΕΨΕ
 Πληροφορίες: Π. Σακκάς
 Τηλ. 210-7289324
 - **“WPA International Congress”, Melbourne, Australia**
 November 28, December 2, 2007
 Organizer: The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)
 Contact: Sharon Brownie
 E-mail: Sharon.brownie@ranzcp.org
 Website: www.ranzcp.org
 - **“Third International Congress on Brain and Behavior”, Thessaloniki, Greece**
 November 28, December 2, 2007
 Organizer: International Society on Brain and

Behavior

Collaboration: WPA Section on Private Practice

Contact: Dr Kostas N. Fountoulakis

E-mail: kfount@otenet.gr

Website: www.psychiatry.org

- **3rd International Congress on Brain and Behaviour**

November 29–December 2, 2007

Thessaloniki, Greece

Contact: Dr K. Fountoulakis

E-mail: kfount@panafonet.gr

- **7th International Forum on Mood and Anxiety Disorders**

December 5–7, 2007, Budapest, Hungary

Contact: Organizing secretariat

Tel. +3779 797 3555, Fax. +3779 797 3550

E-mail: ifmad@publiccreations.com

Website: www.aim-internationalgroup.com

- **“XVI International Symposium Sexuality: Pleasures”, Caracas, Venezuela**

Organizer: WPA Section on Psychiatry and Human Sexuality

Contact: Dr Ruben Hernandez

E-mail: rubenhernandez@cantv.net

- **“5th National Congress, National Institute of Social Security & II Regional WPA Zone 3 Conference”**

Mexico City, Mexico

February 1–5, 2008

Organizer: Instituto Mexicano de Seguro Social

Collaboration: (a) WPA Zone 3; (b) Latin American Psychiatric Association (APAL)

Contact: Dr Enrique Camarena Robles

E-mail: camarena@avantel.net

- **“WPA European Congress & Regional Meeting”, Paris, France**

February 6–9, 2008

Organizer: Association of the French Member Societies of WPA

Contact: Dr Michel Botbol

E-mail: michel.botbol@wanadoo.fr

Website: www.wpa2008paris.com

- **“II Congreso Internacional Medicina y Salud Mental de la Mujer: Asimilando la Diferencia Para su Abordaje”, Medellin, Colombia**

February 14–16, 2008

Organizer: CES Faculty of Medicine

Contact: Dr Silvia Gaviria

E-mail: sgavirial@une.net.co

Website: www.ces.edu.co

- **“ISAD 4th Biennial Conference”, Cape Town, South Africa**

March 14–17, 2008

Organizer: International Society for Affective Disorders (ISAD)

Collaboration: WPA Section on Affective Disorders

Contact: Caroline Holebrook

E-mail: caroline.holebrook@iop.kcl.ac.uk

Website: www.isad.org.uk

- **“Third World Congress on Women’s Mental Health”, Melbourne, Australia**

March 16–20, 2008

Organizer: International Association of Women’s Mental Health

Collaboration: WPA Section on Women’s Mental Health Contact: Dr Donna Stewart

E-mail: Donna.Stewart@uhn.on.ca

Website: www.IAWMHCongress2008.com.au

- **“Reflections and Ideas for an Innovation Psychiatry Conference”, Fiuggi, Italy**

April 16–20, 2008

Organizer: WPA Section of Ecology, Psychiatry & Mental Health

Contact: Dr Giuseppe Spinetti

E-mail: gspinetti@libero.it

- **“International Congress of Dual Pathology” Madrid, Spain**

June 5–7, 2008

Organizer: Spanish Society of Dual Pathology

Contact: Carolina Garcia Sicilia

E-mail: carolina.g.sicilia@tilesa.es

Website: www.cip2008.com

- **“WPA Thematic Conference on Depression and Relevant Psychiatric Condition in Primary Care”, Granada, Spain**

June 19–21, 2008

Organizers: (a) World Psychiatric Association; (b)

Wonca-Europe; (c) Spanish Psychiatric Association;

