

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μεταξία Σταυριανάκη

*Ερευνήτρια Κοινωνική Λειτουργός,
Δ/ση Οικογενειακών Σχέσεων,
Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος “σωματική καθυστέρηση”, ή “δυστροφία”, ή “ανεπάρκεια αύξησης σωματικού βάρους μη οργανικής αιτιολογίας” χρησιμοποιείται στην παιδιατρική για να χαρακτηρίσει εκείνη την παθολογική κατάσταση κατά την οποία το βάρος σώματος ενός παιδιού βρίσκεται κάτω από την 3η εκατοστιαία θέση (Ε.Θ.), δηλαδή κάτω από τα φυσιολογικά όρια.

Το σύνδρομο αυτό ανήκει στις σοβαρές παθήσεις της παιδικής ηλικίας γιατί, εκτός από την καθυστέρηση της ανάπτυξης, μπορεί να προκαλέσει και προβλήματα στην ψυχική υγεία, τη νοημοσύνη και την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών (1,5,7).

Η νοσολογική οντότητα F.T.T. (Failure to Thrive) διακρίνεται α) σε οργανικής και β) σε μη οργανικής αιτιολογίας. Τα τελευταία χρόνια πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο F.T.T. μόνο για περιπτώσεις μη οργανικής αιτιολογίας. Το σκεπτικό τους είναι πως στις άλλες περιπτώσεις η ανεπάρκεια αύξησης του σωματικού βάρους αποτελεί εκδήλωση μιας συγκεκριμένης χρόνιας οργανικής νόσου (π.χ. συγγενούς καρδιοπάθειας, νεφρικής ανεπάρκειας, εγκεφαλικής παράλυσης, νεοπλασίας, μεσογειακής αναιμίας) και όχι ξεχωριστή νόσο (4).

Το 1989, το Ι.Υ.Π. πραγματοποίησε ερευνητικό πρόγραμμα που απευθύνθηκε σε παιδιά ηλικίας 6-60 μηνών με F.T.T. και τις οικογένειές τους και προσέφερε: α) εκτίμηση σωματικής και ψυχοκινητικής ανάπτυξης, β) εκτίμηση των σχέσεων τους μέσα στην οικογένεια (ιδιαίτερα των σχέσεων με τη μητέρα) και γενικότερα των συνθηκών ζωής και γ) συμβουλευτική οικογένειας και παρακολούθηση για διάστημα 6 μηνών. Οι ερευνητές θέλησαν να μελετήσουν την “υπόθεση” ότι αποκλεισμένης της οργανικής νόσου, οι δυσμενείς συνθήκες ανατροφής μπορούν να επηρεάζουν αρνητικά την αυξητική λειτουργία του οργανισμού και να προκαλέσουν σωματική καθυστέρηση (δυστροφία) (6).

Μελετήθηκαν 12 περιπτώσεις παιδιών με σύνδρομο καθυστέρησης της ανάπτυξης, μη οργανικής αιτιολογίας. Διαπιστώθηκε ότι οι οικογενειακές συνθήκες, κάτω από τις οποίες μεγάλωσαν τα παιδιά της μελέτης,

δεν ήταν ευνοϊκές (κακές συζυγικές σχέσεις, αδιαφορία πατέρα, ανεπιθύμητο παιδί, ανεκπλήρωτες επιθυμίες μητέρας, άγχος και υπερπροστασία μητέρας), με αποτέλεσμα τη διαταραχή των σχέσεων παιδιού-μητέρας και την αρνητική συμπεριφορά του παιδιού απέναντι στο φαγητό. Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση του συνδρόμου με παράγοντες, όπως: οικονομική κατάσταση οικογένειας, κοινωνική τάξη, σωματική ανάπτυξη και ηλικία γονιών, ηλικία γάμου, προβλήματα υγείας και παρακολούθηση των παιδιών. Ο παιδίατρος (που πρώτος διαπιστώνει το χαμηλό βάρος) οφείλει να εξοικειωθεί με τη νοσολογική αυτή οντότητα, τόσο από διαγνωστικής, όσο και από θεραπευτικής πλευράς, ώστε με την κατάλληλη διεπιστημονική συνεργασία να αντιμετωπισθεί με επιτυχία ένα τόσο σοβαρό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας (2).

