

ΕΝΤΥΠΟ  
ΚΑΤΕΥ-  
ΛΗΜΜΕΝΟ  
ΑΠ' ΑΣΣΕ  
105816  
Κ.Δ.Α.

ΕΛΛΑΣ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ  
Κ.Δ.Α.  
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

PORT  
PAVE  
HELLAS

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 2 Γ ΚΤΙΡΙΟ - 115 27 ΑΘΗΝΑ

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 38 - Τεύχος 3 - Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1999



**NOSILEFTIKI**

QUARTERLY PUBLICATION OF THE  
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 38 - No 3 - July - September 1999

ISSN 1105-6843



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύσταση ..... **203**  
*A. Παπαδαντωνάκη*
2. Αποφάσεις του ΕΣΔΝΕ  
Σε καίρια Κοινωνικά Θέματα ..... **206**
3. Οι έννοιες της Αυτονομίας, Ατομικότητας  
και Πληροφορημένης Συναίνεσης  
στη Νοσηλευτική ..... **209**  
*Χ. Λεμονίδου, Α. Μερκούρης, Μ. Κάπελλα,  
Α. Παναγιώτου, Μ. Arndt, Th. Dassen, M. Gasull,  
A. Scott, M. Valimaki, H. Leino-Kilpi*
4. Εκτίμηση Ποιότητας Ψυχιατρικής  
Νοσηλευτικής Φροντίδας Βασισμένη  
σε Ειδικά Πρότυπα και Κριτήρια ..... **216**  
*Μ. Πριάμη*
5. Οι Επιπτώσεις της Μητρικής Αποστέρησης  
στην Ψυχοπαθολογία του Παιδιού -  
Ο Ιδρυματισμός ..... **224**  
*Α. Παπαδημητρίου*
6. Το Παιδί με Καρκίνο και το Σχολείο -  
Ο ρόλος του Νοσηλευτή ..... **233**  
*Ε. Κούκια*
7. Διαταραχή της Ιδεατής Εικόνας του Σώματος ..... **238**  
*Ε. Κυρίτσι*
8. Διατροφικά Προβλήματα Ασθενών με Καρκίνο-  
Νοσηλευτική Αντιμετώπιση ..... **244**  
*Σ. Μεταξά*
9. Αρτηριακή υπέρταση, Συχνότητα, Έγκαιρη  
Διάγνωση και Θεραπευτική Αγωγή  
Υπερτασικών Ασθενών Αγροτικού Πληθυσμού ..... **254**  
*Φ. Μπαμπάτσικου, Χ. Κουτίς, Π. Μπέλλου,  
Ε. Κυριακίδου, Ε. Μαστραπά*
10. Γνώσεις, Απόψεις και Συμπεριφορά  
των Σπουδαστών Νοσηλευτικής του ΤΕΙ  
Λάρισσας για το AIDS ..... **260**  
*Ε. Θεοδοσοπούλου, Ι. Παπαθανασίου,  
Ε. Κοτρώτσιου, Γ. Τζαβέλας,  
Θ. Κουκουλάκη, Κ. Μακρίδου*
11. Διαχείριση Νοσοκομειακών Απορριμμάτων ..... **277**  
*Χ. Πλατή, Μ. Πριάμη, Κ. Καρτσόνα,  
Χ. Καραλής, Χ. Πλατής*
12. Ελένη Ποταμιανού ..... **286**  
*Σ. Παπαμικρούλη*
13. Ευφροσύνη Παπαδημητρίου ..... **288**  
*Ε. Χαραλαμπίδου*
14. Οδηγίες για τους συγγραφείς ..... **290**

## CONTENTS

1. Editorial ..... **203**  
*A. Papadantonaki*
2. Decisions of the HNGNA on the Most  
Important Social Matters ..... **206**
3. The Concepts of the Autonomy,  
Privacy, and Informed Consent  
in Nursing ..... **209**  
*C. Lemonidou, A. Merkouris, A. Panagiotou,  
M. Arndt, Th. Dassen, M. Gasull,  
A. Scott, M. Valimaki, H. Leino-Kilpi*
4. Evaluation on the Quality of Psychiatric  
Nursing Care Based on Special  
Standards and Criteria ..... **216**  
*M. Priami*
5. The Consequences of Maternal Deprivation  
in the Child's Psychopathology -  
The Hospitalism ..... **224**  
*A. Papadimitriou*
6. Children with Cancer and School -  
The role of the Nurse ..... **233**  
*E. Koukia*
7. Disturbance of the Ideal Image ..... **238**  
*E. Kyritsi*
8. Nutritional Problems of the Patients with  
Cancer - Nursing Care ..... **244**  
*S. Metaxa*
9. Frequency, Early Detection and Treatment  
of Hypertension Among Rural Population  
in Greece ..... **254**  
*F. Babatsikou, C. Koutis, P. Bellou,  
E. Kyriakidou, E. Mastrapa*
10. Knowledge, Views and Attitudes  
on AIDS, of Nursing Students  
from TEI Larissa ..... **260**  
*E. Theodosopoulou, I. Papathanasiou,  
E. Kotrotsiou, G. Tzavelas,  
T. Koukoulaki, K. Makridou*
11. Hospital Waste Management ..... **277**  
*Ch. Plati, M. Priami, K. Kartsona,  
Ch. Karalis, Ch. Platis*
12. Eleni Potamianou ..... **286**  
*S. Papamikrouli*
13. Efrosini Papadimitriou ..... **288**  
*E. Charalampidou*
14. Instructions to Authors ..... **290**

# ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΕΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ - Ο ΙΔΡΥΜΑΤΙΣΜΟΣ

*Παπαδημητρίου Αναστασία,  
Πτυχιούχος Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών*

---

**ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, Οι επιπτώσεις της μητρικής αποστέρησης στην ψυχοπαθολογία του παιδιού. - Ο Ιδρυματισμός.** Ο στενός δεσμός που δημιουργείται ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί της βρεφικής ηλικίας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη μετέπειτα κοινωνικοποίηση του παιδιού. Ο αποχωρισμός του παιδιού από τη μητέρα, κυρίως στα τρία πρώτα χρόνια της ζωής μπορεί να προκαλέσει στο παιδί σοβαρές συναισθηματικές και ψυχοσωματικές διαταραχές. Η ανακλητική κατάθλιψη παρατηρείται σε βρέφη που αποχωρίστηκαν απότομα από τη μητέρα τους. Μπορεί να θεωρηθεί ως πρόδρομη μορφή ιδρυματισμού. Ο ιδρυματισμός αφορά μια χρόνια κατάσταση που οφείλεται σε ολική συναισθηματική στέρηση. Μελέτες που έγιναν σε ενήλικες που είχαν μεγαλώσει σε ιδρύματα δείχνουν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών. Η συνειδητοποίηση του προβλήματος του ιδρυματισμού οδήγησε στην ανεύρεση λύσεων για την αντιμετώπισή του, όπως η υιοθεσία, η αναδοχή και η τοποθέτηση του παιδιού σε πρότυπο ίδρυμα. Οι γονείς είναι σήμερα περισσότερο ενημερωμένοι και παίζουν ένα ενεργητικότερο ρόλο για την αποφυγή άμεσων και αψώτερων συνεπειών. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στη διατήρηση του δεσμού μεταξύ παιδιού και οικογένειας όταν αυτό εισάγεται στο νοσοκομείο. **Νοσηλευτική 3: 224-232, 1999.**

