



ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

(Ομιλία της Μάρθας Μπουρνιά σε διημερίδα του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας)

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Μπουρνιά Μάρθα Υπ. Διδάκτωρ του Παντείου Πανεπιστημίου.
Παιδοψυχίατρος.

Τηλ: 210 9632697, 6937495272

e-mail: bournia@ppsy.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή και συχνή, οικογενής και με χρόνια πορεία. Η εμφάνισή της στα παιδιά και τους εφήβους είναι αρκετά συχνή, σε ποσοστό 1% έως 3,6%, όμως συχνά υποδιαγιγνώσκεται. Η κατανόηση της αιτιολογίας της γίνεται μόνο μέσω του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.

Στα παιδιά οι βιολογικοί και γενετικοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι σημαντικοί. Η κλινική εικόνα σ' αυτές τις ηλικίες δεν διαφέρει από τη συμπτωματολογία των ενηλίκων, με συνηθέστερες τις ιδεοληψίες μόλυνσης και τους καταναγκασμούς καθαρισμού και ελέγχου.

Ο ρόλος του παιδαγωγού είναι σημαντικός, τόσο για την έγκαιρη επισήμανσή της, όσο και για την συμβολή του στην αντιμετώπισή της. Η οικογένεια, τόσο οι γονείς, όσο και τα αδέρφια του πάσχοντος, επηρεάζουν και επηρεάζονται σημαντικά από την διαταραχή. Γι αυτό η θεραπευτική παρέμβαση σε ολόκληρη την οικογένεια κι όχι μόνο η εξατομικευμένη αντιμετώπιση του πάσχοντος, κρίνεται αναγκαία.

Θα είχε κατά συνέπεια πολύ ενδιαφέρον να ερευνηθούν, ποιοι είναι οι παράγοντες εκείνοι, που δρουν προστατευτικά στο οικογενειακό σύστημα και ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου, που όταν υπάρχουν προκαλούν σημαντική δυσλειτουργία σ' αυτό και αναγκαστική υπερεμπλοκή των μελών του με τα συμπτώματα της OCD.

ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ.

Η OCD είναι μια αρκετά σοβαρή και συχνή νευροψυχολογική διαταραχή, οικογενής και με χρόνια πορεία. Προσβάλλει όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα κι όλες τις φυλές ανεξαιρέτως και με την ίδια συχνότητα τους άντρες και τις γυναίκες. Είναι η τέταρτη πιο συχνή από τις ψυχιατρικές διαταραχές. Είναι πολύ βασανιστική τόσο για το άτομο όσο και για την οικογένειά του και μπορεί κανείς να κατανοήσει την αιτιολογία της μόνο μέσω του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.

Στην ομιλία μου θα αναφερθώ στα χαρακτηριστικά της διαταραχής όταν αυτή εμφανίζεται σε παιδιά και εφήβους και στις επιπτώσεις αυτής τόσο στους πάσχοντες όσο και στο περιβάλλον τους και το αντίθετο.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (OCD)

Το διαγνωστικό σύστημα DSMVI την ορίζει, ως τη διαταραχή εκείνη που χαρακτηρίζεται από:

"Επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες ή/και καταναγκασμούς που έχουν τέτοια σοβαρότητα ώστε να προκαλούν κατανάλωση χρόνου, περισσότερο από μια ώρα την ημέρα, μεγάλη δυσφορία στο άτομο και μεγάλη παρεμβολή στις καθημερινές του συνήθειες, το σχολείο, τις κοινωνικές δραστηριότητες ή τις σημαντικές σχέσεις με τους άλλους".

Ιδεοληψίες ονομάζουμε σκέψεις ή εικόνες που έρχονται διαρκώς στο μυαλό και είναι ανεπιθύμητες ή ενοχλητικές. Αυτές οι σκέψεις εμφανίζονται παρά τη προσπάθεια που κάνει κανείς να τις αγνοήσει. Μπορεί να φαίνονται παράλογες ή αποκρουστικές και συνοδεύονται από άσχημα συναισθήματα όπως φόβο, αηδία, αμφιβολία, προκαλώντας δυσφορία στο άτομο.

Το άτομο έχει την επίγνωση ότι αυτές οι σκέψεις προέρχονται από το ίδιο του το μυαλό και δεν είναι απλά έντονοι φόβοι σχετικά με πραγματικά προβλήματα, αν και τα μικρά παιδιά μπορεί να μην είναι σε θέση να το περιγράψουν και θέλει μεγάλη προσοχή στην εκτίμηση.