Η μέθοδος που εφαρμόστηκε βασίστηκε σε μοντέλο ιατροκοινωνικής παρέμβασης (Παιδίατρος - Κοινωνικός Λειτουργός) και περιέλαβε: α) λεπτομερές παιδιατρικό ιστορικό, β) αξιολόγηση ανάπτυξης παιδιών (δοκιμασία Griffith's), γ) συμπλήρωση ειδικού κοινωνικού ιστορικού, δ) αξιολόγηση συνθηκών ανατροφής παιδιού και αδρή εκτίμηση σχέσεων αλληλεπίδρασης παιδιού-μητέρας (προσωπικές συνεντεύξεις και δοκιμασία Home Inventory).

Η εξάμηνη θεραπευτική παρέμβαση είχε ως στόχο την εξουδετέρωση των γενεσιουργών αιτίων του συνδρόμου και τη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών ανατροφής (3).

Ακολουθεί περιγραφή μιας περίπτωσης παιδιού προσχολικής ηλικίας με σωματική καθυστέρηση μη οργανικής αιτιολογίας, που περιλαμβάνεται στο υλικό της μελέτης.

Η οικογένεια Μ.Κ.

Η περίπτωση παραπέμφθηκε στο Ι.Υ.Π. από παιδίατρο Κέντρου Υγείας της περιοχής που διέμενε η οικογένεια για διαγνωστική εκτίμηση, παιδιατρική παρακολούθηση για διάστημα 6 μηνών και συμβουλευτική στήριξη.

Η οικογένεια Μ.Κ. μένει σε προάσιο της Αθήνας. Ο πατέρας 42 χρ., είναι απόφοιτος τεχνικής σχολής και ασχολείται με επιχειρήσεις. Η μητέρα 44 χρ., έχει κάνει πανεπιστημιακές σπουδές και εργαζόταν μέχρι που έμεινε έγκυος στο πρώτο παιδί, που εμφανίζει την καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης.

Το ζευγάρι παντρεύτηκε μετά από συμβίωση ενός χρόνου. Ο πατέρας εργαζόταν πολλές ώρες την ημέρα βρίσκοντας διέξοδο στην εργασία του, ενώ η μητέρα ζούσε απομονωμένη στο σπίτι με τα δύο παιδιά της. Η οικογένεια κατοικούσε σε μεγάλο διαμέρισμα καλόγουστα επιπλωμένο και είχε οικονομική άνεση.

Ο πατέρας

Ο πατέρας γεννήθηκε στην Αθήνα, δεύτερο αγόρι σε οικογένεια με δύο παιδιά. Φτωχή οικογένεια και λόγω των επικρατούντων τότε κοινωνικών συνθηκών, με πατέρα τεχνίτη που περιγράφεται καλός οικογενειάρχης, εργατικός, "καλλιεργημένος". Οι συνθήκες εργασίας του επέβαλαν να μένει συχνά μακριά από

το σπίτι του. Έτσι, τη φροντίδα των παιδιών είχε αποκλειστικά η μητέρα η οποία περιγράφεται ως καλοσυνάτη, υπερπροστατευτική, με ιδιαίτερα στενή σχέση μαζί του. Αναφέρει ότι κοιμόταν μαζί της μέχρι την ηλικία των 16 χρόνων “γιατί είχε κάποιες φοβίες”.

Με το μοναδικό αδερφό υπήρχαν αντιθέσεις. Εκείνος περιγράφεται “σκληρός” χαρακτήρας ενώ ο ίδιος υπήρξε φιλάσθενος, ιδιότροπος στο φαγητό, με χαμηλή αυτοεκτίμηση για την εξωτερική του εμφάνιση (χαμηλό ύψος). Από 18 χρονών άρχισε να εργάζεται. Παράλληλα, παρακολούθησε μαθήματα σε ιδιωτική σχολή αφού έδωσε εισαγωγικές εξετάσεις στο Παν/μιο χωρίς επιτυχία. Επιθυμούσε να μετεκπαιδευτεί στο εξωτερικό αλλά λόγω των πολιτικών γεγονότων του '74 δεν το πραγματοποίησε. Το γεγονός τον φόρτισε ιδιαίτερα και θέλοντας να ανέλθει κοινωνικά, δραστηριοποιήθηκε στον επαγγελματικό τομέα.

Η μητέρα

Παιδί πολυμελούς οικογένειας, γεννήθηκε σε πόλη του εξωτερικού από πατέρα Έλληνα και μητέρα Ιταλικής καταγωγής, όπου έζησε τα παιδικά και εφηβικά χρόνια της.