**Λέξεις ευρητηριασμού:** Αποχωρισμός του παιδιού από τη μητέρα, αισθητηριακή αποστέρηση, οξεία απόγνωση, αυτοεγκατάλειψη, ανακλητική κατάθλιψη, πρότυπα ιδρύματα.

---

## Εισαγωγή

Η μητέρα αποτελεί για το παιδί το κύριο πρόσωπο αναφοράς σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του και η ποιότητα της σχέσης του μαζί της επηρεάζει την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων του παιδιού στην ενήλικη ζωή του. Σύμφωνα με τον Freud η δημιουργία ενός στενού δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί της

βρεφικής ηλικίας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη μετέπειτα κοινωνικοποίηση του παιδιού. Παρόμοια είναι και η άποψη του Erickson (1963) ο οποίος θεωρεί ότι η ασφαλής προσκόλληση του βρέφους στη μητέρα του το τροφοδοτεί με την αίσθηση της βασικής εμπιστοσύνης και το κάνει ικανό να δημιουργήσει, αργότερα, στενές και τρυφερές σχέσεις με άλλους ανθρώπους<sup>1,2</sup>.

Από τη στιγμή της γέννησης το βρέφος αναζητά την ανθρώπινη αλληλεπίδραση, μαθαίνει να αναγνωρίζει τη μορφή της μητέρας του και αναπτύσσει έντονη επιθυμία να είναι κοντά της<sup>3,4</sup>. Τον πρώτο χρόνο ο ρόλος της μητέρας είναι πιο ενεργός και η ανάπτυξη σωστής επικοινωνίας σ' αυτό το στάδιο προοιωνίζει αρμονικές μελλοντικές σχέσεις. Η επικοινωνία συνήθως συνίσταται στη μίμηση των εκδηλώσεων του παιδιού (όπως έκφραση προσώπου, κινήσεις, ήχοι). Στόχος είναι ν' αποκτήσει το παιδί συναίσθημα σιγουριάς για τη μητρική φροντίδα χωρίς φόβο εγκατάλειψης.

Από τη στιγμή που το παιδί αποκτά τον έλεγχο των κινήσεών του αρχίζει να παίρνει πρωτοβουλίες οι οποίες χρειάζονται ενθάρρυνση και διευκόλυνση από τη μητέρα<sup>1</sup>. Μέχρι και τον τρίτο χρόνο, το παιδί είναι στενά συνδεδεμένο με τη μητέρα. Ακόμα και στιγμιαίοι αποχωρισμοί προκαλούν τη διαμαρτυρία του, πόσο μάλλον οι μακροχρόνιοι<sup>4</sup>.

Η παρουσία και η επίδραση της μητέρας κατά τα πρώτα παιδικά χρόνια θεωρούνται ως οι βασικοί μοχλοί για ολόκληρη τη Βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού. Αντίθετα, η μητρική αποστέρηση προκαλεί ψυχοσωματικά μέχρι ψυχωτικά προβλήματα και αναστολή της ανάπτυξης<sup>5</sup>.

Οι διαταραχές εξαιτίας του αποχωρισμού του παιδιού από τη μητέρα είναι οξεία κατάσταση, σε αντίθεση με τον ιδρυματισμό ο οποίος είναι χρόνια διαταραχή<sup>6</sup>. Ο Spitz απέδωσε τις αρνητικές επιδράσεις του «ιδρυματισμού» στο γεγονός ότι τα βρέφη δεν είχαν ποτέ αναπτύξει δεσμό με τη μητέρα τους<sup>1</sup>.

Ωστόσο, υπάρχει πληθώρα άλλων παραγόντων που θα μπορούσαν να επιδράσουν στην ανάπτυξη του παιδιού που μεγαλώνει σε ίδρυμα, όπως η στέρηση αισθητηριακών ερεθισμάτων, η αναλογία τροφών προς βρέφη, η ηλικία εισόδου του βρέφους στο ίδρυμα, το αν το βρέφος αποχωρίστηκε από τη μητέρα του ή δεν ένιωσε ποτέ το μητρικό δεσμό. Όλοι αυτοί οι παράγοντες θα πρέπει να συνεκτιμούνται στην περίπτωση του ιδρυματισμού<sup>1,7,8,9</sup>.

## Αποχωρισμός του παιδιού από τη μητέρα

Ως αποχωρισμός του μικρού παιδιού από τη μητέρα, περίπτωση μερικής συναισθηματικής αποστέρησης, ορίζεται η κατάσταση εκείνη, κατά την οποία ο αποχωρισμός επιβάλλεται απότομα σε παιδιά, τα οποία δεν είχαν προηγουμένα στερηθεί τις μητρικές φροντίδες.

### 2i. Κλινικές εικόνες

Μπορούμε να διακρίνουμε δύο διαφορετικές κλινικές εικόνες που προκαλούνται από τον αποχωρισμό: την οξεία απόγνωση και την αυτοεγκατάλειψη. Κατά κανόνα υπάρχει συνδυασμός ή συνδυασμοί τους.

**Οξεία απόγνωση.** Το παιδί κατά τη στιγμή της εισόδου του στο ίδρυμα ή το νοσοκομείο δεν αντιλαμβάνεται τη σημασία του γεγονότος του αποχωρισμού. Στην αρχή εμφανίζεται ανήσυχος, δύσπιστος και παρατηρεί με έκπληξη το νέο περιβάλλον. Μόλις αποχωρήσει το οικείο πρόσωπο που το συνοδεύει ή κατά την αλλαγή των ρούχων του και το ντύσιμό του με τα ρούχα του ιδρύματος ή, τέλος, όταν ένα άγνωστο πρόσωπο αναλάβει να του προσφέρει τις καθημερινές φροντίδες, εκδηλώνεται ο φόβος και το παιδί αρχίζει να καλεί τη μητέρα του. Κλαίει με ένταση για ώρες ή και για μέρες, σχεδόν χωρίς διακοπή. Παρατηρεί με απόγνωση τους χώρους, αναζητώντας χαρακτηριστικά τον ερχομό ενός αγαπημένου προσώπου. Η στάση του απέναντι στα πρόσωπα του ιδρύματος χαρακτηρίζεται από φόβο, αδιαφορία και εχθρότητα<sup>6,10,11</sup>.

