

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Διασυνδεδετική παιδοψυχιατρική στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών

Μ. Αναγνωστάκου¹
Τ. Κόρπα²
Ε. Μπούζα¹
Μ. Λιακοπούλου²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη χώρα μας το ποσοστό προωρότητας ανέρχεται στο 8,5%. Τα πρόωρα νεογνά είναι δυνατό να εμφανίσουν αργότερα νευροαναπτυξιακές διαταραχές σχετιζόμενες με τη διάρκεια κύησης και τις επιπλοκές της προωρότητας. Από τις πιο ουσιαστικές λειτουργίες του παιδοψυχιάτρου στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝ) είναι η παρέμβαση στην κρίση που δημιουργεί στην οικογένεια η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού. Μια άλλη λειτουργία είναι η εκτίμηση της οικογένειας σε σχέση με την προσαρμοστική της ικανότητα πριν από την έξοδο από τη ΜΕΝ και η διασύνδεση της με κατάλληλη υπηρεσία. Στο πλαίσιο αυτό της διασύνδεσης με τη ΜΕΝ, είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού στις ανάγκες της οικογένειας και του νεογνού. Στη Β' ΜΕΝ του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία», τα τελευταία 10 χρόνια εφαρμόζεται πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης για τις οικογένειες νεογνών με ΒΓ<1500 gr. Ερευνητική μελέτη στο χώρο αυτό έδειξε ότι το 83% των πατέρων και 88% των μητέρων παρουσιάζουν αγχώδεις εκδηλώσεις και ότι η υποστήριξη από το νοσηλευτικό κυρίως προσωπικό της ΜΕΝ ήταν σημαντική. **(Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών 2009, 56(1):72-77)**

Λέξεις ευρετηριασμού: ΜΕΝ, παιδοψυχιατρική διασύνδεση, παρέμβαση στην κρίση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών έχουν συμβάλει στην επιβίωση νεογνών με εξαιρετικά χαμηλό βάρος γέννησης (<1000 gr.), επιβίωση που έχει τριπλασιασθεί την τελευταία δεκαετία. Στις ΗΠΑ καταγράφονται ετησίως 250.000 πρόωρες γεννήσεις, εκ των οποίων 50.000 αφορούν γεννήσεις χαμηλού βάρους. Η συχνότητα της προωρότητας ανάλογα με τη διάρκεια κύησης στη χώρα μας¹ φαίνεται στον πίνακα 1.

Αυτό το ποσοστό αυξάνεται ιδιαίτερα στα νεογνά που προέρχονται από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η οποία οδηγεί σε αυξανόμενο

¹ Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Νοσ. Παίδων «Η Αγία Σοφία»

² Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσ. Παίδων «Η Αγία Σοφία»

αριθμό πολλαπλών κυήσεων. Παράλληλα όμως με την αύξηση της επιβίωσης, εμφανίζεται αυξημένος και ο αριθμός των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, αφού ο κίνδυνος για αναπηρία είναι αντιστρόφως ανάλογος προς τη διάρκεια κύησης (ΔΚ)².

Η πρόωρη γέννηση ενός μωρού έχει περιγραφεί από τη δεκαετία του 1960 σαν μια συνολική κρίση για την οικογένεια^{1,3}. Η γέννηση ενός νέου μωρού, ούτως ή άλλως, προκαλεί κρίση στην οικογένεια, καθώς ανατρέπεται η ήδη υπάρχουσα ισορροπία και τα μέλη επικεντρώνονται σε κατάκτηση νέων ρόλων, ισορροπιών και λειτουργιών. Αυτή η «αναπτυξιακή», αναμενόμενη για την οικογένεια κρίση είναι φανερό ότι δραματικά επιπλέκεται, όταν απροσδόκητα η γέννηση έρχεται νωρίτερα από το αναμενόμενο και μάλιστα όταν το νεογνό έχει διάφορα ιατρικά προβλήματα μικρότερης ή μεγαλύτερης βαρύτητας^{3,4,5}.

Σε ένα Γενικό Παιδιατρικό Νοσοκομείο, η Παιδοψυχιατρική Διεπιστημονική Ομάδα πρέπει να συνεργάζεται στα πλαίσια της Διασυνδεδετικής - Συμβουλευτικής Παιδοψυχιατρικής με το ειδικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών οργανώνοντας τη λειτουργία της σε τρία κυρίως επίπεδα:

1. Παρεμβαίνοντας υποστηρικτικά και συμβουλευτικά στην κρίση της οικογένειας του πρόωρου νεογνού.