Η ίδια τα περιγράφει με νοσταλγία και αναφέρεται σε οικονομική ευμάρεια αλλά και σε άριστο κλίμα ενδοοικογενειακών σχέσεων. Ως παιδί, αυτοχαρακτηρίζεται “σκληρό”, πολύ ζωνρό, με δύσκολη εφηβεία. Μετά τις σπουδές της ήρθε στην Ελλάδα για πρώτη φορά φιλοξενούμενη από συγγενείς του πατέρα της, ύστερα από παρέμβαση των γονιών της, προκειμένου να την απομακρύνουν από ένα δεσμό που διατηρούσε με συμφοιτητή της και που δεν ενέκριναν οι ίδιοι.

Δραστηριοποιήθηκε και εργάστηκε σε σειρά από εργασίες. Παντρεύτηκε 34 χρονών μετά από γνωριμία και συμβίωση 1 χρόνου με τον άνδρα της.

Στο μαιευτικό ιστορικό της μητέρας αναφέρονται συνολικά 3 κύσεις. Την πρώτη κύηση βίωσε τραυματικά γιατί αναγκάστηκε να τη διακόψει επειδή δεν αναπτυσσόταν το έμβρυο. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης κύησης κάπνιζε 3 τσιγάρα την ημέρα. Παρ' όλα αυτά η κύηση ήταν φυσιολογική όπως και ο τοκετός. Καλή έκβαση είχε και η τρίτη κύηση. Και τα δύο παιδιά ήταν μεν επιθυμητά, αλλά όχι προγραμματισμένα, δεδομένου ότι υπήρξαν αρχικά ανεξήγητες δυσκολίες τεκνοποίησης. Η ίδια αναφέρεται σε υπερβολικό άγχος και ένταση λόγω της εργασίας της.

Η μητέρα είναι μελαχροινή, μετρίου αναστήματος με ανεπιτήδευτη εμφάνιση, συνεργάσιμη. Αισθάνεται κοινωνικά απομονωμένη. Η καλύτερη φίλη της πέθανε πριν από λίγο καιρό, γεγονός στο οποίο αναφέρεται με θλίψη. Δεν μοιράζεται προβλήματα που την απασχολούν, δεν διαθέτει χρόνο για προσωπική της ξεκούραση.

Αναγνωρίζει το πρόβλημα της καθυστέρησης σωματικού βάρους του πρώτου παιδιού της, την απασχολεί και προσπαθεί να το ερμηνεύσει. Αλλά και το μικρότερο παιδί φαίνεται να απασχολεί τη μητέρα.

Το παιδί με τη δυστροφία

Ο Χρήστος είναι το πρώτο παιδί της οικογένειας, ηλικίας 4 χρονών. Ακολουθεί ένα δεύτερο αγόρι, 2 χρονών. Η κύηση ήταν απρόβλεπτη αλλά επιθυμητή, μετά από διακοπή προηγούμενης. Θήλασε μέχρι 2 χρονών. Η μητέρα ενίσχυσε τη συναισθηματική προσκόληση με το παιδί. Σήμερα αναθεωρεί, έχει αυτομομφές, και δικαιολογεί απόλυτα αυτή του τη συμπεριφορά γιατί “η ίδια δημιούργησε την εξάρτηση”.

Στο ιστορικό του παιδιού αναφέρονται δυσκολίες στο φαγητό, υπερκινητικότητα, ενώ αναζητά την αποκλειστικότητα της μητέρας. Φοιτά σε δημόσιο παιδικό σταθμό της περιοχής. Τον περασμένο χρόνο φοίτησε σε ιδιωτικό, αλλά ο ίδιος αρνιόταν να πηγαίνει επειδή είχε πρόβλημα με το φαγητό. Η μητέρα τον χαρακτηρίζει “μοναχικό”, δυστυχισμένο πλάσμα που θέλει να ασχολούνται μαζί του αλλά όχι να τον πλησιάζουν συναισθηματικά“. Στο σταθμό δεν συναναστρέφεται με άλλα παιδιά. Με τον μικρότερο αδελφό του φοιτά στην ίδια τάξη αλλά η παρουσία του δεν φαίνεται να τον βοηθά.

