

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου

Child & adolescent psychiatry

ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΕΝΩΣΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

JOURNAL OF THE HELLENIC SOCIETY
OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ένωση Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων

HELLENIC
SOCIETY
OF CHILD
& ADOLESCENT
PSYCHIATRY

Ιδιοκτήτης
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΕΝΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

Owner
HELLENIC SOCIETY
OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

Εκδότης
N. Ζηλίκης

Publisher
N. Zilikis

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

EXECUTIVE COMMITTEE

Πρόεδρος
Δ. Αναγνωστόπουλος

President
D. Anagnostopoulos

Αντιπρόεδρος
N. Ζηλίκης

Vice President
N. Zilikis

Γραμματέας
Ευ. Σουμάκη

Secretary
Eu. Soumaki

Ταμίας
Αθ. Κανελλόπουλος

Treasurer
Ath. Kanellopoulos

Μέλη
Ι. Γιαννοπούλου
Κ. Μαγκλάρα
Αικ. Μπιτζαράκη

Members
I. Giannopoulou
K. Maglara
A. Bitzaraki

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

EDITORIAL BOARD

Πρόεδρος
Ε. Λαζαράτου

President
H. Lazaratou

Μέλη
Δ. Γεωργιάδης
Γ. Γιαννακόπουλος
Μ. Λιακοπούλου
N. Ζηλίκης

Members
D. Georgiadis
G. Giannakopoulos
M. Liakopoulou
N. Zilikis

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Γρ. Αμπατζόγλου
Δ. Αναστασόπουλος
Α. Γρηγοριάδου
Χρ. Ζερβής
Στ. Καραγιάννη
Γ. Καραντάνος
Γ. Κολαΐτης
Α. Κουμούλα
Σ. Κωτσόπουλος
Σ. Μανωλόπουλος
Ου. Μαχαίρα
Κ. Μπαζαρίδης
Α. Ρούσσου
Α. Σερντάρη
Γ. Στεφανάτος
Στ. Χριστογιώργος

F.C. Cuhadaroglu
S. Eliez
B. Falissard
E.J. Fombonne
B. Golse
H. Johannes
P. Kimisis
R. Minderaa
O. Omigbodun
Ph. Reynoud
A. Stringaris
J. Tsiantis
S. Tyano
P. Vostanis

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ

EDITING-ADVERTISING

Αδριανείου 3 & Κατεχάκη, 115 25 Αθήνα (N. Ψυχικό)
Τηλ.: 210-67 14 371 – 210-67 14 340, Fax: 210-67 15 015
e-mail: betamedarts@otenet.gr, e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000



3 Adrianou & Katechaki str., GR-115 25 Athens, Greece
Tel.: (+30) 210-67 14 371 – 210-67 14 340, Fax: 210-67 15 015
e-mail: betamedarts@otenet.gr, e-shop: www.betamedarts.gr
EN ISO 9001:2000

Υπεύθυνος τυπογραφείου

Printing supervision

Α. Βασιλάκου
Αδριανείου 3 & Κατεχάκη – 115 25 Αθήνα (N. Ψυχικό), Τηλ. 210-67 14 340

A. Vassilakou
3 Adrianou & Katechaki str. – GR-115 25 Athens, Tel. (+30) 210-67 14 340

Μαιάνδρου 23 & Αιγινήτου, 1ος όροφος, 115 28 Αθήνα
Τηλ. 210-72 11 845, Fax: 210-72 15 082
e-mail: info@hscap.gr, www.hscap.gr

23 Maiandrou str., GR-115 28 Athens, Greece
Tel.: (+30) 210-72 11 845, Fax: (+30) 210-72 15 082
e-mail: info@hscap.gr, www.hscap.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Άρθρο Σύνταξης

Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος..... 5

Θεωρητικά θέματα

Μερικές σκέψεις για τις «ιδιαιτερότητες»
της ψυχοθεραπείας παιδιών και τις «διαφορές»
από τη θεραπεία ενηλίκων
Κ. Μπαζαρίδης 7