Παραδείγματα ιδεοληψιών είναι: Η επίμονη ιδέα ότι τα χέρια του ατόμου είναι μολυσμένα ή βρώμικα, ανεξάρτητα από το πόσο πολύ τα πλένει. Η ιδέα ότι μπορεί να βλάψει κανείς τον εαυτό του, ακόμη και αν δεν έχει καμιά πρόθεση να το κάνει.

Καταναγκασμούς ονομάζουμε την έντονη ανάγκη που έχει κανείς να κάνει κάτι ξανά και ξανά σαν κάτι να τον εξαναγκάζει ή να κάνει κάτι με κάποιο συγκεκριμένο τρόπο. Εμφανίζονται σαν απάντηση σε μια ιδεοληψία, στην προσπάθεια του ατόμου να εξουδετερώσει, να

καταπνίξει ή να αγνοήσει τόσο την έμμομη σκέψη όσο και τα άσχημα συναισθήματα που συνδέονται με αυτήν.

Για παράδειγμα, το πλύσιμο των χεριών ξανά και ξανά ακόμη κι αν είναι καθαρά. Ο επαναλαμβανόμενος έλεγχος ότι κλείδωσε την πόρτα ή ότι έσβησε το ηλεκτρικό μάτι. Η ανάγκη να αγγίξει κάτι συγκεκριμένες φορές. Να ξαναδιαβάσει κάτι πολλές φορές επειδή συνεχώς αμφιβάλλει ότι το έκανε σωστά, ή να τακτοποιεί τα αντικείμενα με συγκεκριμένο τρόπο.

Αν και τα περισσότερα παιδιά και οι έφηβοι αναγνωρίζουν ότι οι πράξεις αυτές στερούνται νοήματος, μπορεί, συχνότερα από ότι στους ενήλικους να λείπει αυτή η επίγνωση (poor insight type).

ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η OCD;

Σύμφωνα με την Ψυχαναλυτική προσέγγιση, τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα προέρχονται από την προσπάθεια ενός αστηρού υπερεγώ να διαχειριστεί τις ισχυρές επιθετικές ή σεξουαλικές ενορμήσεις και τα έντονα συναισθήματα ενοχής που τις συνοδεύουν. Κινητοποιούνται αμυντικοί μηχανισμοί όπως η αντίδραση με το αντίθετο (reaction formation), η παλινδρόμηση σε μια πρωτόγονη παντοδυναμία της σκέψης, η μόνωση των συναισθημάτων (isolation) και διανοητικοποίηση κάθε θέματος, η μετάθεση και η ματαίωση (undoing) με μαγικούς τρόπους, που έχουν σαν αποτέλεσμα την κλινική εικόνα της διαταραχής.

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση υποστηρίζει ότι οι ψυχαναγκαστικές εκδηλώσεις θεωρούνται ως μαθησιακά καθορισμένες αντιδράσεις αποφυγής. Κατά την παιδική ηλικία, η σύνδεση ορισμένων σκέψεων με τυχαία αγχογόνα γεγονότα, τις μετατρέπει σε ψυχαναγκαστικές και καθώς ορισμένες μαγικές ενέργειες ανακουφίζουν το άτομο, ενισχύονται και μονιμοποιούνται.

Αν και οι ενδοψυχικοί μηχανισμοί είναι σημαντικοί για την ανάπτυξη ψυχαναγκαστικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας, φαίνεται να υπάρχει ξεχωριστή βιολογική επιβάρυνση σε αυτά τα άτομα που θα αναπτύξουν O.C.D.

Ιδίως όταν η έναρξη της διαταραχής συμβαίνει στην παιδική ή εφηβική ηλικία οι σύγχρονες έρευνες συμφωνούν ότι οι βιολογικοί και γενετικοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι σημαντικοί.

Σ' αυτό συντελούν τα παρακάτω δεδομένα:

1. Η θεραπευτική δράση των αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης έχει οδηγήσει στην διατύπωση της «σεροτονεργικής υπόθεσης» σύμφωνα με την οποία η διαταραχή οφείλεται σε μια βιοχημική ανισσοροπία που σχετίζεται με την σεροτονίνη, ένα νευροδιαβιβαστή που επηρεάζει τον ύπνο, την όρεξη, το άγχος και τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.