Αξιολόγηση του προβλήματος

Η μελέτη και θεραπευτική αντιμετώπιση της περίπτωση περιέλαβε: α) την αναζήτηση των παραγόντων που σχετίζονται με την δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας, μέσα στις συνθήκες που επικρατούν στην οικογένεια, β) την εκτίμηση της ανάπτυξης του παιδιού και την αξιολόγηση των σχέσεών του με τη μητέρα και τα άλλα μέλη της οικογένειας γ) την εκτίμηση της νοημοσύνης των γονιών και δ) την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων παρέμβασης.

Παιδιατρική εκτίμηση

Ο Χρήστος γεννήθηκε με φυσιολογικό βάρος (3.300 γρ./40η ΕΘ) και ύψος (51 εκ. / 50η ΕΘ). Κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό δεν υπήρξαν προβλήματα υγείας. Η μητέρα τον θήλασε συνολικά 23 μήνες. Στην ηλικία των 6 μηνών προσθέτει και άλλες τροφές παράλληλα με το θηλασμό. Μέχρι την ηλικία των 6 μηνών το παιδί κέρδιζε κανονικά βάρος. Στη συνέχεια άρχισε να χάνει σταδιακά, στην δε ηλικία των 10 μηνών στο βάρος του πλησίασε την 3η εκατοστιαία θέση (Ε.Θ.), δηλ. στα κατώτερα όρια του φυσιολογικού. Το βάρος εξακολούθησε να μειώνεται και στους 30 μήνες βρισκόταν πολύ κάτω από την 3η Ε.Θ.. Το ύψος, σε ηλικία 21 μηνών αντιστοιχούσε επίσης στην 3η Ε.Θ. Όταν η μητέρα έφερε το παιδί στο Ι.Υ.Π. το βάρος του ήταν 14.300 γρ. και το ύψος του 77 εκ., τιμές που αντιστοιχούν πολύ κάτω από την 3η Ε.Θ..

Από την κλινική παιδιατρική εξέταση δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα. Επίσης, η ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού ήταν φυσιολογική. Η διάγνωση της δυστροφίας μη οργανικής αιτιολογίας βασίστηκε 1) στο χαμηλό βάρος σώματος (< 3η Ε.Θ.), 2) στην έλλειψη οργανικής νόσου και 3) στις διαταραχές των ενδοοικογενειακών σχέσεων, ιδιαίτερα στη σχέση αλληλεπίδρασης του ζεύγους “μητέρας-παιδιού”.

Ψυχομετρικές δοκιμασίες

- Πατέρας:

Νοημοσύνη στα φυσιολογικά όρια (δοκιμασία WAIS)

- Μητέρα:

Νοημοσύνη στα φυσιολογικά όρια (δοκιμασία WAIS). Λόγω διγλωσσίας υπήρχαν δυσκολίες στο λεκτικό επίπεδο.

Κοινωνική εκτίμηση

Στους γονείς διακρίνονται αφ' ενός διαφορές στους χαρακτήρες οι οποίες πηγάζουν από την οικογενειακή προέλευση και τα μεταγενέστερα βιώματα, αφετέρου η ένταση στην ισορροπία των σχέσεων και η συμμετοχή του καθένα στο πρόβλημα του παιδιού.

Η μητέρα μεγάλωσε σε οικογένεια με οικονομική άνεση και υψηλό κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο, με ξεκάθαρες απόψεις διαπαιδαγώγησης αλλά και αντιλήψεις για το άλλο φύλο. Διακρίνεται από δυναμισμό, με σημαντική επαγγελματική καριέρα στο παρελθόν. Αισθανόταν απογοητευμένη από το "Ελληνικό αρσενικό ζώο μέχρις ότου γνώρισε τον άντρα της", όπως χαρακτηριστικά λέει.

Αγχώδης χαρακτήρας, έχει επωμισθεί εξ ολοκλήρου τη φροντίδα των παιδιών. Παραπονιέται συχνά, θυμώνει μαζί τους, εκνευρίζεται, απειλεί. Ως τιμωρία εφαρμόζει κυρίως στέρηση δικαιωμάτων αλλά και ξύλο. Παραδέχεται το ειδικό πρόβλημα με τον Χρήστο, τον παρουσιάζει δύσκολο στο φαγητό, ζωηρό αλλά και επίμονο στις διεκδικήσεις του. Παράλληλα, την προβληματίζει η συμπεριφορά του δεύτερου παιδιού, μικρότερου κατά 2 χρόνια, την οποία παρουσιάζει ως "επικίνδυνη", "επιθετική", "απείθαρχη", "χωρίς όρια".