2. Με ερευνητικά πρωτόκολλα στη ΜΕΝ μέσω καταγραφής και μελέτης των ιδιαιτεροτήτων των οικογενειών αυτών, με στόχο τη βελτίωση της παροχής υπηρεσίας ψυχολογικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας.

3. Ενισχύοντας τη διακλινική συνεργασία με την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών Γενικής Υγείας (Παιδιάτρων, Νοσηλευτικού Προσωπικού, Επισκεπτών Υγείας κ.λπ.) σε θέματα ψυχικής υγείας του πρόωρου νεογνού και της οικογένειας του.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Σημαντικό μέρος της εμπειρίας μας στη Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Παιδοψυχιατρική στη Β' Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας (ΜΕΝ) Νεογνών στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» περιλαμβάνει η παρέμβαση στην κρίση που δημιουργείται λόγω της άμεσης επίδρασης στην πυρηνική οικογένεια των προβλημάτων που δημιουργεί η γέννηση ενός πολύ πρόωρου νεογνού. Την κατάσταση αυτή βιώνουν δύο νέοι και σχετικά άπειροι γονείς υπό την έννοια ότι δεν έχουν προετοιμαστεί και εκπαιδευτεί νωρίτερα για την αντιμετώπιση ενός παρόμοιου συμβάντος

και των επιπλοκών του. Ακόμα και στις περιπτώσεις όπου γεννιούνται μεγάλα πρόωρα νεογνά, με άριστη ιατρική πρόγνωση, εμφανίζονται σημαντικές αγχώδεις αντιδράσεις στους γονείς, καθώς και εκεί πλανάται ο φόβος της προβληματικής σωματικής και νοητικής εξέλιξης ακόμα και του θανάτου.

Οι αντιδράσεις των γονιών είναι αρχικά θλίψη και άγχος. Οι μητέρες συχνά έχουν έντονα συναισθήματα ενοχής για την προωρότητα και μειωμένη αυτοεκτίμηση επειδή δεν εκπλήρωσαν τις προσδοκίες τις δικές τους καθώς και του περιβάλλοντος για τη γέννηση ενός υγιούς και δυνατού βρέφους. Όχι σπάνια, αυτή η ανασφάλεια πυροδοτεί τάσεις ανταγωνισμού που αναπτύσσονται μεταξύ των γονέων και του προσωπικού της Μονάδας. Επιπλέον, τυχόν ψυχοκοινωνικές ιδιαιτερότητες των οικογενειών ή χαρακτηριστικά στοιχεία των γονιών επιπλέκονται με τα αναμενόμενα συναισθήματα του άγχους και της ανασφάλειας και συχνά οδηγούν σε κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις και εντάσεις^{4,5}.

Στις περιπτώσεις πολύδυμης κύησης, διαφαίνεται να υπάρχουν εντονότερες συναισθηματικές αντιδράσεις, ιδίως όταν υπάρχει ιστορικό εξωσωματικής γονιμοποίησης. Το τελευταίο αυτό δείχνει ότι αυτή η ομάδα περιπτώσεων πρέπει να είναι στόχος ψυχολογικής παρέμβασης.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΣΤΗ ΜΕΝ

A. Η παιδοψυχιατρική μελέτη

Μια άλλη πλευρά συνεργασίας της παιδοψυχιατρικής με τη ΜΕΝ υπήρξε η προσπάθεια καταγραφής των συναισθηματικών αντιδράσεων των γονιών, καθώς και η διευκρίνιση των ψυχοκοινωνικών ιδιαιτεροτήτων κάθε περίπτωσης, ώστε να γίνουν πιο συγκεκριμένοι οι στόχοι των παρεμβάσεών μας και να δημιουργηθεί μοντέλο πιλοτικού προγράμματος ψυχολογικής υποστήριξης των οικογενειών κατά την παραμονή του νεογνού τους στη Μονάδα. Για το σκοπό αυτό: α) χορηγήθηκε στους γονείς το Εργαλείο Προδιάθεσης και Κατάστασης Άγχους⁶, όπου καταγράφεται ο βαθμός του άγχους που βιώνει ένα άτομο λόγω μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης σε σχέση με την τάση του να είναι από χαρακτήρος αγχώδης και β) έγινε ψυχολογική και ψυχοκοινωνική εκτίμηση μέσω ημιδομημένης συνέντευξης σε μητέρες με νεογνά που είχαν βάρος γέννησης < 1500 γρ., καθώς στις περιπτώσεις αυτές παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος ψυχικής διαταραχής στις οικογένειες^{4,5}.