2. Παρατηρήσεις συμπεριφορών των ζώων που αναφέρονται με τον όρο grooming, όπως το γλείψιμο, το πλύσιμο, το τσίμπημα προς χάριν περιποίησης και συσχέτισης αυτών με την OCD και την τριχοτιλλομανία οδηγούν στη θεωρία ότι η OCD αποτελεί μια αρχέγονη συμπεριφορά grooming που εμφανίζεται εσφαλμένα.
3. Γενετικές οικογενειακές μελέτες δείχνουν ότι σε μερικές περιπτώσεις η OCD αποτελεί έκφραση του ίδιου γονιδίου που είναι υπεύθυνο για την εμφάνιση των τικ.
4. Νευροαπεικονιστικές μελέτες που μελετούν την λειτουργία του εγκεφάλου όπως η PET (Τομογραφία με την μέθοδο εκπομπής ποζιτρονίων), φανερώνουν ανωμαλίες στα κυκλώματα που ενώνουν τα βασικά γάγγλια με τον προμετωπιαίο φλοιό. Αυτές οι ανωμαλίες διορθώνονται όταν τα συμπτώματα της OCD υποχωρούν τόσο μετά από φαρμακευτική αντιμετώπιση όσο και μετά από CBT.
5. Έχει παρατηρηθεί έναρξη OCD αιφνίδια σε παιδιά μετά από λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού σαν μια αυτοάνοση αντίδραση προς τον β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο.(ότι ανήκει στο φάσμα του συνδρόμου που αναφέρεται με τον όρο PANDAS pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections και περιλαμβάνει ιδεοληψίες, καταναγκασμούς, τικ και χορεία)
6. Μπορεί να εμφανιστεί σαν αποτέλεσμα διαφόρων νευρολογικών διαταραχών όπως μετά από δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα, όγκους, αλλεργικές αντιδράσεις στο τσίμπημα σφήκας, εγκεφαλίτιδα, εγκεφαλικό τραύμα, χορεία του Sydenham, και άλλες παθολογικές καταστάσεις που αφορούν τα βασικά γάγγλια.

Το γονεϊκό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραχής, τονίζοντας κατά την διαπαιδαγώγηση την αυτοπειθαρχία και τον αυτοέλεγχο. Ιδίως στην εφηβεία οι ερευνητές υποθέτουν ότι τα συμπτώματα δρουν σαν φράγμα που προστατεύει τον έφηβο από την υπερβολική κοντινότητα με τον ένα γονέα, που την αντιλαμβάνεται σαν απειλητική. Κατά την αρχική αξιολόγηση πάντα πρέπει να συνεκτιμούμε οικογενειακούς παράγοντες όπως: η αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση των γονέων, η εμπλοκή τους στις τελετουργίες, η αλλαγή του τρόπου ζωής που τους επιβάλλεται λόγω των συμπτωμάτων και την επικέντρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος μόνο στις παθολογικές συμπεριφορές.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ και ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ

Το ένα τρίτο με ένα δεύτερο των ενηλίκων πασχόντων από OCD, αναφέρουν έναρξη της νόσου κατά την εφηβική ή τη παιδική ηλικία.

Σήμερα θεωρείται μια αρκετά συχνή πάθηση της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, με επιπολασμό από 1% ως 3.6% ανάλογα με τους ερευνητές. Αυτό την φέρνει να ξεπερνάει σε συχνότητα παθήσεις όπως ο νεανικός διαβήτης και το άσθμα.

Αν και συνηθέστερα η έναρξή της συμβαίνει στην εφηβεία, έχουν αναφερθεί περιστατικά σε πολύ μικρότερες ηλικίες, μέχρι και σε νήπια τριών ετών. Η μέση ηλικία έναρξης της OCD των παιδιών κι εφήβων είναι τα 10 χρόνια, αν και τα συμπτώματα αρχίζουν 2-3 χρόνια πριν.

Η πρώιμη έναρξή της συσχετίζεται με οικογενή χαρακτήρα (περισσότερα μέλη της οικογένειας πάσχουν από την διαταραχή) και με την συννοσηρότητα της διαταραχής στα αγόρια με τικ και μάλιστα με σύνδρομο Tourette. Συχνότερα η έναρξη προ της εφηβείας συμβαίνει στα αγόρια με μια συχνότητα 3 προς 2. Στην κλινική πράξη συχνότερα συμβαίνει να βλέπουμε αγόρια με έναρξη της OCD προ της εφηβείας που έχουν συχνά στην οικογένειά τους κι άλλα άτομα που παρουσιάζουν OCD ή τικ, ενώ τα κορίτσια συνήθως εμφανίζονται με έναρξη των συμπτωμάτων κατά την εφηβεία.