(d) Spanish Society of Family and Community

Medicine (SEMFYC) Collaboration: Grupo Andaluz

- de Investigacion en Salud Mental" (GAISAM).
 Contacts: (a) Dr Francisco Torres-Gonzalez; (b) Patricia Serrano (PCO)
 E-mails: (a) ftorres@ugr.es (b) patricia@fase20.com
 Website: www.WPA2008granada.org
- **"Mental Health Toward 2020: Working Together for Better Mental Health in Asia" & "Annual Meeting of the South Forum for Mental Health and Psychiatry (SAFMHP)", Bangkok, Thailand**
 August 5–8, 2008
 Organizers: (a) Asean Federation for Psychiatry and Mental Health (AFPMH); (b) South Asian Forum for Mental Health and Psychiatry (SAFMHP)
 Collaboration: (a) The Psychiatric Association of Thailand; (b) The Royal College of Psychiatrists of Thailand; (c) Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand
 Contact: Dr Pichet Udomratn
 E-mail: upichet@medicine.psu.ac.th
 - **"XIV World Congress of Psychiatry", Prague, Czech Republic**
 September 20–25, 2008
 Organizer: Czech Psychiatric Association
 Collaboration: World Psychiatric Association
 Contact: Dr Jiri Raboch
 E-mail: raboch@mbox.cesnet.cz
 - **"Third Dual Congress on Psychiatry and Neurosciences", Athens, Greece**
 October 16–19, 2008
 Organizer: Hellenic Society for the Advancement of Psychiatry and Related Sciences
 Collaboration: (a) International Neuropsychiatric Association; (b) World Federation Societies of Biological Psychiatry
 Contact: Dr Constantine Soldatos
 E-mail: egslelabath@hol.gr
 - **"13th Pacific Rim College of Psychiatrists", Tokyo, Japan**
 October 30, November 2, 2008
 Organizer: Japanese Society of Transcultural Psychiatry
 Contact: Dr Tsuyoshi Akiyama
 E-mail: akiyama@kmc.mhc.east.ntt.co.jp
 - **"Second International Conference on Intellectual Disability/Mental Retardation", Bangkok, Thailand**
 November 6–8, 2008
 Organizer: World Health Organization (WHO)
 Collaboration: WPA Section on Intellectual Disability/Mental Retardation
 Contact: Dr Shekhar Saxena
 E-mail: bangkokconference2007@ssss.gouv.qc.ca
 Website: www.bangkok-id-conference.org
 - **"XXV Congreso de la Asociacion Psiquiatrica de America Latina (APAL)", Isla Margarita, Venezuela**
 November 19–22, 2008
 Organizer: Latin American Psychiatric Association (APAL)
 Contact: Dr Edgard Belfort
 E-mail: belfort.ed@excite.com, Website: www.apal.2008.org
 - **World Congress of the World Federation for Mental Health**
 September 2–6, 2009
 Organizer: (a) World Federation for Mental Health, (b) Hellenic Psychiatric Association
 Contact: Dr George Christodoulou,
 Tel.: 0030-210-7291 389
 Congtrdd Secretariat: ERA Ltd, 17 Asklipiou Str., 106 80 Athens
 E-mail: Info@era.gr, Website: www.wmhc 2009.com
 - **WPA International Congress "Treatments in Psychiatry: A New Update", Florence, Italy**
 April 1–4, 2009
 Organizer: Italian Psychiatric Association
 Contact: Dr Mario Maj
 E-mail: majmario@tin.it Website: www.psichiatria.it
 - **"II Thematic Conference on Legal and Forensic Psychiatry", Madrid, Spain**
 June 16–20, 2009
 Organizer: Spanish Society of Legal Psychiatry
 Contact: Dr Alfredo Calcedo Barba
 E-mail: forensicpsychiatry2009@gmail.com
 - **"VII World Congress of Depressive Disorders and International Symposium on Posttraumatic Stress Disorder", Mendoza, Argentina**

September 24–26, 2009

Organizer: Dr Jorge Nazar. Collaboration:

University of Cuyo Contact: Dr Jorge Nazar E-mail:

Jorge_Nazar@hotmail.com

• **“WPA Regional Meeting”, Yerevan, Armenia**

April 15–18, 2010

Organizer: Armenian Association of Psychiatrists

Contact: Dr Armen Soghoyan

E-mail: soghoyan@yahoo.com

• **“WPA Regional Meeting”, Beijing, China**

September 1–5, 2010

Organizer: Chinese Society of Psychiatry

Contact: Dr Yizhuang Zou

E-mail: yzouy@263.net

Website: www.psychiatryonline.cn

• **“WPA Regional Meeting”, Cairo, Egypt**

January 26–28, 2011

Organizer: Egyptian Psychiatric Association

Contact: Dr Tarek A. Okasha

E-mail: tokasha@internetegypt.com

• **“XV World Congress of Psychiatry”**

Buenos Aires, Argentina

September, 2011

Organizers: (a) Argentina Association of

Psychiatrist (AAP);