Η κατάσταση αυτή της διέγερσης διακόπτεται από σύντομες φάσεις κατά τις οποίες το παιδί πέφτει εξαντλημένο στο κρεβάτι του, με τα μάτια προσηλωμένα στο κενό, ή κινείται άσκοπα στο κρεβάτι μη μπορώντας να κοιμηθεί· μετά από λίγα λεπτά επανέρχεται στην κατάσταση της διέγερσης. Ο ύπνος όταν επιτευχθεί, είναι ανήσυχος και η αναπνοή διακόπτεται από λυγμούς<sup>6</sup>.

Η όλη συμπεριφορά του εμφανίζει σαφή σημεία οπισθοδρόμησης. Η διατροφή, ο ύπνος και ο έλεγχος των σφιγκτήρων διαταράσσονται. Ο λόγος και οι στατικοκινητικές λειτουργίες οπισθοδρομούν. Ανώμαλες κινήσεις εμφανίζονται

γρήγορα, μερικές φορές λίγες ημέρες μετά την είσοδο του παιδιού στο ίδρυμα, οι συνηθέστερες από τις οποίες είναι η ταλάντευση και οι ρυθμικές κινήσεις του κορμού κατά τον προσθιοπίσθιο ή κατά τον εγκάρσιο άξονα. Επίσης, συχνά εμφανίζονται τελετουργικές χειρονομίες και στερεότυπες κινήσεις των χεριών, του κεφαλιού και των ματιών ή μηχανικό άγγιγμα ορισμένων σημείων του προσώπου ή του σώματος<sup>6,12</sup>.

Τα περισσότερα από τα παραπάνω στοιχεία παρατηρούνται με τρόπο περισσότερο έκδηλο κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους της ζωής.

**Αυτοεγκατάλειψη:** Άλλοτε πάλι το παιδί εμφανίζει εντελώς διαφορετική κλινική εικόνα: εγκαταλείπει κάθε προσπάθεια αντίδρασης και η απόγνωση του εκδηλώνεται με αδράνεια. Αυτό συμβαίνει μετά από σύντομη διέγερση. Το παιδί εμφανίζεται απαθές, αποθαρρημένο, αδιάφορο ή έχει σαφή έκφραση λύπης, κλαυθμυρίζοντας σε χαμηλό τόνο ή μένοντας σιωπηλό. Βρίσκεται συνήθως ξαπλωμένο και ακίνητο με το βλέμμα προσηλωμένο στο κενό και με ανέκφραση μιμική του προσώπου. Κλαίει σπάνια, δεν καλεί τη μητέρα του, δεν έχει επαφή με το περιβάλλον, δεν αντιδρά στις φροντίδες του νοσηλευτικού προσωπικού<sup>6</sup>. Η Mahler περιέγραψε τη μορφή Συμβιωτικής παιδικής ψύχωσης, στην οποία το παιδί απομονώνεται εξαιτίας προβλημάτων στον αποχωρισμό από τη μητέρα<sup>12</sup>.

Οι διαταραχές της διατροφής και του ύπνου, η οπισθοδρόμηση των στατικοκινητικών λειτουργιών, του ελέγχου των σφιγκτήρων και του λόγου και η εμφάνιση ανώμαλων κινήσεων χαρακτηρίζουν και την κλινική εικόνα της αυτοεγκατάλειψης<sup>6</sup>.

Ο John Bowlby περιγράφει τρεις φάσεις που μπορεί να ακολουθήσουν μετά τον αποχωρισμό του παιδιού από τη μητέρα. Αρχικά με δάκρυα και θυμό το παιδί απαιτεί τη μητέρα του και φαίνεται να ελπίζει ότι θα κατορθώσει να τη φέρει πίσω. Αυτή η **φάση διαμαρτυρίας** μπορεί να διαρκέσει αρκετές μέρες. Αργότερα το παιδί γίνεται πιο ήσυχο, αλλά ένα έμπειρο μάτι βλέπει ότι η απουσία της μητέρας εξακολουθεί να το απασχολεί και περιμένει την επιστροφή της. Σιγά-σιγά όμως οι ελπίδες του σβήνουν και

περνάει πλέον στη **φάση της απόγνωσης**. Τελικά επέρχεται μια μεγαλύτερη αλλαγή. Το παιδί δείχνει ότι έχει ξεχάσει τη μητέρα του και έτσι, όταν αυτή εμφανίζεται, δείχνει περίεργα αδιάφορο στην παρουσία της ή και ακόμα ότι δεν την αναγνωρίζει. Αυτή είναι η τρίτη φάση - η **φάση της «αποδέσμευσης»** (detachment)<sup>1,4,13,14</sup>.

## 2ii. Θεμελιώδη συμπτώματα

Τα κύρια συμπτώματα που παρουσιάζει το παιδί μετά τον αποχωρισμό από τη μητέρα του είναι τα εξής:

- **Άγχος**, γνωστό ως άγχος αποχωρισμού. Πρόκειται για την έντονη δυσφορία που βιώνει το βρέφος εξαιτίας της απομάκρυνσης της μητέρας του. Εκδηλώνεται με έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις (κλάμα, φωνές, κινήσεις χεριών και ποδιών, αποφυγή παιχνιδιού). Είναι συνδεδεμένο με συναισθήματα καταστροφής, ανασφάλειας και επικείμενων ακαθόριστων κινδύνων<sup>1,6</sup>.
- **Οπισθοδρόμηση της ψυχοκινητικής εξέλιξης**, με το γνωστό αντίκτυπο πάνω στην κινητικότητα, στον έλεγχο των σφιγκτήρων και του λόγου, ενώ παράλληλα εμφανίζεται απώλεια των συναισθηματικών δυνατοτήτων που ήδη έχουν κατακτηθεί.
- **Αυτιστική αντίδραση**, απώλεια ή αλλοίωση της ικανότητας - που έχει ήδη εγκατασταθεί από τον 8ο μήνα - για διανθρώπινες σχέσεις με κατάληξη, στις βαρύτερες περιπτώσεις, στην πλήρη απόσυρση στον εαυτό του<sup>6</sup>.