Ακόμα μεγαλύτερη είναι η συχνότητα της υποκλινικής OCD στην εφηβεία, που ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια φτάνει από 4%-19%. Οι ιδεοληψίες του μη κλινικού πληθυσμού διαφέρουν ως προς τη συχνότητα, (είναι πιο σπάνιες) την ένταση, (είναι μικρής διάρκειας, λιγότερο ξένες προς το εγώ και σπάνια συνοδεύονται από καταναγκασμούς) και ως προς τις συνέπειες (δεν προκαλούν δυσφορία στο άτομο και δεν προκαλούν παρεμβολές στην καθημερινή του ζωή ή κάποια δυσλειτουργία στην κοινωνική ή σχολική του ζωή).

Είναι ανάγκη να διαχωρίζονται οι ιδεοληψίες από τις ήπιες τελετουργίες κι εμμονές όπως οι συνήθειες του ύπνου, που φυσιολογικά εμφανίζονται ιδίως κατά τη νηπιακή ηλικία, λόγω των αναπτυξιακών αναγκών της ηλικίας αυτής, όπως αυτές της κυριαρχίας και του ελέγχου, που δίνουν το αίσθημα της ασφάλειας.

Σήμερα έχουμε την πεποίθηση ότι είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται στα παιδιά και τους εφήβους πολύ συχνότερα απ' ό τι παλιότερα πίστευαν. Το ότι η διαταραχή αυτή συχνά υποδιαγιγνώσκεται, μπορεί να αποδοθεί αφ' ενός στην μυστικότητα που κρατούν γύρω από τα συμπτώματά τους οι πάσχοντες, που τα φανερώνουν μόνο όταν πια γίνουν τόσο σοβαρά, ώστε δεν είναι δυνατόν πια να συνεχίσουν να τα κρύβουν και αφ' ετέρου στην άγνοια τόσο του περιβάλλοντος, όσο και των ειδικών γύρω από τη συμπτωματολογία της διαταραχής. Γι αυτό συχνά αναφέρεται ως

“η κρυμμένη επιδημία”. **Συχνά οι γονείς οδηγούνται στους ειδικούς , όχι για την ίδια διαταραχή, αλλά για δευτερογενή προβλήματα που δημιουργούνται λόγω της διαταραχής, με συχνότερο την πτώση της σχολικής επίδοσης.**

Από τα παραπάνω φαίνεται πόσο σημαντική είναι η συμβολή του παιδαγωγού στην πρώιμη επισήμανση της ανάγκης για διερεύνηση και έτσι στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Αυτό είναι πολύ σημαντικό ιδίως τώρα που διαθέτουμε αρκετά αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης, όπως την συμπεριφοριστική-γνωσιακή θεραπεία και, για τις βαρύτερες περιπτώσεις, την φαρμακοθεραπεία με τους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, που μπορεί να βελτιώσουν σημαντικά την ζωή τόσο του πάσχοντος όσο και της οικογένειάς του. Γι αυτό είναι σημαντικό ο παιδαγωγός να γνωρίζει την εικόνα με την οποία εμφανίζεται η διαταραχή.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ)

Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η συμπτωματολογία της διαταραχής δεν διαφέρει σημαντικά στα παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες. Τα συμπτώματα αλλάζουν με τον χρόνο και συχνά συμβαίνει κάποιος να εμφανίσει τελικά σε κάποιο βαθμό, σχεδόν όλα τα συμπτώματα που περιγράφονται.

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα της OCD στην παιδική ηλικία είναι ιδεοληψίες μόλυνσης, που συχνά συνοδεύονται από καταναγκαστικό πλύσιμο και αποφυγή του μολυσμένου αντικειμένου, που οδηγεί σε ολοένα αυξανόμενο περιορισμό δραστηριοτήτων.

Έμμονοι φόβοι για την ασφάλεια των ίδιων ή των γονέων, είναι συχνοί.