Η μητέρα αναζητά βοήθεια και στοιχειώδη ανθρώπινη επικοινωνία. Επιδιώκει την κοινωνική συναναστροφή και επιθυμεί να κάνει μόνη της ένα ταξίδι στη χώρα που γεννήθηκε και μεγάλωσε. Κάθε προσπάθεια εκ μέρους της να εμπλέξει και τον πατέρα στη διαδικασία επίλυσης των προβλημάτων έχει αποβεί μάταιη.

Ο πατέρας είναι άτομο που στο παρελθόν βίωσε κοινωνική απόρριψη, ματαιώση και παθολογική εξάρτηση από τη μητέρα του. Μεγάλωσε σε οικογενειακό περιβάλλον που αντιμετώπιζε οξύ οικονομικό πρόβλημα.

Προσπαθεί να υπερέχει επαγγελματικά και κοινωνικά και δεν παραλείπει κατά τη συνέντευξη να αναφέρεται στις γνωριμίες του με "υψηλά ιστάμενα πρόσωπα". Παρότρυνε τη γυναίκα του να σταματήσει τη δουλειά της σε μια εποχή που εκείνη κέρδιζε περισσότερα, ενώ ο ίδιος ανερχόταν οικονομικά. Με τα παιδιά έχει μειωμένη συναισθηματική εμπλοκή, παθητική συμπεριφορά και τα βλέπει πολύ λίγο. Ο ρόλος του περιορίζεται σε αυτόν του "προμηθευτή" και "καθοδηγητή" της οικογένειας. Για το πρόβλημα σίτισης του μικρού Χρήστου αναφέρει μόνο κληρονομικά αίτια. Αναγνωρίζει ωστόσο τη θετική συνεισφορά της γυναίκας του στο μέγαλωμα των παιδιών.

Το άλλο παιδί έχει φυσιολογική ανάπτυξη. Όμως είναι πολύ ζωηρό, υπερκινητικό, φαίνεται να υπερισχύει στη σχέση έναντι του αδελφού του ενώ η συναλλαγή του με τους γονείς και ιδιαίτερα με τη μητέρα του γίνεται κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες έντασης. Φοιτούσε σε παιδικό σταθμό αλλά διέκοψε γιατί “είχε νυχτερινούς εφιάλτες”.

Θεραπευτική αντιμετώπιση - Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Η διεπιστημονική εκτίμηση του προβλήματος του παιδιού και της ευρύτερης οικογενειακής λειτουργίας καθόρισε και τους θεραπευτικούς στόχους κατά το στάδιο της βμηνης παρέμβασης:

- Συνεργασία με τη μητέρα σε συμβουλευτική και υποστηρικτική βάση για άμβλυνση των σχέσεων συναλλαγής με τα παιδιά.
- Εντοπισμός των ανεκπλήρωτων προσωπικών επιθυμιών της μητέρας.
- Εντοπισμός άγχους, έντασης απέναντι στα παιδιά.
- Εγγραφή και των δύο παιδιών εκ νέου σε παιδικό σταθμό ούτως ώστε να εξασφαλισθεί στοιχειώδης ελεύθερος χρόνος για την ίδια.
- Σχεδιασμός νέου τρόπου ζωής με στόχο τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης και την ενθάρρυνση δημιουργίας κοινωνικών σχέσεων στη γειτονιά.
- Μείωση της επιθετικότητας της μητέρας προς τα παιδιά και αποδοχή των ιδιαιτεροτήτων τους.
- Εμπλοκή του πατέρα στην όλη προσέγγιση με παράλληλη προβολή των προσωπικών αναγκών της μητέρας.
- Προσφορά συγκεκριμένων κατευθύνσεων για την καθημερινή αντιμετώπιση του προβλήματος σίτισης του παιδιού σε σχέση με τη συμπεριφορά του και τις ανάγκες του.
- Ενίσχυση της μητέρας ώστε να πραγματοποιήσει μόνη της το ταξίδι στο εξωτερικό όπου μένει η πατρική οικογένεια και τα αδέρφια της και το οποίο πρότεινε η ίδια.
- Παραπομπή της μητέρας για ψυχιατρική βοήθεια και στήριξη και μετά τη λήξη της δικής μας συνεργασίας.