## 2iii. Άμεση εξέλιξη

Η οξεία κατάσταση μπορεί να διαρκέσει επί μία και σπανιότερα δύο εβδομάδες. Στη συνέχεια, εξελίσσεται προς την προσαρμογή ή τον ιδρυματισμό.

Ως προσαρμογή ορίζεται η παύση των θορυβωδών συμπτωμάτων και η επαναπόκτηση στοιχειώδους επαφής με το περιβάλλον. Το παιδί σταματάει να κλαίει, αρχίζει ευκολότερα να δέχεται την τροφή και γενικά τις φροντίδες του ειδικού προσωπικού, εκδηλώνοντας λιγότερο φόβο ή επιθετικότητα προς αυτό. Παραμένει όμως θλιμμένο και η επαφή του είναι εύθραυ-

στη και επιφανειακή, ώστε η ελάχιστη αντιξοότητα να προκαλεί επανεμφάνιση των συμπτωμάτων της απόγνωσης. Προοδευτικά, το άγχος ελαττώνεται, η διατροφή και ο ύπνος επανέρχονται στα φυσιολογικά όρια. Οι στατικοκινητικές λειτουργίες βελτιώνονται και προηγούνται του ελέγχου των σφιγκτήρων. Το παιδί αρχίζει να χρησιμοποιεί το λόγο, όπως και προηγούμενα, και τέλος επανέρχονται το χαμόγελο και η διάθεση για παιχνίδι.

Συχνά, η προσαρμογή είναι εικονική και η προσεκτική παρατήρηση μπορεί να αποκαλύψει ότι το παιδί εξακολουθεί να βιώνει ποιοτικά, όπως και πριν, την τραυματική αυτή εμπειρία παρά την επιφανειακή εξαφάνιση των συμπτωμάτων.

Η επιστροφή του στο οικογενειακό περιβάλλον, αν συμβεί κατά τις 2-3 πρώτες ημέρες, μπορεί να προκαλέσει την ταχύτερη εξαφάνιση των συμπτωμάτων. Συνηθέστερα, όμως, πραγματοποιείται αργότερα, όταν ήδη η προσαρμογή στο ιδρυματικό περιβάλλον έχει αρχίσει να εμφανίζεται. Το παιδί όταν επανέλθει στο οικογενειακό περιβάλλον, μπορεί να επανεμφανίσει διαταραχές της διατροφής, του ύπνου και του ελέγχου των σφιγκτήρων και η επαφή με τους οικείους του να είναι επίσης δυσχερής. Σε μια πρώτη φάση δεν αναγνωρίζει ή δε θέλει να αναγνωρίσει τη μητέρα του, για να περάσει αργότερα, σε μια δεύτερη φάση, κατά την οποία δε μπορεί να την αποχωρισθεί<sup>6</sup>. Για ολόκληρες εβδομάδες ή και μήνες, η μητέρα μπορεί να γίνει αντικείμενο ανυπόμονων απαιτήσεων για την παρουσία της και θυμωμένων μομφών για την απουσία της. Όταν το παιδί μείνει μακριά από τη μητέρα για περισσότερο από έξι μήνες ή αν οι αποχωρισμοί υπήρξαν επαναλαμβανόμενοι, ώστε να έχει φτάσει το παιδί σε προχωρημένο στάδιο «αποδέσμευσης» υπάρχει κίνδυνος αυτή η «αποδέσμευση» να γίνει μόνιμη και να μην μπορέσει να επανακτήσει την αγάπη του προς τους γονείς<sup>4</sup>. Σε λιγότερο ακραίες περιπτώσεις, η στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος, η επίδειξη κατανόησης προς τις διαταραχές που εμφανίζει το παιδί, η ποιότητα των σχέσεων πριν τον αποχωρισμό, θα παίξουν αποφασιστικό ρόλο στην ταχύτερη αποκατάσταση<sup>6</sup>.

## 2iv. Απώτερες συνέπειες

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 20% των εφήβων πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές (Verhulst & Koot, 1995)<sup>15</sup>.

Η παρεμπόδιση της ανάπτυξης των αισθήσεων νωρίς στη ζωή ενός παιδιού μπορεί να προκαθορίσει για όλη τη μετέπειτα ζωή του τον τρόπο σκέψης και ύπαρξής του. Θα έλεγε κανείς, ότι με ένα καλό ξεκίνημα στη ζωή, ο άνθρωπος θα μπορούσε αργότερα ν' αντέξει κάθε μορφή στρες. Μια κακή αρχή απλά εξασφαλίζει την ύπαρξη μετέπειτα προβλημάτων<sup>16</sup>.

Στο αναμνηστικό παιδιών που εμφανίζουν αγχώδεις καταστάσεις, φοβία, διαταραχές της συμπεριφοράς και γενικότερα νευρωσικές ή ψυχωσικές αντιδράσεις, βρίσκουμε μερικές φορές το τραυματικό γεγονός του αποχωρισμού, χωρίς κανένα άλλο ουσιαστικό αιτιολογικό παράγοντα<sup>6,17</sup>. Έχει βρεθεί ότι σε δύο ψυχιατρικά σύνδρομα και δύο είδη σχετικών με αυτά συμπτωμάτων προηγήθηκαν εμπειρίες διακοπής συναισθηματικών δεσμών στην παιδική ηλικία σε μεγάλο ποσοστό. Τα σύνδρομα αυτά είναι η ψυχοπαθητική προσωπικότητα και η κατάθλιψη. Τα συμπτώματα αυτών των καταστάσεων είναι η παιδική εγκληματικότητα και η αυτοκτονική τάση<sup>4,18</sup>.

Η ψυχοπαθητική προσωπικότητα, χωρίς ψυχωσικά στοιχεία, συνεχώς είναι αναμειγμένη σε ενέργειες όπως: (i) αντικοινωνική δραστηριότητα, π.χ. έγκλημα, (ii) αντικογενειακή συμπεριφορά, π.χ. παραμέληση, σκληρότητα, ερωτική ασυδοσία ή διαστροφή, (iii) ενέργειες εναντίον του εαυτού του, π.χ. ναρκωτικά, αυτοκτονία ή απόπειρα αυτοκτονίας, επαναλαμβανόμενη εγκατάλειψη της εργασίας.

Στα άτομα αυτά η ικανότητα δημιουργίας συναισθηματικού δεσμού είναι πάντοτε διαταραγμένη και συχνά εμφανώς απύσα<sup>4</sup>.