Άλλο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι ο καταναγκαστικός επαναλαμβανόμενος έλεγχος, όπως αν οι πόρτες είναι κλειδωμένες ή τα μέλη της οικογένειας είναι ασφαλή. Ο έλεγχος μπορεί να είναι εκδήλωση ψυχαναγκαστικής αμφιβολίας, που οδηγεί το παιδί να ελέγχει επαναλαμβανόμενα χωρίς να μπορεί να σιγουρευτεί ότι είναι εντάξει.

Άλλοι συχνοί καταναγκασμοί είναι αυτοί που περιλαμβάνουν επαναληπτικό μέτρημα, τοποθέτηση στη σειρά ή άγγιγμα.

Αν και οι περισσότεροι καταναγκασμοί είναι συνδεδεμένοι με κάποια ειδική ανησυχία, πολλοί αποτελούν πράξεις που επαναλαμβάνονται έως ότου γίνουν “σωστά”, δηλαδή με απόλυτη ακρίβεια σύμφωνα με ορισμένο τρόπο. Καταναγκαστικό επαναλαμβανόμενο ξαναδιάβασμα και ξαναγράψιμο των σχολικών εργασιών μπορεί να επηρεάζει αρνητικά τη σχολική επίδοση.

Μπορεί να συμβαίνουν και νοητικές τελετουργίες, όπως σιωπηλή προσευχή, μέτρημα, επανάληψη.

Μια μειοψηφία υποφέρει μόνο από ιδεοληψίες, που μπορεί να είναι εικόνες που εισβάλλουν ξαφνικά σεξουαλικού ή επιθετικού περιεχομένου ή αυτοτραυματισμού.

Ψυχαναγκαστική επιβράδυνση, κατά την οποία ένας έφηβος κινείται πάρα πολύ αργά, εμφανίζεται λιγότερο συχνά, προκαλώντας μεγάλη δυσλειτουργία. Προσεκτική εξέταση αποδεικνύει ενασχόληση με πολλαπλούς νοητικούς καταναγκασμούς που εμποδίζουν τις κανονικές δραστηριότητες.

Μετά από τις πρόσφατες έρευνες πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν το διαχωρισμό δύο τύπων OCD, την «συνδεδεμένη με τικ» και την «μη συνδεδεμένη με τικ», που διαφέρουν μεταξύ τους κι ως προς το είδος των συμπτωμάτων.

Στον πρώτο τύπο, που συμβαίνει συνήθως σε αγόρια με πρώιμη έναρξη των συμπτωμάτων, υπάρχουν συχνότερα τα εξής συμπτώματα:

1. Η επιτακτική ανάγκη για άγγιγμα ή τρίψιμο, τελετουργίες ανοιγοκλεισίματος ή καρφώματος των ματιών.
2. Ανησυχία για την ύπαρξη συμμετρίας ή ακρίβειας.
3. Αίσθημα ότι κάτι λείπει και εισβολή σκέψεων και εικόνων επιθετικού ή σεξουαλικού περιεχομένου.
4. Οι καταναγκασμοί προέρχονται κυρίως από την επιτακτική ανάγκη να γίνει κάτι ακριβώς όπως πρέπει.

Στον δεύτερο τύπο υπάγονται κυρίως κορίτσια με έναρξη των συμπτωμάτων στην εφηβεία, που παρουσιάζουν συχνότερα:

Ιδεοληψίες μόλυνσης τις οποίες ακολουθούν καταναγκασμοί καθαρισμού.

Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί επίσης, ο χρόνος που το άτομο καταναλώνει με τις ιδεοληψίες και τους καταναγκασμούς, η παρεμβολή τους στην καθημερινή του ζωή, πόσο μεγάλη δυσφορία του προκαλούν, πόσο αντιστέκεται σ' αυτά τα συμπτώματα και σε ποιο βαθμό καταφέρνει να τα ελέγξει.