Τα πιο ενδιαφέροντα ευρήματα προήλθαν από τη χρήση του εργαλείου Προδιάθεσης και Κατάστασης Άγχους μέσω του οποίου έγινε καταγραφή

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εβδομάδα κύησης	%
20-24	0,2
25-28	0,7
29-31	0,8
32-36	6,8
ΣΥΝΟΛΙΚΗ	8,5

της αντίδρασης άγχους των γονιών δυο εβδομάδες περίπου πριν την έξοδο του νεογνού τους από τη ΜΕΝ, που είναι περίοδος προετοιμασίας για την οικογένεια. Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 115 γονείς (εξ αυτών 52 ζευγάρια). Από την αξιολόγηση, εξαιρέθηκαν 38 γονείς για διάφορους λόγους (πλημμελής συμπλήρωση ερωτηματολογίου, βαρύτατη πρόγνωση νεογνού κ.λπ.).

Αξιολογήθηκαν τελικά 77 άτομα, εκ των οποίων τα 72 αποτελούσαν 36 ζεύγη γονιών: οι 30 στους 36 πατέρες (83%) και οι 33 στις 36 μητέρες (88%) είχαν αυξημένες αγχώδεις εκδηλώσεις λόγω της νοσηλείας του νεογνού τους στη ΜΕΝ. Το εύρημα αυτό κατέδειξε ότι δεν πρέπει να παραμελείται η ψυχολογική παρέμβαση στους πατέρες.

Πρόσφατη μελέτη σε συμφωνία με τη δική μας έδειξε ότι τα επίπεδα άγχους μητέρων και πατέρων νεογνών με πολύ χαμηλό ΒΓ είναι παρόμοια⁷.

B. Η παιδιατρική μελέτη

Ικανοποίηση από τη φροντίδα στη Β' ΜΕΝ

Όπως αναφέρθη, με τη συνεργασία του τμήματος Παιδοψυχιατρικής, παρέχεται στη Μονάδα μας πρώιμη ψυχολογική παρέμβαση σε οικογένειες πρόωρων νεογνών με ΒΓ<1500 γρ. αλλά και άλλων ομάδων με ιδιαίτερα προβλήματα εδώ και 10 χρόνια. Σκοπός είναι η παρέμβαση στο πρώτο στάδιο της ψυχολογικής αποδιοργάνωσης των γονιών, η εντόπιση των υψηλού κινδύνου οικογενειών και η ευαισθητοποίηση του προσωπικού της Μονάδας για την κατάλληλη αντιμετώπιση των οικογενειών κατά την παραμονή του νεογνού στη ΜΕΝ.

Μετά από ένα διάστημα λειτουργίας του προγράμματος αυτού, διερευνήθηκαν τα αποτελέσματα της παρέμβασης και η εμπειρία των οικογενειών στη Μονάδα μας. Για το σκοπό αυτό, με στοιχεία από προσωπική τηλεφωνική επαφή και από πληροφορίες καταχωρημένες στο έντυπο της ψυχολογικής παρέμβασης συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο για οικογένειες νεογνών που νοσηλεύθηκαν την τελευ-

ταία διετία στη Β' ΜΕΝ (πίνακας 2).

Αν και μικρό το δείγμα της μελέτης, διαφαίνεται το υψηλό ποσοστό αγχώδους διαταραχής που υπάρχει στους γονείς. Σημειώνεται επίσης η ανάγκη των οικογενειών να έχουν περισσότερο χρόνο με το μωρό τους στη Μονάδα.

Ευαισθητοποίηση του Ιατρικού και Παραϊατρικού Προσωπικού

Πέρα από την κλινική εργασία και την ερευνητική προσπάθεια, είναι ιδιαίτερα σημαντική η ευαισθητοποίηση του προσωπικού σε θέματα ψυχικής υγείας της βρεφονηπιακής ηλικίας και της οικογένειας γενικότερα.