Εκτός από το γεγονός του αποχωρισμού, πολλοί άλλοι συντελεστές μπορούν να επιδράσουν, ώστε να αποτρέψουν ή να διευκολύνουν την εμφάνιση των απώτερων διαταραχών. Το άτομο στο οποίο επιδρά ο αποχωρισμός, έχει μια ιστορικότητα, παρελθόν και μέλλον. Πριν από τον αποχωρισμό, έχει ήδη αποκτήσει ορισμένες

βιωματικές εμπειρίες και μετά από αυτόν θα αποκτήσει και άλλες. Οι βιωματικές αυτές εμπειρίες επενεργούν ως διαδοχικές «μήτρες» διαμόρφωσης του ψυχισμού για να οδηγήσουν σε μία ορισμένη δομή της προσωπικότητας του ενήλικα<sup>6</sup>.

### 3. Ανακλητική κατάθλιψη

Η ανακλητική κατάθλιψη που περιγράφεται από τους R. Spitz και K. Wolf (1946 b) αφορά φυσιολογικά παιδιά, τα οποία πέρασαν τουλάχιστον τους 6 πρώτους μήνες της ζωής τους κοντά στη μητέρα, είχαν μαζί της καλές συναισθηματικές σχέσεις, την αποχωρίστηκαν για διάφορους λόγους και τοποθετήθηκαν σε ίδρυμα. Τα άτομα, τα οποία αντικατέστησαν τη μητέρα, δεν μπόρεσαν να την αναπληρώσουν συναισθηματικά, με αποτέλεσμα το παιδί να εμφανίσει προοδευτικά έντονες διαταραχές εξαιτίας της αποστέρησης<sup>1,6,12</sup>.

Στην κλινική εικόνα της ανακλητικής κατάθλιψης, διακρίνονται ορισμένα σημεία κοινά με τη συμπτωματολογία των βαρύτερων περιπτώσεων αποχωρισμού, κατά τις οποίες η παραμονή στο ιδρυματικό περιβάλλον παρατείνεται. Μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως πρόδρομη μορφή ιδρυματισμού.

Είναι μια κατάσταση που τελικά οδηγεί στον ιδρυματισμό, αλλά κατά την οποία οι νοσογόνες επιδράσεις εξαιτίας της αποστέρησης των μητρικών φροντίδων είναι ακόμη αντιτάξιμες<sup>6</sup>.

### 4. Ιδρυματισμός

Με τον όρο ιδρυματισμός (hospitalism) ο R. Spitz καθορίζει την «επιβλαβή επίδραση, ιδιαίτερα στην ψυχιατρική άποψη, της χωρίς διακοπή διαμονής σε ίδρυμα, παιδιών που έχουν τοποθετηθεί εκεί από τη νεαρή τους ηλικία». Αφορά μια χρόνια κατάσταση που οφείλεται σε ολική συναισθηματική στέρηση<sup>1,6</sup>.

#### 4i. Κλινική εικόνα

Στον ιδρυματισμό υπάρχουν διάφορα στάδια βαρύτητας. Ωστόσο, τα βασικά χαρακτηριστικά είναι τα εξής:

- Απάθεια ή έκφραση δυστυχίας<sup>6,7,10</sup>
- Ωχρότητα, ανορεξία, απώλεια βάρους ή στασιμότητα της καμπύλης του<sup>6,19</sup>.

- Ελαττωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις.
- Περιορισμένη κινητικότητα και σημαντική καθυστέρηση της κινητικής εξέλιξης.
- Εμφάνιση στερεότυπων ή άλλων ανώμαλων κινήσεων<sup>6</sup>.
- Περιορισμός των συναισθηματικών αντιδράσεων σε αισθητικά και αισθητηριακά ερεθίσματα<sup>6,16</sup>.
- Ακίνησία· το παιδί είναι συνήθως μπρούμυτα.
- Αυτοερωτικές πράξεις, όπως η ταλάντευση, ο θηλασμός του δακτύλου και αργότερα ο αυνανισμός. Σε επόμενο βαρύτερο στάδιο, οι πράξεις αυτές εξαφανίζονται και αντικαθίστανται από πράξεις αυτοκαταστροφής, όπως το εκούσιο κτύπημα του κεφαλιού στο κρεβάτι και η εκρίζωση των τριχών του κεφαλιού. Στις πιο βαριές καταστάσεις, επέρχεται ο μαρασμός, αν το παιδί δεν καταλήξει σε θάνατο<sup>6</sup>.

Σύμφωνα με τον Spitz (1954), το βρέφος αδυνατεί να αντιδράσει με ψυχικά συμπτώματα, αντιδρά όμως με την «ψυχοσωματική του ολότητα» παρουσιάζοντας διαταραχές στις φυσιολογικές λειτουργίες και ανωμαλίες ή καθυστέρηση στην εξέλιξη. Έτσι, μπορεί να παρουσιάσει, εκτός από τα παραπάνω, διαταραχές του πεπτικού συστήματος (εμέτους, μηρυκασμό, διάρροια, δυσκοιλιότητα, κωλικούς), διαταραχές του ύπνου, αναπνευστικές διαταραχές και δερματικές παθήσεις<sup>6,12</sup>.

#### 4ii. Συγκλίνοντες παράγοντες που επηρεάζουν τη βαρύτητα του αποχωρισμού

- **Η ηλικία.** Οι σοβαρότερες συνέπειες του αποχωρισμού εμφανίζονται όταν αυτό συμβεί ανάμεσα στο πρώτο και το τρίτο έτος.
- **Η ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί πριν από τον αποχωρισμό.** Αν οι σχέσεις αυτές ήταν ποιοτικά καλές, τότε το παιδί αντιδρά χειρότερα στον αποχωρισμό, μη μπορώντας να τον ανεχθεί. Αυτό ισχύει για τα πρώτα έτη της ζωής. Αργότερα όμως, και κυρίως μετά το 6ο έτος, αν η σχέση μητέρας και παιδιού ήταν καλή
- γεγονός το οποίο επέτρεψε στο παιδί να έχει ήδη αποκτήσει ένα καλά οργανωμένο Εγώ -

το παιδί μπορεί ευκολότερα να ανταπεξέλθει στον αποχωρισμό.