Συχνά η κλινική εικόνα και η θεραπευτική αντιμετώπιση περιπλέκεται από την ύπαρξη συννοσηρότητας. Άλλες διαταραχές άγχους, όπως υπεραγχώδης διαταραχή ή άγχος αποχωρισμού, έχουν το ένα τρίτο με ένα δεύτερο των περιστατικών. Η κατάθλιψη είναι εξ' ίσου κοινή συνυπάρχουσα διαταραχή, με επιπολασμό από 20% - 73% ανάλογα με τις έρευνες. Ύπαρξη τικ σε κάποια στιγμή της ζωής των πασχόντων από OCD φτάνει το 60%. Πολλά παιδιά είναι ευερέθιστα και παρορμητικά και τα μισά πληρούν τα κριτήρια της διάγνωσης της διαταραχής της υπερκινητικότητας με διάσπαση προσοχής ή της εναντιωματικής διαταραχής. Έτσι είναι δυνατόν να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο τελειομανία και ταυτόχρονα μεγάλη ακαταστασία.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ Ο ΠΑΙΔΑΓΩΓΟΣ ΓΙΑ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΕΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ OCD

1. Να συμβάλλει στην έγκαιρη επισήμανση του προβλήματος.
2. Γνωρίζοντας την συμπτωματολογία της διαταραχής να αντιληφθεί τους καταναγκασμούς ή τη συμπεριφορά αποφυγής.
3. Να αντιληφθεί τις αρνητικές συνέπειες στη λειτουργικότητα όπως αυτές εκδηλώνονται με τη πτώση στη σχολική επίδοση, την αφηρημάδα, την απομόνωση από τις παρέες ή τις συχνές απουσίες.
4. Να ενισχύσει την οικογένεια ώστε να αναζητήσει βοήθεια από ειδικούς.
5. Πρέπει να επισημάνει το πρόβλημα με τέτοιο τρόπο που να μην ενοχοποιείται ούτε το παιδί ούτε η οικογένεια.

Σ' αυτό θα τον βοηθήσει η κατανόηση της φύσης της διαταραχής. Η OCD είναι μια διαταραχή που βασανίζει το άτομο κι όχι ένα λάθος ή μια κακιά συνήθεια που θα μπορούσε το παιδί να σταματήσει εάν απλά προσπαθούσε περισσότερο. Η οικογένεια επηρεάζει και επηρεάζεται από την διαταραχή, όμως τα οικογενειακά προβλήματα δεν προκαλούν O.C.D.

6. Να βοηθήσει σημαντικά στην αρχική αξιολόγηση του παιδιού από τους ειδικούς, δίνοντάς τους πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την συμπτωματολογία και τη λειτουργικότητά του, σε ένα περιβάλλον έξω από την οικογένειά του.
7. Να συμμαχήσει με το παιδί τους γονείς και τους ειδικούς στη μάχη κατά της OCD.
8. Οφείλει να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της διαταραχής με υπομονή και κατανόηση, χωρίς να μπλέκεται σε ατέρμονες συζητήσεις προκειμένου να εξηγήσει στο παιδί την παραδοξότητα των φόβων και των συμπεριφορών του.
9. Να ενθαρρύνει το παιδί στον αγώνα του να απαλλαγεί από την OCD, χωρίς ανυπομονησία που θα το φόρτωνε με επιπλέον άγχος.
10. Πρέπει να διαχωρίσει το παιδί από τη συμπτωματολογία της OCD και να στρέφει την προσοχή του σε κείνους τους τομείς, όπου το παιδί τα καταφέρνει.

Ο παιδαγωγός οφείλει να αναγνωρίσει ότι η OCD είναι μια νόσος ξεχωριστή από το παιδί ως άτομο και δεν επηρεάζει την ικανότητα του υπόλοιπου εγκεφάλου και του παιδιού να λειτουργεί φυσιολογικά.

Αυτός ο διαχωρισμός από τον παιδαγωγό θα βοηθήσει ώστε και οι συμμαθητές του παιδιού να κάνουν το ίδιο και να μην το απομονώνουν.

Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η τιμωρία δεν βοηθάει το ίδιο και η απόρριψη. Αντίθετα το χιούμορ όταν χρησιμοποιείται για την γελοιοποίηση της OCD κι όχι του παιδιού μπορεί να δράσει καταλυτικά.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η δυσλειτουργία της οικογένειας δεν είναι ούτε απαραίτητη ούτε αρκετή ώστε να οδηγήσει στην έναρξη της διαταραχής.

Πράγματι τα οικογενειακά προβλήματα δεν προκαλούν OCD, όμως ο τρόπος που η οικογένεια αντιμετωπίζει τα συμπτώματα μπορεί να επηρεάσει την πορεία της διαταραχής και ταυτόχρονα τα συμπτώματα της OCD μπορεί να προκαλέσουν μεγάλη δυσλειτουργία στην οικογένεια.