Ερευνητική εργασία

Διαχρονική μελέτη της εξέλιξης της αναγνωστικής
ικανότητας μαθητών με διαταραχές σχολικών ικανοτήτων,
από την έναρξη ως το τέλος της Α' Βάθμιας Εκπαίδευσης:
Προκαταρκτικά αποτελέσματα
σε συσχέτιση με τη γλωσσική ανάπτυξη
Αικ. Σακελλαρίου, Μ. Βλασσόπουλου, Ζ. Καλογεράκης,
Ε. Λαζαράτου, Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος 15

Αναπτυξιακός τραυλισμός και συνοδές
δυσκολίες λόγου και ομιλίας
Ειρ. Πετράκη, Μ. Βλασσόπουλος, Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος 23

Ανασκοπήσεις

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής
και υπερκινητικότητας και οι αρνητικές
επιπτώσεις της στην εφηβεία
Ε. Τσαλαμανιός, Κ. Κώτσης 32

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή από τη σκοπιά
της Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου
Α. Σερντάρη 42

Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
και επικοινωνιακές δεξιότητες
Ε. Νέου, Μ. Βλασσόπουλου, Ε. Λαζαράτου,
Χ. Παπαγεωργίου 50

Συμπεριφορές σχολικού εκφοβισμού και βίας (bullying)
σε μαθητές Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης με ειδικές
εκπαιδευτικές ανάγκες: Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας
Α. Ντασιώτη, Γ. Κολαίτης 57

Συναισθηματικός δεσμός και εσωτερικευμένες διαταραχές
υπό το πρίσμα της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας
Α. Καλαβρής, Ειρ. Καραμανή 65

Ψυχικό τραύμα παιδιών και εφήβων:
Μια αναπτυξιακή θεώρηση
Κ. Παπαδάκη, Α. Γιαννούλης 74

Ειδικό άρθρο

Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων:
Επίσημη θέση για την ψυχική υγεία των παιδιών
και των εφήβων-προσφύγων
D.C. Anagnostopoulos, J. Hebebrand, St. Eliez, M.B. Doyle,
H. Klasen, S. Crommen, F.C. Cuhadaroglu,
M. Pejovic-Milovancevic, O. Herreros, R. Minderaa,
A. Karwautz, C.G. Svedin, J.Ph. Raynaud 82

Οδηγίες για τους συγγραφείς 86

Εις Μνήμην Χ. Ιεροδιακόνου 90

CONTENTS

Editorial

D.C. Anagnostopoulos..... 5

Theoretical articles

Some thoughts on the "specificities"
of psychotherapy with children and the "differences"
from psychotherapy with adults
K. Bazaridis 7

Research article

A longitudinal study of the evolution
of reading ability in students with school performance
disorders during the years of primary education:
Preliminary results correlating
with linguistic development
K. Sakellariou, M. Vlassopoulou, Z. Kalogerakis,
E. Lazaratou, D.C. Anagnostopoulos 15

Developmental stuttering and concomitant
speech and language difficulties
Eir. Petraki, M. Vlassopoulos, D.C. Anagnostopoulos 23

Reviews

Attention deficit and hyperactivity
disorder and adverse consequences
in adolescence
E. Tsalamaniotis, K. Kotsis 32

Obsessive compulsive disorder the perspectives
of Child and Adolescent Psychiatry
A. Serdari 42

Assisted reproduction
and communicative skills
E. Neou, M. Vlassopoulou, E. Lazaratou,
Ch. Papageorgiou 50

Bullying and violence in primary education
students with special educational needs:
Review of literature
A. Dasioti, G. Kolaitis 57

Attachment and internalizing disorders,
a developmental psychopathology perspective
A. Kalavris, Eir. Karamani 65

Psychological trauma of children and adolescents:
A developmental approach
K. Papadaki, A. Giannoulis 74

Special article

European Society of Child and Adolescent Psychiatry:
Position statement on mental health of child
and adolescent refugees
D.C. Anagnostopoulos, J. Hebebrand, St. Eliez, M.B. Doyle,
H. Klasen, S. Crommen, F.C. Cuhadaroglu,
M. Pejovic-Milovancevic, O. Herreros, R. Minderaa,
A. Karwautz, C.G. Svedin, J.Ph. Raynaud 82

Instructions to authors 88

In Memoriam Ch. Ierodiakonou 90

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ: ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΗΣ ΚΑΘΗΚΟΝ

Στη σύγχρονη εποχή η Παιδοψυχιατρική Κοινότητα καλείται να ασκήσει το έργο της σε διαφορετικές και συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες, τόσο σε παγκόσμιο και ευρωπαϊκό επίπεδο, όσο και στην πατρίδα μας, οι οποίες διαμορφώνουν νέα δεδομένα, κοινά προβλήματα αλλά και εγχώριες ιδιαιτερότητες.