- **Η διάρκεια του αποχωρισμού.** Γενικά, οι βλάβες είναι ανάλογες προς τη διάρκεια του αποχωρισμού. Η διάρκεια αυτή πρέπει να εκτιμάται τόσο από την άποψη του ενήλικα όσο και από του παιδιού για το οποίο η έννοια του χρόνου είναι διαφορετική.
- **Η ποιότητα του περιβάλλοντος το οποίο υποκαθιστά το οικογενειακό (το μητρικό).** Η ειδική κατάρτιση των νοσηλευτριών, η προσωπικότητα της καθεμιάς και κυρίως η δυνατότητα της προσφοράς στοργής, αποτελούν σημαντικά στοιχεία από τα οποία εξαρτάται η εξέλιξη του παιδιού. Βασικός επίσης παράγοντας, είναι ο τρόπος οργάνωσης του ιδρύματος: ο αριθμός των παιδιών τα οποία περιλαμβάνει, σε συνάρτηση με τον αριθμό του ειδικού προσωπικού. Επίσης, οι υλικοί όροι της λειτουργίας του ιδρύματος, η κτιριακή οργάνωσή του, ο τρόπος κατανομής των παιδιών σε ομάδες, καθώς και η μονιμότητα των προσώπων που ασχολούνται με μία ορισμένη ομάδα παιδιών.
- **Οι πολλαπλές διαδοχικές τοποθετήσεις.** Ο κατ' εξοχήν παράγοντας επιβάρυνσης είναι η συνεχής αλλαγή περιβάλλοντος<sup>6</sup>.

#### 4iii. Διάγνωση και διαφορική διαγνωστική

Η διάγνωση του συνδρόμου του ιδρυματισμού δεν είναι πάντοτε εύκολη. Η διαφορική διαγνωστική θα βασισθεί κυρίως στον αποκλεισμό μιας οργανικής πάθησης (όπως η εγκεφαλοπάθεια), στη μεθοδική και λεπτομερή μελέτη του αναμνηστικού του παιδιού, στα βασικά συμπτώματα του ιδρυματισμού και στα αποτελέσματα των - ανά δίμηνο ή μήνα - ψυχιατρικών και ψυχολογικών εξετάσεων.

Στην περίπτωση του ιδρυματισμού προέχει η καθυστέρηση της κινητικότητας σε σχέση με άλλους τομείς. Επίσης, η καθυστέρηση της κινητικότητας είναι μεγαλύτερη στον κορμό (σωματικός άξονας) και λιγότερο σοβαρή στις κινήσεις των άκρων. Για το λόγο αυτό, οι στατικές λειτουργίες, όπως η καθιστή θέση και η βάδιση, εμφανίζουν μεγαλύτερη καθυστέρηση από τη σύλληψη και την ικανότητα χειρισμού των αντικειμένων.

Η διάγνωση πρέπει να τίθεται πάντα με επιφύλαξη ακόμη και αν το παιδί προέρχεται από ένα περιβάλλον για το οποίο υπάρχει βεβαιότητα ότι μπορεί να δημιουργήσει ιδρυματισμό<sup>6</sup>.

#### 4iv. Απώτερες συνέπειες του ιδρυματισμού

Αποτέλεσμα της ένδειας του ιδρυματικού περιβάλλοντος είναι, κατά τον Goldfarb, η απογύμνωση του περιεχομένου της νοημοσύνης και του συναισθήματος. Η ανάπτυξη της προσωπικότητας είναι πρωτόγονη, η σκέψη περιορίζεται στο συγκεκριμένο και τα συναισθήματα είναι συχνά και πενιχρά. Επιπλέον, η αναγκαστική προσαρμογή στη «ρουτίνα» της ομαδικής ζωής παρεμποδίζει την ανάπτυξη ατομικής πρωτοβουλίας και αυξάνει την παθητικότητα. Το παιδί τείνει να αντιδρά στερεότυπα στις περιστάσεις, με τον άμεσο, ανοργάνωτο και συγκεχυμένο τρόπο του νηπίου.

Η L. Bender (1947), με βάση τις παρατηρήσεις που έκανε σε παιδιά που νοσηλεύθηκαν στο Bellevue Hospital από το 1935 μέχρι το 1944, περιγράφει ένα σύνδρομο το οποίο ονομάζει «ψυχοπαθητική διαταραχή της συμπεριφοράς της παιδικής ηλικίας». Μιλάει για «ανικανότητα να αγαπήσουν» και για «απουσία συναισθημάτων ενοχής» στα παιδιά αυτά<sup>6,10,20</sup>. Σημειώνει επίσης την αδυναμία εννοιοποίησης, ιδιαίτερα σε σχέση με την έννοια του χρόνου. Η συμπεριφορά στερείται συνέχειας και κατ' ανάγκην στερείται συνέπειας: με άλλα λόγια είναι τυχαία. Η προσωπικότητα πάσχει στο σύνολό της λόγω ατελούς οργάνωσης.

Κατά τον Goldfarb, στο κέντρο της συμπεριφοράς του ιδρυματικού παιδιού που οργανώνεται βαθμιαία, διακρίνεται ένα σύνολο εκδηλώσεων που σχετίζονται με άγχος και επιθετικότητα: υπερκινητικότητα, ανικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής και εύκολη διασπορά της, ανησυχία, ανυπακοή, αναίδεια, ανταγωνισμός χωρίς αιτία, εκρήξεις θυμού, ανήσυχος ύπνος και σπανιότερα, αντικοινωνική συμπεριφορά (κλοπές, φυγές από το σχολείο).

Τα άτομα αυτά διακατέχονται από ένα συνεχές συναίσθημα αποστερήσης και εγκατάλειψης, σχεδόν πάντα συνειδητό. Εκδηλώνουν τη



συναισθηματική τους δίψα με συναισθηματικές διεκδικήσεις και με επιθετικότητα, και άλλοτε, με μια συναισθηματική εξάρτηση νηπιακού τύπου, «ζητιανεύοντας την αγάπη και έτοιμοι να κάνουν οποιαδήποτε θυσία για να πετύχουν ή να διατηρήσουν τη σποργή και την προστασία» (Recamier, 1954)<sup>6</sup>.

Ο Bowlby σημειώνει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην παιδική εγκληματικότητα και στον αποχωρισμό κατά το παρελθόν του παιδιού από τη μητέρα<sup>6,19</sup>.

Στον τομέα των ψυχώσεων, εκτός από την αναζήτηση αιτιολογικών παραγόντων της κληρονομικότητας και των πρόσφατων ψυχικών τραυματισμών, στις τελευταίες δεκαετίες αναζητήθηκε και ο παράγων των πρώιμων αποστερήσεων.

Ειδικότερα, αναφορικά με τη σχιζοφρένεια, υπάρχουν αναμφισβήτητα περιπτώσεις, όπως οι πρώιμες και βαριές συναισθηματικές αποστερήσεις παίζουν έναν αποφασιστικό αιτιοπαθογενετικό ρόλο.