Σε μια έρευνα (Hibbes 1991) αποδεικνύεται ότι η ύπαρξη αυξημένου expressed emotion (θυμός, αρνητικά σχόλια, κριτική και υπερεμπλοκή) μπορεί να προκαλέσει έξαρση των συμπτωμάτων της OCD, ενώ μια ήρεμη υποστηρικτική οικογένεια μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα.

Η OCD εμπλέκει από τη φύση της, όλα τα μέλη της οικογένειας και δημιουργεί σε αυτά έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό και ματαιώση, καθώς και σύγχυση γιατί συνυπάρχουν στον πάσχοντα υγιή και παθολογικά στοιχεία συγχρόνως. Οι γονείς και τα αδέρφια εμπλέκονται συχνά στα συμπτώματα του παιδιού, με αποτέλεσμα σοβαρή βλάβη της οικογενειακής ζωής και διαιώνιση των συμπτωμάτων. Το αποτέλεσμα είναι ότι η OCD δεν βασανίζει μόνο τον πάσχοντα αλλά και ολόκληρη την οικογένειά του. Πιθανώς ο οικογενής χαρακτήρας της διαταραχής να έχει επηρεάσει τη σχέση των γονιών με τα δικά τους πάσχοντα ή μη αδέρφια ή γονείς (March 1996) και αυτό να επηρεάζει τόσο τη σχέση τους με τα δικά τους παιδιά όσο και την αδελφική σχέση των παιδιών μεταξύ τους και ιδίως με τον πάσχοντα αδελφο (AACAP 1998 θετικό ιστορικό για ΙΔΨ διαταραχή μπορεί να επηρεάσει τη στάση των γονέων προς τα συμπτώματα του παιδιού).

Παρ' όλα αυτά υπάρχουν λίγες έρευνες που μελετούν την επίδραση της ΙΔΨ διαταραχής στην οικογενειακή και συζυγική ζωή. Σ' αυτές όμως φαίνεται καθαρά ότι αυτή η επίδραση, κάθε άλλο παρά ασήμαντη, είναι.

Στην Epidemiologic Catchment Area Survey αποδεικνύεται ότι άτομα με ΙΔΨ διαταραχή είναι πιο συχνά διαζευγμένα ή χωρισμένα, απ' ότι άτομα χωρίς ΙΔΨ διαταραχή (Karna et al.1988).

Σε μια πρόσφατη μελέτη σε 419 μέλη της Obsessive Compulsive Foundation, το 73% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η διαταραχή παρεμβαίνει στις οικογενειακές σχέσεις.(Hollander et.al 1996).

Σε μια άλλη μελέτη από την Obsessive Compulsive Foundation, στην οποία συμμετείχαν 450 μη πάσχοντα μέλη της, βρέθηκε ότι το 85% των μελών της οικογένειας ενοχλούνται από τις τελετουργίες των συγγενών τους, το 75% διαταράσσονται από την υπερβολική ενασχόληση με τον εαυτό τους (shelf involvement) που παρουσιάζουν οι συγγενείς τους και το 63% ανέφερε ότι σύρεται στην τελετουργική συμπεριφορά από τους συγγενείς τους.(Cooper et al.1994).

Σε μια συστηματική μελέτη στο Brown University, 114 οικογένειες που είχαν κάποιο μέλος με ΙΔΨ διαταραχή, συμπλήρωσαν το Family Assesment Device. Απ' αυτές οι μισές βαθμολογήθηκαν σαν δυσλειτουργικές στις κατηγορίες της επικοινωνίας, της συναισθηματικής απαντητικότητας (affective responsiveness), του ελέγχου της συμπεριφοράς (behavior control)και της γενικής λειτουργικότητας. (Van Noppe et. al.1993).

Η μελέτη των Calvoresi, Lewis et al. 1995, επικεντρώνεται στη συμμόρφωση (accomodation) της οικογένειας στην Ι.Δ.Ψ. διαταραχή των συζύγων ή των ενηλίκων παιδιών. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν, ότι η οικογενειακή εμπλοκή εμφανίζεται στα πλαίσια γενικής οικογενειακής δυσλειτουργίας και άγχους . Επίσης υποστηρίζεται, ότι η οικογένεια προσπαθεί να συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις του πάσχοντος, για να μειώσει το άγχος του ή το θυμό του προς τους συγγενείς .