Η εμπειρία μας δείχνει ότι προκειμένου να επιτύχει η Διασύνδεση αλλά και η ευαισθητοποίηση του προσωπικού, είναι σημαντικά τα εξής βήματα:

- Η Διασύνδεση να γίνεται αρχικά με πρόσωπα -κλειδιά της Μονάδας (που είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένα).
- Η εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού της Μονάδας να έχει στόχο την έγκαιρη αναγνώριση των περιπτώσεων υψηλού κινδύνου και την άμεση παραπομπή στον ειδικό ψυχικής υγείας. Να ακολουθεί συζήτηση με το προσωπικό για το χειρισμό και την κατανόηση των οικογενειών αυτών.
- Να υπάρχει στενή συνεργασία με τις επισκέπτριες υγείας μετά την έξοδο των νεογνών από τη ΜΕΝ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η γέννηση ενός νεογνού με πολύ χαμηλό βάρος γέννησης αποτελεί μία μεγάλη πρόκληση για τους γονείς. Κατά την είσοδο τους στη ΜΕΝ, πέραν του stress και της απογοήτευσης από τον πρόωρο τοκετό, βιώνουν την εμπειρία ενός χώρου πρωτόγνωρου, από τον ειδικό εξοπλισμό, τα φώτα και τους ήχους από τα μηχανήματα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών των νεογνών τους. Ατενίζουν εικόνες νεογνών διαφορετικές από αυτές που είχαν στη φαντασία τους, διασωληνωμένων για τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής τους, με τη μικρή επιφάνεια του σώματος τους να είναι καλυμμένη από ηλεκτρόδια, κεντρικές και περιφερικές γραμμές για την ενδοφλέβια έγχυση διατροφής και φαρμάκων. Είναι γνωστό ότι οι μητέρες πρόωρων νεογνών δοκιμάζουν υψηλότερο, 5πλάσιο επίπεδο, ψυχικού stress από ότι μητέρες τελειόμηνων^{8,9,10,11}. Αυτή η ψυχική αναστάτωση, που παρουσιάζεται με κατάθλιψη, ανησυχία, φόβο και εχθρική στάση, είναι

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**Σύνολο ερωτηθέντων: 51 ζεύγη****1. Ενοχή για την προωρότητα****ΜΗΤΕΡΕΣ**

ΝΑΙ=17

ΟΧΙ=34

ΠΑΤΕΡΕΣ

ΝΑΙ=4

ΟΧΙ=47

2. Υποστηρικτική συμβολή της ψυχολόγου, του ιατρικού προσωπικού και του νοσηλευτικού προσωπικού**Θετικά** απάντησαν για:

α) τη συμβολή της ψυχολόγου το 32%

β) για το ιατρικό προσωπικό το 47%

γ) για το νοσηλευτικό προσωπικό το 90%

3. Κύρια υποστήριξη μετά την έξοδο:

Η πλειονότητα ανέφερε την παρουσία του συζύγου και της οικογένειας.

4. Κατάσταση συζυγικής σχέσης:

Θετικά απάντησαν το 81%.

5. Συναισθηματική κατάσταση:

Αρνητικά απάντησαν το 62%.

6. Τι θα ήθελαν διαφορετικό κατά την παραμονή του παιδιού τους στη ΜΕΝ:

Η πλειονότητα τόνισε την ελεύθερη είσοδο στη Μονάδα κατά το χρόνο νοσηλείας του παιδιού τους.

πολλές φορές εμφανής, ίσως και πιο έντονη, την ώρα εξόδου του νεογνού από τη ΜΕΝ.

Πολλοί συγγραφείς δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη δικτύων συνεχούς συναισθηματικής και κοινωνικής υποστήριξης των γονιών που αντιμετωπίζουν την κρίση αυτή^{12,13}. Οι γονείς συχνά είναι αβοήθητοι παρατηρητές και σπάνια ενεργοί συμμετοχοί στη φροντίδα του παιδιού λόγω ιατρικών αιτιών αλλά και λόγω της δυσκολίας στη συναισθηματική επένδυσή^{4,5,14}. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να υποστηριχθεί το προσωπικό των ΜΕΝ να ενθαρρύνει τους γονείς να φροντίζουν εξ αρχής ενεργά τα νεογνά τους. Έχει αποδειχθεί ερευνητικά^{5,14,15} ότι αυτή η ενεργός εμπλοκή των γονέων με το παιδί μπορεί να φανεί πολύ βοηθητική στην επεξεργασία της ενοχής και του άγχους που νοιώθουν.