Τα κοινά γνωρίσματα της ψυχοπαθολογικής εικόνας των καταλοίπων του ιδρυματισμού, όπως προκύπτουν από τον παραλληλισμό των συμπερασμάτων των διάφορων συγγραφέων, είναι: η ανικανότητα προσαρμογής στο οικογενειακό, το σχολικό και γενικότερα το κοινωνικό περιβάλλον και η αδυναμία δημιουργίας ικανοποιητικών συναισθηματικών σχέσεων με τους ενήλικες<sup>6,10</sup>.

#### **4ν. Αντιμετώπιση του προβλήματος του ιδρυματισμού**

Ο ιδρυματισμός είναι αμεσότητα συνδεδεμένος με την έλλειψη συναισθηματικής δοτικότητας<sup>6</sup>. Υπάρχουν ιδρύματα για βρέφη στα οποία το ψυχολογικό κλίμα είναι εκ διαμέτρου αντίθετο από αυτό των οικογενειών. Συνήθως μία νοσηλεύτρια φροντίζει για μια μεγάλη ομάδα βρεφών. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της ημέρας περίπου τρεις ή τέσσερις ενήλικες μπορεί να είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του παιδιού. Σε μια περίοδο μηνών υπάρχουν συχνές αλλαγές του προσωπικού. Έτσι, το παιδί δεν έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει μια στενή και συνεχή σχέση με ένα μόνιμο μητρικό υποκατάστατο<sup>1,7,10</sup>.

Το ιδρυματικό περιβάλλον συχνά χαρακτηρίζεται από παντελή έλλειψη και των πιο ουσιωδών αισθητηριακών ερεθισμάτων. Υπήρξαν ιδρύματα στα οποία όχι μόνο δεν υπήρχαν παιχνίδια για να παίξουν τα μωρά, αλλά έλειπαν και πολλά από τα καθημερινά αντικείμενα που προσφέρουν ερεθίσματα στο μωρό που μεγαλώνει στο σπίτι. Το άχρωμο αυτό περιβάλλον συμπλήρωνε η απομόνωση που φέρουν τα κλειστά παράθυρα από τους θορύβους της πόλης ή της εξοχής και η απουσία των ήχων του ραδιοφώνου ή της ανθρώπινης ομιλίας. Ανάμεσα στα κρεβατάκια των παιδιών υπήρχαν κουρτινάκια, για να αποφεύγεται η πιθανή μετάδοση μολυσματικών ασθενειών. Μ' αυτό τον τρόπο τα νήπια μεγάλωναν χωρίς καμιά επαφή μεταξύ τους<sup>1,7</sup>.

Διάφορες μελέτες οδήγησαν στη συνειδητοποίηση του προβλήματος του ιδρυματισμού καθώς και στην αναζήτηση και ανεύρεση λύσεων για την αντιμετώπισή του. Τα κυριότερα μέτρα για την αντιμετώπιση του προβλήματος του ιδρυματισμού, είναι η υιοθεσία, η αναδοχή ή η τοποθέτηση του παιδιού σε πρότυπο ίδρυμα. Πριν από την αναζήτηση μιας από αυτές τις λύσεις είναι ανάγκη να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια ώστε το παιδί να παραμένει κοντά στους φυσικούς γονείς του. Αν κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, τότε οι βασικές λύσεις είναι οι εξής: 1) Υιοθεσία σε μικρή ηλικία, κατά προτίμηση πριν από τον 8ο μήνα, γιατί μετά ο αποχωρισμός βιώνεται εντονότερα αλλά και από την πλευρά της θετής μητέρας, ο συναισθηματικός δεσμός είναι εντονότερος και σταθερότερος όταν αναλάβει τις φροντίδες του παιδιού κατά τους πρώτους μήνες της ζωής<sup>6</sup>. 2) Αναδοχή. Σήμερα η συστηματική ανάπτυξη της αναδοχής ως θεσμού υποστηριζομένου από το κράτος και συνεπαγόμενου την πληρωμή των αναδόχων, φαίνεται να έχει γίνει η προτιμώμενη μέθοδος αποκατάστασης της φροντίδας και αντιμετώπισης των παιδιών που τίθενται υπό την επιμέλεια του κράτους ή των εθελοντικών οργανώσεων, μέσα στα πλαίσια της γενικότερης τάσης απομάκρυνσης από τα ιδρύματα και της στροφής προς την κοινότητα, καθώς και της κλιμάκωσης του κόστους της ιδρυματικής φροντίδας<sup>19,21</sup>. 3) Δι-

μιουργία πρότυπων ιδρυμάτων. Το ίδρυμα πρέπει να δημιουργήσει συνθήκες οι οποίες να μοιάζουν, όσο το δυνατόν περισσότερο, προς το φυσιολογικό οικογενειακό περιβάλλον. Οι άψογες συνθήκες υγιεινής, η καλή διατροφή, η ιατρική παρακολούθηση, η αναλογία ικανοποιητικού αριθμού βρεφοκόμων ή νοσοκόμων για μια ομάδα παιδιών, η συνεχής επαφή των βρεφοκόμων με το παιδί, είναι οι βασικές προϋποθέσεις. Μερικά από αυτά τα ιδρύματα κατόρθωσαν ώστε τα παιδιά που ζουν σε αυτά όχι μόνο να μην εμφανίζουν σωματικές διαταραχές, αλλά ακόμη και η ψυχοκινητική τους εξέλιξη να μην απέχει ουσιαστικά από το φυσιολογικό<sup>6,10</sup>.

## 5. Επίλογος

Πολλά πράγματα έχουν αλλάξει σήμερα σε ό,τι αφορά τον αποχωρισμό του παιδιού από τη μητέρα. Η παρουσία της μητέρας ή κάποιου αγαπημένου προσώπου, δίπλα στο παιδί, κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο, είναι πια ο κανόνας και στην Ελλάδα. Οι γονείς, περισσότερο ενημερωμένοι, παίζουν ένα ενεργητικό ρόλο για την αποφυγή άμεσων και απώτερων συνεπειών<sup>6</sup>. Το νοσηλευόμενο παιδί όταν έχει κοντά του τους γονείς του ανακουφίζεται καλύτερα, φοβάται το ξένο περιβάλλον λιγότερο κι έτσι η εμπειρία δεν γίνεται ψυχοτραυματική αλλά ψυχο-παιδαγωγική.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να αναπτύσει θερμή διαπροσωπική σχέση με το παιδί και συγχρόνως να προσπαθεί με κάθε τρόπο να διατηρηθεί ο δεσμός του με την οικογένειά του. Να ενθαρρύνει τη μητέρα να το επισκέπτεται συχνά κι αν είναι δυνατό να παραμένει κοντά του συνεχώς, να συμμετέχει στην περιποίηση και νοσηλεία του, ώστε να ελαττώνει τις ανησυχίες του<sup>5</sup>.