(b) Association of Argentinean Psychiatrists (APSA);

(c) Foundation for Interdisciplinary Investigation of

Communication (FINTECO)

Contact: Mariano R. Castex

E-mail: mcastex@congresosint.com.ar

Website: www.congresosint.com.ar

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* είναι το επίσημο όργανο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας· εκδίδεται τέσσερις φορές το χρόνο και έχει τον ίδιο σκοπό με την Εταιρεία, δηλαδή την προαγωγή της Ψυχιατρικής Επιστήμης.

ΕΙΔΗ ΑΡΘΡΩΝ

- Άρθρα Σύνταξης:** Σύντομα άρθρα που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα ιδιαίτερης σημασίας. Γράφονται από τη Συντακτική Επιτροπή ή μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής.
- Ανασκοπήσεις:** Ενημερωτικά άρθρα που αφορούν σε κριτική ανάλυση ψυχιατρικών θεμάτων ή θεμάτων συγγενών προς την Ψυχιατρική Επιστήμη. Οι ανασκοπήσεις γράφονται από έναν ή δύο συγγραφείς. Η έκτασή τους δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 7.500 λέξεις (25 δακτυλογραφημένες σελίδες, διπλό διάστημα γραφομηχανής).
- Ερευνητικές εργασίες:** Προοπτικές ή αναδρομικές εργασίες που βασίζονται σε ερευνητικό πρωτόκολλο και δεν έχουν δημοσιευθεί με την ίδια μορφή σε άλλο περιοδικό ή βιβλίο. Εργασίες που έχουν δημοσιευθεί σε άλλο έντυπο στην πρόδρομη μορφή τους ή βασίζονται σε διατριβή γίνονται δεκτές, ο συγγραφέας όμως πρέπει να το αναφέρει στην εισαγωγή της εργασίας. Πρέπει οπωσδήποτε να έχει γίνει στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων. Οι ερευνητικές εργασίες δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 3.000 λέξεις (10 δακτυλογραφημένες σελίδες, διπλό διάστημα γραφομηχανής).
- Σύντομα άρθρα:** Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις, η περιγραφή περιπτώσεων στις οποίες εφαρμόστηκαν νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι, καθώς και ερευνητικές εργασίες που μπορούν να καταχωρηθούν σε περιορισμένο χώρο. Η έκταση των άρθρων αυτών δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 1.500 λέξεις (5 δακτυλογραφημένες σελίδες, διπλό διάστημα γραφομηχανής).
- Ειδικά άρθρα:** Γράφονται μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής και αναφέρονται σε θέματα, με τα οποία έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί ο συγγραφέας (π.χ. θεραπεία συμπεριφοράς, παθολογική ζηλοτυπία, ψυχοθεραπεία μεταιχμιακών καταστάσεων).
- Βιβλιοκριτική:** Η παρουσίαση και κριτική βιβλίων γίνεται μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής.
- Επιστολές προς τη Σύνταξη:** Περιλαμβάνουν σχόλια και κρίσεις πάνω σε ήδη δημοσιευμένες εργασίες, παρατηρήσεις σε επίκαιρα ψυχιατρικά θέματα, πρόδρομα ερευνητικά αποτελέσματα, κρίσεις για το περιοδικό ή προτάσεις προς το περιοδικό. Δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 400 λέξεις.
- Επικαιρότητα:** Ειδήσεις που αφορούν στον ψυχίατρο και τους συναδέλφους των άλλων επιστημών της συμπεριφοράς (συνέδρια, σεμινάρια, νέα ιατρικών εταιρειών κ.λπ.).
- Γενικά άρθρα:** Η *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* έχει στόχο τη φιλοξενία επιστημονικών εργασιών, αλλά συγχρόνως είναι και βήμα επιστημονικού προβληματισμού και διακίνησης ιδεών. Δέχεται επομένως και γενικά άρθρα που εκφράζουν θεωρητικές απόψεις στο χώρο της Ψυχιατρικής, γνώμες για τα συστήματα παροχής ψυχιατρικής περίθαλψης, απόψεις για τους χώρους επαλληλίας μεταξύ Ψυχιατρικής και άλλων επιστημών και άλλα άρθρα ανάλογου περιεχομένου. Τα άρθρα αυτά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 2.000 λέξεις (περίπου 7 δακτυλογραφημένες σελίδες).
- Άρθρα στην αγγλική γλώσσα:** Η *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ* θα κυκλοφορεί ένα ή δύο τεύχη ετησίως εξ ολοκλήρου στην Αγγλική (με εκτεταμένη ελληνική περίληψη, 400–500 λέξεις). Στα τεύχη αυτά θα δημοσιεύονται εργασίες ξένων συναδέλφων αλλά και Ελλήνων. Οι ελληνικές εργασίες που θα προκρίνονται από τη Συντακτική Επιτροπή για δημοσίευση στην αγγλική γλώσσα θα μεταφράζονται με ευθύνη του περιοδικού μετά τη σύμφωνη γνώμη και των συγγραφέων.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Οι εργασίες υποβάλλονται στο πρωτότυπο και σε τρία φωτοαντίγραφα, στη διεύθυνση:

Περιοδικό *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*
Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία
Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Το δακτυλογραφημένο κείμενο πρέπει να συνοδεύεται από δισκέτα H/Y με το κείμενο της εργασίας. Το κείμενο πρέπει να έχει γραφεί με επεξεργαστή συμβατό με πρόγραμμα Windows ή με οποιοδήποτε πρόγραμμα για υπολογιστή Macintosh.

Μαζί με τα υποβαλλόμενα άρθρα πρέπει να υποβάλλεται συμπληρωμένο το «Συνοδευτικό έντυπο υποβολής εργασίας», υπόδειγμα του οποίου υπάρχει

στο τέλος κάθε τεύχους του περιοδικού. Οι υποβαλλόμενες εργασίες χαρακτηρίζονται με κωδικό αριθμό, που γνωστοποιείται στους συγγραφείς και ο οποίος χρησιμοποιείται σε κάθε επικοινωνία με το περιοδικό. Τα άρθρα γράφονται στη δημοτική γλώσσα. Η δακτυλογράφηση γίνεται στη μία όψη του φύλλου, με διπλό διάστημα και περιθώριο τουλάχιστον 3,5 cm.

Στην άνω δεξιά πλευρά της πρώτης σελίδας πρέπει να υπάρχει ο χαρακτηρισμός κάθε άρθρου (π.χ. Ανασκόπηση, Ερευνητική εργασία κ.λπ.).

Όλες οι εργασίες κρίνονται από τουλάχιστον δύο κριτές. Οι κριτές αξιολογούν την εργασία στη βάση της πρωτοτυπίας, της εγκυρότητας και της σημαντικότητας του περιεχομένου και των συμπερασμάτων της. Η Σύνταξη μπορεί να κάνει φραστικές μετατροπές και διορθώσεις.

ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

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 επικοινωνηθεί με το περιοδικό. Στην ίδια σελίδα αναφέρονται επίσης άτομα, οργανισμοί, ιδρύματα κ.λπ., που ενδεχομένως συνέβαλαν στην πραγματοποίηση της εργασίας.

Περίληψη: Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 200 λέξεις. Στην περίληψη ανακεφαλαιώνονται τα κύρια μέρη της εργασίας. Φράσεις όπως «τα ευρήματα συζητούνται» πρέπει να αποφεύγονται. Στο τέλος της περιλήψης αναγράφονται 3–10 λέξεις ευρητηρίου.

Αγγλική περίληψη: Στην τρίτη σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, που πρέπει να έχει έκταση 350–500 λέξεων στις ανασκοπήσεις και τις πρωτότυπες εργασίες και 150 λέξεων στις υπόλοιπες εργασίες. Πρέπει να δίνει ουσιαστικές πληροφορίες. Στην αρχή της αγγλικής περιλήψης αναγράφονται στα Αγγλικά τα ονόματα των συγγραφέων και ο τίτλος του άρθρου.