Η ευαισθητοποίηση του προσωπικού και η δημιουργία προγραμμάτων ψυχολογικής υποστήριξης μετά την έξοδο από τη Μονάδα βοηθούν στην αντιμετώπιση των χρόνιων συναισθημάτων ενοχής και αμφιθυμίας που συχνά οι γονείς αυτοί παρουσιάζουν, καθώς και στην αντιμετώπιση των πολλών πρακτικών προβλημάτων που όχι σπάνια απειλούν

με διάσπαση την οικογένεια. Η κρίση του συζυγικού ζεύγους μετά τη γέννηση ενός πρόωρου νεογνού έχει μελετηθεί από αρκετούς συγγραφείς και επιπλέον, φαίνεται η κρίση αυτή να περιλαμβάνει τα αδέρφια αλλά και την ευρύτερη οικογένεια^{16,11,17,13,15}.

Η συνεχής παροχή παιδοψυχιατρικής υποστήριξης είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις όπου φαίνεται να διαταράσσεται σοβαρά η ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Αρκετά άρθρα στη βιβλιογραφία αναφέρονται στη συσχέτιση μεταξύ πρόωρης γέννησης, νεογνικών επιπλοκών, δυσκολιών στην ανάπτυξη και διαταραχής στο συναισθηματικό δεσμό, καθώς και στην ενδυνάμει κακοποίηση ή παραμέληση των παιδιών αυτών αργότερα^{20,21}. Ακόμα και στις περισσότερες περιπτώσεις όπου υπάρχει αίσια έκβαση, τόσο στην ιατρική εξέλιξη του παιδιού όσο και στη φυσιολογική ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού, αυτό το ιστορικό της έντονης συναισθηματικής κρίσης στους γονείς και στην υπόλοιπη οικογένεια αποτελεί υπαρκτό παράγοντα κινδύνου για τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού κατά τους πρώτους μήνες της ζωής αλλά και περαιτέρω, λόγω της ανάπτυξης υπερπροστατευτικότητας των γονιών και του λοιπού περιβάλλοντος που μπορεί να είναι επιβαρυντική στην εξέλιξη του παιδιού^{4,5,19}.

Από τη βιβλιογραφία, όπου αναφέρονται τα αποτελέσματα οργανωμένων προγραμμάτων παρέμβασης, προκύπτει ότι παρά τη γενικότερη θετική προσαρμογή μητέρων προώρων που παρατηρείται μέχρι την ηλικία των 3 ετών, το 10% αυτών που είχαν εκδηλώσει σοβαρά συμπτώματα ψυχολογικού stress κατά τη νεογνική περίοδο παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και ανησυχίας μέχρι και την ηλικία των 2 ετών του παιδιού¹¹. Η ψυχολογική παρακολούθηση τους λοιπόν είναι ενδεδειγμένη.

Γι' αυτούς τους λόγους, έχουν δημιουργηθεί προγράμματα αντιμετώπισης νεογνών και των οικογενειών τους, με βάση την υπόθεση ότι τα αρνητικά ή θετικά πιστεύω της μητέρας, όσον αφορά το ρόλο της και το νεογνό της, έχουν αντανάκλαση στην έκβαση της κατάστασης του νεογνού^{10,16,11,17}. Οι δύο βασικές λειτουργίες των στρατηγικών αντιμετώπισης στα προγράμματα αυτά είναι: 1) η ρύθμιση των συναισθηματικών απαντήσεων των γονιών και 2) η δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων^{10,16,11,17}. Έτσι, μητέρες που συμμετέχουν στα προγράμματα αντιμετώπισης αναμένεται να είναι περισσότερο ικανές να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των νεογνών, να τα εφοδιάζουν με περισσότερο κατάλληλα ερεθίσματα και να έχουν με αυτά θετικότερες αλληλεπιδράσεις.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα μελετών πρώιμης παρέμβασης παρέχουν ισχυρές αποδείξεις ότι θετική έκβαση για τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά και τις μητέρες τους είναι δυνατόν να επιτευχθεί μέσω πρώιμων παρεμβάσεων, που είναι πρακτικές, εύκολα αναπαραγόμενες και μπορεί να χορηγούνται σαν ρουτίνα από ενήμερο και εκπαιδευμένο προσωπικό των Μονάδων εντατικής νοσηλείας. Επίσης, απαραίτητος και ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο σωστός σχεδιασμός του προγράμματος εξόδου του νεογνού από τη Μονάδα. Αυτό τον προγραμματισμό οργανώνουμε στη Μονάδα μας με τη συμμετοχή της Διασυνδεδετικής Παιδοψυχιατρικής.