Συζήτηση

Η συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να χαρακτηριστεί τυπική της νοσολογικής οντότητας της δυστροφίας μη οργανικής αιτιολογίας.

Η παρατήρηση ότι μερικά παιδιά εμφανίζουν ανεπάρκεια αύξησης σωματικού βάρους χωρίς να πάσχουν από κάποιο οργανικό νόσημα, έστρεψε το ενδιαφέρον των ερευνητών στην αναζήτηση αιτιολογικών παραγόντων στο περιβάλλον ανατροφής τους (4).

Η επίδραση των γονιών στη δημιουργία και διαιώνιση των αναπτυξιακών διαταραχών της παιδικής ηλικίας έχει γίνει αντικείμενο ερευνών, ενώ η υπόθεση της οικογενειακής δυσαρμονίας μπορεί να ορισθεί ως εξής: Τα παιδιά με διαταραχές, σχεδόν πάντα, προέρχονται από οικογένειες που παρουσιάζουν προβλήματα και εντάσεις. Εφόσον η οικογένεια - ιδιαίτερα οι γονείς - αντιπροσωπεύουν την κύρια πηγή επιρροής στην πρώιμη ανάπτυξη του παιδιού, είναι λογικό να υποθέσουμε ότι το πρόβλημα του παιδιού προκαλείται είτε απ' ευθείας, είτε επηρεάζεται υποσυνείδητα από την παθολογία ή τις ελλείψεις των γονέων (8).

Από την ανάλυση της περίπτωσης φαίνεται ότι οι ρόλοι των γονιών είναι σαφώς προδιαγραμμένοι, ενώ σημειώνονται διαφορές μεταξύ των τυπικών γονικών καθηκόντων και της ουσιαστικής φροντίδας απέναντι στα παιδιά. Τα αίτια της οικογενειακής δυσαρμονίας και συνεπώς των δυσμενών συνθηκών ανάπτυξης του παιδιού εντοπίστηκαν κυρίως στις: αποστασιοποιημένες συζυγικές σχέσεις, στην έλλειψη συμμετοχής του πατέρα στο μέγιστο των παιδιών γενικά, στην παθητική συμπεριφορά του πατέρα απέναντι στο πρόβλημα, στην άρνησή του να δεχθεί οποιαδήποτε αιτιολογία, στην κατ' αποκλειστικότητα φροντίδα των παιδιών από τη μητέρα, στην κοινωνική απομόνωση και στις ανεκπλήρωτες προσωπικές επιθυμίες της μητέρας, στη μη συμμετοχή του πατέρα για εξεύρεση πιθανών λύσεων.

Στη συγκεκριμένη οικογένεια η παρέμβαση από παιδίατρο και κοινωνικό λειτουργό υπήρξε ευνοϊκή. Ο ρυθμός αύξησης του σωματικού βάρους του παιδιού βελτιώθηκε σημαντικά και η μητέρα στηρίχθηκε συναισθηματικά και πρακτικά ώστε κατανοώντας τις ανάγκες και τα προβλήματα και των δύο παιδιών της να μπορεί να βοηθήσει εποικοδομητικά στην καθημερινή τους ζωή.

Η θετική έκβαση δεν αποτελεί κανόνα για όλες τις περιπτώσεις, δεδομένου ότι το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται, τόσο από τη σοβαρότητα των προβλημάτων που οδήγησαν στην εκδήλωση του συνδρόμου, όσο και από τον χρόνο και το είδος της παρέμβασης.

Επίλογος

Βασικός σκοπός της έρευνας ήταν να εντοπιστούν αφενός τα χαρακτηριστικά εκείνα στοιχεία που δικαιολογούν την ύπαρξη της νόσου και αφετέρου να περιγραφεί και να γίνει γνωστό το σύνδρομο όχι μόνο στον παιδιατρικό χώρο αλλά και στο χώρο των κοινωνικών επιστημών ώστε οι επαγγελματίες να ενώσουν τις προσπάθειες τους για την πρόληψη του φαινομένου.