Κείμενο: Χωρίζεται σε κεφάλαια, που για τις ερευνητικές εργασίες είναι: Εισαγωγή, Υλικό και μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση. Όσα αποτελέσματα παρατίθενται στους πίνακες δεν επαναλαμβάνονται λεπτομερώς στο κείμενο.

Βιβλιογραφικές παραπομπές: Αριθμούνται με αύξοντα αριθμό, ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο (σύστημα Vancouver). Π.χ. *O Birley (1) βρήκε ότι... αλλά ο Afford (2) διαφώνησε...* Στο βιβλιογραφικό πίνακα περιλαμβάνονται μόνον οι βιβλιογραφικές παραπομπές που υπάρχουν στο κείμενο. Στα άρθρα ανασκόπησης και τα ειδικά άρθρα οι βιβλιογραφικές παραπομπές δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 100, στις ερευνητικές εργασίες και τα γενικά άρθρα τις 50, στα σύντομα άρθρα τις 15 και στα άρθρα σύνταξης και τις επιστολές προς τη σύνταξη τις 10. Ο βιβλιογραφικός κατάλογος συντάσσεται με αύξοντα αριθμό, που αντιστοιχεί στη σειρά εμφάνισης των βιβλιογραφικών παραπομπών στο κείμενο, όπως στα ακόλουθα παραδείγματα:

- Birley JLT, Adair P, Singer D et al. Electrogastrographic studies in elderly patients. *Gastroenterology* 1980, 79:311–314 (περιοδικό).
- Alford J, Nemiah J. Peptic ulcer in childhood. In: Sodeman WA (ed): *Pathologic Physiology*. Saunders, Philadelphia, 1970:457–472 (κεφάλαιο βιβλίου).
- Anonymous. The delusional misidentification syndromes (Editorial). *Br Med J* 1988, 284:622 (όταν δεν αναφέρεται συγγραφέας).

Οι συντμήσεις των περιοδικών πρέπει να γίνονται με βάση το *Index Medicus*.

Πίνακες: Γράφονται με διπλό διάστημα γραφομηχανής σε ξεχωριστή σελίδα. Αριθμούνται ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο, με αραβικούς αριθμούς (πίνακας 1), ακολουθεί σύντομη καταποιστική λεζάντα (π.χ. Ασθενείς που νοσηλεύθηκαν για ψευδοκώληση στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» κατά το 1988) και σε κάθε στήλη υπάρχει καταποιστική επικεφαλίδα. Αποφεύγονται οι κάθετες γραμμές.

Εικόνες: Πρέπει να στέλνονται είτε τα πρωτότυπα των σχεδίων (με σιλικόνη μελάνη) είτε φωτογραφίες. Στο πίσω μέρος πρέπει να αναγράφεται με μολύβι ο αριθμός της εικόνας, οι συγγραφείς και ο τίτλος της εικόνας. Όλες οι εικόνες πρέπει να αναφέρονται στο κείμενο και να αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς.

Ονοματολογία και μονάδες μέτρησης: Για λεπτομέρειες, βλ. Ιατρική 1980, 37:139.

Διόρθωση τυπογραφικών δοκιμών: Οι συγγραφείς είναι υποχρεωμένοι να κάνουν μία διόρθωση των τυπογραφικών δοκιμών. Εκτεταμένες μεταβολές δεν επιτρέπονται.

Ιατρική δεοντολογία: Στις ερευνητικές εργασίες που αφορούν σε άνθρωπο, πρέπει να αναφέρεται ότι η έρευνα έγινε σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (1975). Αν πρόκειται να δημοσιευθούν φωτογραφίες ασθενών, δεν πρέπει να διακρίνονται τα χαρακτηριστικά του προσώπου. Διαφορετικά, πρέπει να υπάρχει συγκατάθεση του ασθενούς για τη δημοσίευσή.

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

PSYCHIATRIKI is the official journal of the Hellenic Psychiatric Association. It is published quarterly and has the same scope as the Hellenic Psychiatric Association, namely the advancement of Psychiatry.