Όταν ο αποχωρισμός οφείλεται στην απουσία της μητέρας, πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια έτσι ώστε η φροντίδα του παιδιού να ανατεθεί σε γνωστά σε αυτό πρόσωπα και, αν είναι δυνατόν, σε πρόσωπα του οικογενειακού περιβάλλοντος. Τέλος, όταν οι παραπάνω λύσεις είναι ανέφικτες, είναι σκόπιμη η είσοδος του παιδιού σε ένα εξειδικευμένο κέντρο, ικανό να μειώσει στο ελάχιστο την επίδραση του αποχωρισμού<sup>6</sup>.

Η τοποθέτηση του παιδιού σε ίδρυμα είναι ένα ψυχοτραυματικό γεγονός που όμως συχνά αποτελεί τη μοναδική λύση. Γι' αυτό πρέπει να μεριμνήσει η πολιτεία ώστε το περιβάλλον των ιδρυμάτων να μοιάζει όσο το δυνατόν περισσότερο προς το φυσιολογικό οικογενειακό περιβάλλον<sup>19</sup>.

Τέλος, πρέπει να καθιερωθούν προγράμματα για την ενημέρωση των νέων γονιών σχετικά με το ρόλο τους και την ανάγκη στενής επαφής με το παιδί κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του, γιατί όπως ισχύει γενικότερα: «η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία»<sup>22,23</sup>.

---

**PAPADIMITRIOU ANASTASIA. *The consequences of maternal deprivation in the child's psychopathology. - The hospitalism. The close bond which is created between the mother and her child in infancy is a necessary precondition for the subsequent socialization of the child. The separation of the child from the mother, mainly in the first three years of its life, may cause serious emotional and psychosomatic disturbances. Anaclitic depression is observed in infants who were separated abruptly from their mothers. It may be considered a precursory form of institutionalism. Institutionalism refers to a chronic condition which is due to total emotional privation. Studies which were carried out on adults who had grown up in institutions show high percentages of psychiatric disturbances. Becoming conscious of the problem of institutionalism led to the discovery of solutions in order to face it, such as adoption, foster family care and placing children in standard institutions. Parents are today more informed and play a more active part in the avoidance of immediate and further consequences. The role of the nurse is very important in the maintenance of the bond between child and family when the former is admitted to hospital. Nosileftiki 3: 224-232, 1999.***

**Key words:** Mother-infant separation, sensory deprivation, acute despair, selfabandonment, anaclitic depression, standard institutions.

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αυγέλης Ν., Γέωργας Δ., Γιαννουλάτος Α., Δανασσής - Αφεντάκης Α. και συν. Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό, εκδόσεις «Ελληνικά γράμματα», 1991, 677-679, 3149-3150.
2. Bowlby J., Attachment. In: The child's Tie to his Mother: Attachment Behavior, 1973, 11: 177-209.
3. Lovinger Sophie L. Child psychotherapy. From Initial Therapeutic Contact to Termination. In: Development Play Themes: The Preschool Years, 58-70.
4. Bowlby J. Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών. Μετάφραση: Πηνελόπη Στρατή. Το πένθος στην παιδική ηλικία και οι επιπτώσεις για την ψυχιατρική, 1995, 76-93. Οι επιπτώσεις της διακοπής του συναισθηματικού δεσμού στη συμπεριφορά, 1995, 106-123.
5. Ραγιά Α. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας του παιδιού, 1999, 9:357-384.
6. Σακελλάρου Π. Σχέσεις μητέρας-παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής. Μετάφραση: Ελένη Λαζαράτου. Οι συναισθηματικές στερήσεις και οι συνέπειές τους. Εκδόσεις Παπαζήση, 1998, 243-324.
7. Hoch P., Zubin J. Psychopathology of childhood. In: Goldfarb W. Emotional and intellectual consequences of psychologic deprivation in infancy: A revaluation, 1955, 7:105-119.
8. Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Μουζακίτης Χ. Η κακοποίηση των παιδιών. Γενική θεώρηση και διεθνής προοπτική, 1993, 16:381-399.
9. Rutter M., Taylor E., Hersov L. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. In: Skuse D., Bentovim A. Physical and Emotional Maltreatment, 1994, 13:209-223.
10. Rutter M., Taylor E., Hersov L. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. In: Zeanah C., Emde R. Attachment Disorders in Infancy and Childhood, 1994, 28:490-502.
11. Bowlby J. Loss Sadness and Depression. In: The Trauma of Loss, 1980, 1:7-22.
12. Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε. Ψυχιατρική. Παιδοψυχιατρική, 1988, 14:337-357.
13. Trowell J., Bower M. The Emotional Needs of Young Children and Their Families. In: Bower M. Early applications: children and institutions, 1995, 3:22-32.
14. Eyer D. Mother - Infant Bonding. A scientific fiction. In: Maternal Deprivation and Attachment, 1992, 3:47-70.
15. Kramer T., Garralda E. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. Br J Psychiatry 1998, 173: 508-513.
16. Τζάνοφ Α. Το παιδί και ο ψυχικός του κόσμος. Μακροπρόθεσμες Επιπτώσεις των Πρώιμων Εμπειριών, 1991, IX:155-158.
17. Mudler R., Beautrais A., Joyce P., Fergusson D. Relationship Between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse, and Mental Illness in a General Population Sample. Am J Psychiatry 1998, 155:806-811.
18. Pfeffer C., Normandin L., Kakuma T. Suicidal Children Grow Up: Relations Between Family Psychopathology and Adolescents' Lifetime Suicidal Behavior. J Nerv Ment Dis 1998, 186:269-275.
19. Rutter M., Taylor E., Hersov L. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. In: Wolkind S., Rushton A. Residential and Foster Family Care, 1994, 15:252-264.
20. Trowell J., Bower M. The Emotional Needs of Young Children and Their Families. In: Lyth I.M. The development of the self in children in institutions, 1995, 17: 189-208.
21. Κανιάρη Κ., Ζώρζος Γ. Κακοποίηση - Παραμέληση παιδιών. Τοποθέτηση σε ανάδοχες οικογένειες. Από τη θεωρία στην πράξη. Τετράδια ψυχιατρικής No 62:113-119.
22. Rutter M., Taylor E., Hersov L. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. In: Graham P. Prevention, 1994, 47:815-826.
23. Iwaniec D. The Emotionally Abused and Neglected Child. Identification, Assessment and Intervention. In: Helping Children, 1995, 12: 169-187.