Υπάρχει μια πολύ πρόσφατη μελέτη των Black et al. η οποία δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί, που αφορά την επίδραση της ΙΔΨ διαταραχής στην οικογένεια παιδιών και εφήβων, που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ν' αναπτύξουν αυτή την διαταραχή και των οποίων ο ένας γονέας πάσχει από αυτήν. Εδώ αναφέρονται τα προκαταρκτικά ευρήματα της μελέτης , που δημοσιεύτηκαν τον Ιούλιο του 1998. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 19 πυρηνικές οικογένειες με παιδιά 7-18 ετών, των οποίων ο ένας γονέας είχε ΙΔΨ διαταραχή. Χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των οικογενειών το Family Assesment Device.Επίσης χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, που ετοιμάστηκε από τους ερευνητές.

Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα δείχνουν, ότι οι οικογένειες αυτές έχουν ιδιαίτερη δυσκολία στην επικοινωνία και υπερβολική εμπλοκή ο ένας στις δραστηριότητες του άλλου. Οι δύο στους τρεις συζύγους αναφέρουν συζυγικές και σεξουαλικές δυσκολίες. Το 60% αυτών αναφέρει ότι είναι γι αυτούς μεγάλο βάρος η φροντίδα του πάσχοντος.

Γενικά τα αποτελέσματα από τις παραπάνω έρευνες, αλλά και από την καθημερινή πρακτική φανερώνουν, ότι οι οικογένειες στις οποίες

ένα ή περισσότερα μέλη έχουν OCD, είναι σε πολλούς τομείς διαταραγμένες ή δυσλειτουργικές και ότι η συζυγική δυσαρμονία είναι συχνή σε τέτοιες οικογένειες. Γι αυτό η θεραπευτική παρέμβαση σε ολόκληρη την οικογένεια κι όχι μόνο η εξατομικευμένη αντιμετώπιση του πάσχοντος κρίνεται αναγκαία.

Όμως σε καμιά απ 'αυτές τις έρευνες δεν έχει επικεντρωθεί η μελέτη, στην επίδραση της OCD παιδιών και εφήβων στην λειτουργικότητα της οικογένειάς τους. Ούτε έχει μελετηθεί η επίδραση στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή των μη πασχόντων αδελφών τους.

Γι αυτό θα είχε πολύ ενδιαφέρον να ερευνηθούν, ποιοι είναι οι παράγοντες εκείνοι, που δρουν προστατευτικά στο οικογενειακό σύστημα, ώστε να μπορέσει να εμπεριέξει την διαταραχή διατηρώντας τη λειτουργικότητά του και προάγοντας έτσι την εξέλιξη όλων των μελών του και ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου, που όταν υπάρχουν προκαλούν σημαντική δυσλειτουργία στο οικογενειακό σύστημα και αναγκαστική υπερεμπλοκή των μελών του με τα συμπτώματα της OCD.

Μια τέτοια μελέτη θα συνέβαλλε σημαντικά στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μας παρεμβάσεων.

ΒΑΣΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟ

Barry D. Garfinkel, Gabrielle A. Carlson, Elizabeth B. Weller:
Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. W.B. Saunders
Company 1990.

ΑΡΘΡΑ

Donald W. Black: Epidemiology and Genetics of OCD: A review and
discussion of future directions for research. CNS SPECTRUMS Vol1
- No1 September 1996.

John S March, Henrietta L. Leonard: Obsessive-Compulsive Disorder
in Children and Adolescents: A review of the past 10 years. . AM
ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY, 34:10, October 1996.

Wayne K. Goodman, Lawrence H. Price, Steven A. Rasmussen et al:
The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Arch Gen Psychiatry
Vol 46 November 1989.

Euthymia D. Hibbs, Theodore P. Zahn, Susan D. Hamburger et al:
Parental Expressed Emotion and Psychophysiological Reactivity in
Disturbed and Normal Children. British Journal of Psychiatry (1992)
160 504-510.

Marvin Karno, Jacqueline M. Goding, Susan B. Sorenson, M. Audrey
Burnam: The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in
Five US Communities. Arch Gen. Psychiatry Vol. 45 December 1988.

Henrietta L. Leonard, Susan E. Swedo, Marge C. Lenane et al: A 2 to
7 Year Follow-up of 54 Obsessive-Compulsive Children and
Adolescents. Arch Gen. Psychiatry Vol. 50 June 1993.

Hoover, C. F., Insel, T. R. 1984. Familial origin in obsessive-
compulsive disorder. J. Nerv. Ment. Dis. 172:207-215