TYPES OF ARTICLES

- 1. Editorials:** Short articles covering topics of particular importance, written by members of the Editorial Board and by invited authors.
- 2. Review articles:** Should be written by one or two authors. They should not exceed 7,500 words.
- 3. Research papers:** They are accepted for publication on the condition that they have not been published or submitted for publication elsewhere in the same form. Papers that have been published elsewhere in their preliminary form or are based on dissertations are accepted for consideration but the author must mention this in the Introduction of his manuscript. They must be based on a research protocol and statistical evaluation of the findings is essential. They should not exceed 3,000 words.
- 4. Brief communications:** This section includes interesting case reports, descriptions of cases where new diagnostic or therapeutic methods have been applied and research reports which can be accommodated in a small space. They should not exceed 1,500 words.
- 5. Special articles:** Invited articles concerning topics of special interest.
- 6. Book review:** Presentation and critical review of selected books is carried out by the editorial board or by persons invited by it.
- 7. Letters to the editor:** Brief letters (maximum 400 words) will be considered for publication. These may include comments or criticisms of articles published in *PSYCHIATRIKI*, comments on current psychiatric topics of importance, preliminary research reports, comments or criticisms of the Journal, suggestions to the Editorial Board, etc.
- 8. Notes and news section:** This section is the responsibility of the Editorial Board.
- 9. General articles:** These articles may reflect opinions on the theory and practice of Psychiatry, on the systems of provision of psychiatric services, on matters concerning the borderland between Psychiatry and other specialties or disciplines, etc. They should not exceed 2,000 words. The Editorial Board may suggest shortening of these articles in order to be included in the «Letters to the Editor» section.
- 10. Issues in English:** Once or twice a year the issues of *PSYCHIATRIKI* will be published in English (always with extensive abstract in Greek, 400–500 words). In this issue, papers of foreign and Greek writers will be published. The Greek papers that will be published in English will be chosen by the Editorial Board and will be translated with the responsibility of the Journal with the consent of the writers.

SUBMISSION

Papers either in English or in Greek are considered for publication and should be sent to:

Journal PSYCHIATRIKI
Hellenic Psychiatric Association, 11, Papadiamantopoulou str.,
GR-115 28 Athens, Greece

The original manuscript, three copies as well as a copy on a diskette should be submitted. The text must be written with a word processor compatible with any Windows program, or with any program for a Macintosh computer.

The submitted manuscripts should be accompanied by the "Submission form" accurately filled in. Submission form can be found in every issue of the journal.

A code number to be used in further correspondence will be assigned to all papers submitted. Manuscripts should be typewritten, double-

spaced on one side of the paper with a margin of at least 3.5 cm. On the right upper corner of the first page a characterization on the article should appear (e.g., Brief Communication, Research Article). All papers are reviewed by at least two reviewers to determine the originality, validity and importance of content and conclusions. The Editorial Board can make alterations in language and content aiming at rendering the paper more comprehensible.

ARRANGEMENT

All pages must be numbered, starting with the title page.

Title page: It indicates the title (which should not exceed 12 words), the names and surnames of the authors, the Institute, Hospital, University, etc. where the work was conducted and the address and telephone number of the author who will be responsible for the corrections. In the same page appreciation for those who have contributed to the presented work can also be included.

Abstract: The second page must include an informative abstract of up to 200 words as well as 3–10 key words.

Main part: Must be divided in sections (e.g., for the Research Papers: Introduction, Material and method, Results, Discussion). Results appearing in the tables should not be reported again in detail in the text.

References: They must be identified in the text by arabic numbers (in brackets) and must be numbered in the order in which they are first mentioned in the text (Vancouver system), e.g. *Birley (1) found that... but Alford (2) disagreed*. The list of references should include only those publications which are cited in the text.

References should not exceed 100 in the Review articles and the Special articles, 50 in the General articles, 15 in the Brief Communications, and 10 in the Editorials and the Letters to the Editor.

The following paradigms illustrate the various reference categories:

1. Birley JLT, Adler P, Singer D et al. Electrogastrographic studies in elderly patients. *Gastroenterology* 1980, 79:311–314 (Journal).
2. Alford J, Nemiah J. Peptic ulcer in childhood. In: Sodeman WA (ed) *Pathologic Physiology*. Saunders, Philadelphia, 1970:457–472 (chapter in book).
3. Anonymous. The delusional misidentification syndromes (Editorial). *Br Med J* 1988, 284:622.

Abbreviations of journals should conform to the style used in *Index Medicus*; journals not indexed there should not be abbreviated.

Tables: They must appear in a separate page, double-spaced. They must be numbered in the order in which they are mentioned on the text, with arabic numbers (table 1). A descriptive concise title should be included. Avoid vertical lines.