Η συνήθης τακτική πολλών παιδιάτρων να καθισχύζουν τους γονείς (μετά τον αρνητικό εργαστηριακό έλεγχο για οργανική νόσο) πως το παιδί τους “δεν έχει τίποτα” και “θα μεγαλώσει αργότερα” δεν είναι κατά κανόνα η ενδεδειγμένη. Η έγκαιρη διάγνωση, η σωστή ενημέρωση των γονιών και ο κατάλληλος προγραμματισμός για τη θεραπευτική παρέμβαση, αποτελούν τις βασικές προϋποθέσεις για την καλύτερη δυνατή εξέλιξη των παιδιών με το σοβαρό αυτό πρόβλημα (4).

Η προσέγγιση ανάλογων περιπτώσεων απαιτεί σωστό σχεδιασμό και διεπιστημονική συνεργασία, δεδομένου ότι οι άξονες στους οποίους θα εστιάσουν οι θεραπευτές αφορούν στη σωματική, ψυχολογική ανάπτυξη και στην κοινωνική προσαρμογή των παιδιών αυτών.

Το “μοντέλο” της θεραπευτικής παρέμβασης θα καθορίσει και τη μεθοδολογία προσέγγισης του προβλήματος που αποτελεί τη βάση για σωστή διάγνωση και επιτυχή αντιμετώπιση.

Στην Ελλάδα, βρισκόμαστε στο στάδιο της άρνησης του προβλήματος ενώ η έρευνα δεν συνοδοιπορεί με την κοινωνική πολιτική, ώστε να υπάρξουν επαρκείς υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των παιδιών που πάσχουν από σωματική καθυστέρηση μη οργανικής αιτιολογίας και των οικογενειών τους. Η θεσμική απάντηση των υπηρεσιών πρόνοιας και ψυχικής υγείας στις αντίξοες οικογενειακές συνθήκες και στην οικογένεια σε ψυχοκοινωνική κρίση εκφράζεται μέσα από συγκεκριμένες μορφές και μετεράστιες αδυναμίες δομών στα πλαίσια άκαμπτων και δυσλειτουργικών προγραμμάτων.

Από την άλλη μεριά, ένας από τους ευρύτερους μακροπρόθεσμους στόχους μας θα πρέπει να είναι η εκτίμηση της πρόληψης τέτοιων προβλημάτων που σχετίζονται με την παιδική ηλικία καθώς και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με στόχο τη βελτίωση των κοινωνικών παροχών.

Τέλος, οφείλουμε να ξεπεράσουμε την κρίση στην επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών που ασχολούνται με την οικογένεια και το παιδί, ενώ η έγκαιρη εντόπιση των οικογενειών υψηλού κινδύνου και η συμβουλευτική στήριξή τους μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης.

Βιβλιογραφία

1. Goldbloom R., (1982): “Failure to Thrive”. *Pediatric of North America*, 21:151.
2. Μαραγκός Χρ., Σταυριανάκη Μ., και συν. (1993): “Σύνδρομο καθυστέρησης ανάπτυξης παιδιών μη οργανικής λειτουργίας”. *Παιδιατρικά Χρονικά*: 20,3: 155-167.
3. Μαραγκός Χρ. και Σταυριανάκη Μ. (1993): “Δυνατότητες διάγνωσης και παρέμβασης στη δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας: Διεπιστημονική προσέγγιση” στο: *Οικογένεια - Παιδική Προστασία - Κοινωνική Πολιτική*. Επιμ. Έκδοσης: Ε. Αγάθωνος - Γεωργοπούλου, Αθήνα, Ι.Υ.Π.
4. Μαραγκός Χρ. (1993): “Ανεπάρκεια αύξησης σωματικού βάρους στα παιδιά, μη οργανικής αιτιολογίας”. *Παιδιατρική* 56:48-51.
5. Oates K. (1985): “Family studies in non organic failure to thrive” In: *Child abuse and Neglect - What happens eventually?* Butterworths, Sydney, 136.
6. Σταυριανάκη Μ. και Μαραγκός Χρ. (1993): “Θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών με σωματική καθυστέρηση μη οργανικής αιτιολογίας”. *ΕΚΛΟΓΗ* τ. 96, σ. 3-16.
7. Sturn L. and Drotar D. (1989): “Prediction of weight for height following intervention in three-year-old children with early history of non organic failure to thrive”. *Child Abuse and Neglect*, 13:19.
8. Whittaker, J.K. (1979): “Αιτιολογία διαταραχών παιδικής ηλικίας: Νέα ευρήματα”. Περ. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ. 48: 26-35.