Liaison Child psychiatry at the intensive care unit

M. Anagnostakou, T. Korpa, H. Bouza, M. Liakopoulou
(*Ann Clin Paediatr* 2009, 56(1):72-77)

Premature births have reached the level of 8,5% in Greece. Neurodevelopmental abnormalities may appear later on these children and are inversely related to the length of gestation and birth weight. Early intervention is one of the main functions of the Liaison Child psychiatrist working at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). It is also important to evaluate the family for its adaptive capacity before discharge from the NICU and connect it with the appropriate agencies in the community. The Liaison child psychiatrist has to sensitize the staff of the NICU to the needs of the family and the neonate.

In the B' NICU of Children's hospital «Agia Sofia», a program of early intervention exists during the last 10 years for neonates of BW<1500 gr. In a study of the parents of this unit, 81% of fathers and 78% of mothers of neonates were found to have symptoms of anxiety. A questionnaire filled by parental couples showed how important was their support by the nursing staff.

Key words: neonatal intensive care unit, Liaison child psychiatry, crisis intervention.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τζουμάκα-Μπακούλα Χ., Λεκέα Β., Καββαδίας Γ., Μακρή Α., Κουτσοβίτης Π., Μαρσανιώτης Ν. Η περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα τα τελευταία 15 χρόνια. Πρακτικά Ακαδημίας Αθηνών, 75: 101-112.
2. Richardson DK, Tarnow-Mordow WO, Escobar GJ. Neonatal risk systems. Can they predict mortality and morbidity? Clinics in Perinatology 1998; 25:591-611.
3. Kaplan D, Mason E. Maternal reaction to premature birth viewed as an acute emotional disorder. A J Ortho 1960; 30:539-552.
4. Oberfield R, Gabriel HP. Prematurity, birth defects and early death: Impact on the family. In: Child and Adolescent Psychiatry. M Lewis, Ed. Baltimore Williams and Wilkins 1991; 954-964.
5. Λιακοπούλου Μ. Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα παιδιών με προωρότητα και των οικογενειών τους. Δελτ. Α' Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών 1999; 46:200-203.
6. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y). 1983 by Consulting Psychologists Press, Inc.
7. Freely N, Cottliebl L, Zekowitz P. Mothers and fathers of very low-birthweight infants: similarities and differences in the first year after birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2007; 36:558-67.
8. Doering L, Dracup K, Moser DK. Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high-risk infants in the neonatal intensive care unit. Journal of Perinatology 1999; 19:132-137.
9. Affleck G, Tenneu H, Rowe J. Mothers, fathers and the crisis of newborn intensive care. Infant Mental Health Journal 1990; 911:12-25.
10. Brooten D, Gennaro S, Brown LP, Butts P, Gibbons AL, Blackwell-Sachs S, Kumar SP. Anxiety depression and hostility in mothers of preterm infants. Nursing Research 1988; 37:213-216.
11. Sinyer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Liliern L, Baley J. Maternal psychological distress and parenting after the birth of a very low birth weight infant. JAMA 1999; 281:799-805.
12. Pasco J, Earp JA. The effect of mothers' social support and life changes on the stimulation of their children at home. Am J Public Health 1984; 74:358-360.
13. Blackburn S, Lowen L. Impact of an infant's premature birth on the grandparents and parents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1986; 14:173-178.
14. Boris NW, Abraham J. Psychiatric Consultation to the Neonatal Intensive Care Unit: Liaison Matters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38:1310-1312.
15. Nurcombe B, Howell DC, Rauh VA, Teti DM, Ruoff P, Brennan J. An Intervention Program for Mothers of Low-Birthweight Infants Preliminary Results. J Am Acad Child Psychiatry 1984; 23:319-325.
16. Gennaro S, Brooten D, Roncoli M, Kumar S. Stress and health outcomes among mothers of low birth weight infants. Western Journal of Nursing

-
- Research 1993; 15:97-113.
17. Johnson JE, Fieler VK, Jones LS, Wlasowicz GS, Mitchell ML. Self-regulation theory: Applying theory to your practice. Pittsburgh PA, Oncology Nursing Press, 1997.
 18. Drotar D, Baskiewicz A, Irvin N. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics* 1975; 56:710-717.
 19. Poznanski E. Psychiatric difficulties in siblings of handicapped children. *Clin Pediatr* 1969; 8:232-234.
 20. Als H, Brazelton TB. A new model of assessing the behavioural organization in preterm and fullterm infants-two case studies. *Child Psychiatry* 1981; 20:139-263.
 21. Hunter R, Kilstrom N, Kraybill E. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics* 1987; 61:629-635.