Figures: They must be professionally prepared glossy or other camera-ready prints. They must be numbered with arabic numbers (figure 1) in the order in which they appear in the text. The figure number, the authors' names, the title on the paper and the figure title should be written with soft pencil on the back of each figure (or on a label affixed to it). A copy of each table and figure must be included with each copy of the manuscript.

Symbols and abbreviations: Spell out all abbreviations (other than those for units of measure) the first time they are used. Follow Iatriki 1980, 37:139 (in Greek) or «Units, Symbols and Abbreviations: a Guide for Biological and Medical Editors and Authors» (3rd ed, 1977) available from the Royal Society of Medicine of the United Kingdom.

Proofs: A proof will be sent to the first author of each article. Extensive changes are not allowed.

Medical Ethics: In all cases where investigations concerning humans are reported, compliance with the Helsinki declaration (1975) must be mentioned in the accompanying letter. When photographs of a patient are used, the facial characteristics must not reveal the identity of the patient, unless the patient has given written permission to the authors.

ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ»

(Υποβάλλεται μαζί με την εργασία, τρία φωτοαντίγραφα της εργασίας και την αντίστοιχη δισκέτα)

- Παρακαλώ συμπληρώστε/τσεκάρετε όλα τα σημεία του εντύπου
- Είδος εργασίας (σημειώστε με Χ):

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ | <input type="checkbox"/> ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ | <input type="checkbox"/> ΣΥΝΤΟΜΟ ΑΡΘΡΟ |
| <input type="checkbox"/> ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ | <input type="checkbox"/> ΓΕΝΙΚΟ ΑΡΘΡΟ | <input type="checkbox"/> ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ |

Τίτλος εργασίας

.....

.....

• Ονοματεπώνυμα συγγραφέων

.....

.....

• Φορέας ή Κέντρο (α), από το οποίο προέρχεται η εργασία

.....

.....

.....

• Υπεύθυνος συγγραφέας για την αλληλογραφία

Ονοματεπώνυμο

Διεύθυνση

Τηλέφωνο Fax: E-mail:

- Επιβεβαιώστε (σημειώστε με Χ) όλα τα παρακάτω σημεία της εργασίας μας:

- Περίληψη της εργασίας στα ελληνικά και αγγλικά, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του περιοδικού (προσοχή στην έκταση των περιλήψεων)
- 4-5 λέξεις ευρετηρίου στα ελληνικά και στα αγγλικά
- Αντιστοιχία των βιβλιογραφικών αναφορών του κειμένου με τον κατάλογο της βιβλιογραφίας, που παρατίθεται στο τέλος του άρθρου
- Καταγραφή των βιβλιογραφικών αναφορών σύμφωνα με τις προδιαγραφές της «Ψυχιατρικής»

Ο υπεύθυνος για την αλληλογραφία συγγραφέας γνωστοποιώ ότι όλοι οι συγγραφείς της εργασίας συμφωνούν με το περιεχόμενό της και την υποβολή της στην «Ψυχιατρική». Το ίδιο κείμενο δεν έχει δημοσιευθεί ούτε έχει υποβληθεί για δημοσίευση σε άλλο ελληνικό ή ξένο περιοδικό.



Υπογραφή

Ημερομηνία

SUBMISSION FORM TO "PSYCHIATRIKI"

(Should be submitted along with the original manuscript, three copies as well as a copy on a diskette)

- Please check (with X) and complete the following

- Type of the article:

- REVIEW RESEARCH PAPER BRIEF COMMUNICATION
 SPECIAL ARTICLE GENERAL ARTICLE CASE REPORT

- Title of the paper

.....
.....

- Names and surnames of the authors

.....
.....
.....
.....

- Institute where the work was conducted

.....
.....

- Author responsible for the correspondence

Name and surname

Adress

Tel:..... Fax: E-mail:

- Please confirm and check (with X) all the following points regarding the submission of four paper:

- Abstract
 4-5 key words
 Correspondence of the text's references to the reference list
 Recording of the references according to instructions to contributors of the journal "Psychiatriki"

The author responsible for the correspondence notify that all the authors of the paper agree with the text of the paper and the publication in the Journal "Psychiatriki". The same paper did not publish in another journal.

Signature

Date