Η κλινική πρακτική της ψυχιατρικής του παιδιού και του εφήβου από τη φύση της, εκτείνεται πέρα από την αυστηρά ιατρική πράξη, σε πεδία όπως είναι η ανάπτυξη και η διαμόρφωση του ανθρώπινου υποκείμενου, από τη σύλληψη μέχρι την ενήλικη ωρίμανσή του, στο πλαίσιο που ορίζεται κάθε φορά από τις συγκεκριμένες ιστορικές, κοινωνικές, πολιτικές και γενικότερες συνθήκες του περιβάλλοντος.

Σήμερα, ο τρόπος που προσεγγίζουμε το ηλικιακό φάσμα (0–18), που παραδοσιακά αποτελεί αντικείμενο της κλινικής μας πρακτικής, χρειάζεται να αλλάξει και στα δύο του άκρα. Το ζήτημα της συνέχειας της εφηβικής παθολογίας στην ενήλικη ζωή, καθιστά επιτακτική την ανάγκη της διαμόρφωσης προληπτικών και θεραπευτικών προσεγγίσεων, που εκτείνονται πέραν των 18. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της κατανόησης και αντιμετώπισης των μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών, που οδήγησαν στη συγκρότηση του νέου κλάδου της ψυχιατρικής της νεότητας. Αλλά και από την άλλη άκρη της αρχής του φάσματος, τίθεται το ίδιο καθήκον. Η τεκμηριωμένη αναγνώριση της επίδρασης της μητρικής ψυχοπαθολογίας, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών στο παιδί, ορίζει νέα όρια στη σχέση της περιγεννητικής ψυχιατρικής και της ψυχιατρικής των νηπίων.

Η σύγχρονη Παιδοψυχιατρική έχει αφήσει πίσω της τον παλαιό δυισμό-διχασμό ανάμεσα στο σωματικό και ψυχικό. Όμως, η αναγνώριση μόνο του βιολογικού παράγοντα δεν αρκεί για να κατανοήσουμε τη φύση της ψυχικής διαταραχής των παιδιών και των εφήβων. Σε κάθε περίπτωση, χρειάζεται να αξιολογήσουμε τις οικογενειακές συνθήκες, τις εκπαιδευτικές δυνατότητες αλλά και γενικότερους παράγοντες του περιβάλλοντος, όπως είναι για παράδειγμα, η κοινωνική βία, η κάθε μορφής κακοποίηση των παιδιών και η φτώχεια. Χαρακτηριστική είναι η πρόσφατη μελέτη των Sturrock & Hodes (2016)¹ για την παιδική εργασία στις χαμηλές και μεσαίες οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες. Η εργασιακή εκμετάλλευση των παιδιών αποδείχτηκε ως ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση σοβαρής ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα των εσωτερικευμένων διαταραχών. Η κοινωνική ανισότητα γίνεται παράγοντας που καθορίζει την άσκηση της ειδικότητάς μας σε όλο της το εύρος, δηλαδή, στη θεωρητική κατανόηση, τη διαγνωστική επάρκεια, τη θεραπευτική αντιμετώπιση αλλά και των ερευνητικών προτεραιοτήτων. Αυτή η πραγματικότητα συμβαίνει, είτε τη συνειδητοποιούμε και την αντιμετωπίζουμε στην κλινική μας καθημερινότητα, στο μέτρο της ευθύνης μας είτε όχι.

Σήμερα, γινόμαστε μάρτυρες της αντιφατικής κατάστασης, όπου ενώ είναι παραδεκτό ότι το 10–20% των παιδιών και των εφήβων παγκοσμίως υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή και ο αριθμός των περιστατι-

κών στα οποία τίθεται ψυχιατρική διάγνωση συνεχώς αυξάνει, παρόλ' αυτά οι δείκτες ψυχιατρικής νοσηρότητας δεν μειώνονται. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το χάσμα ανάμεσα στην αναγνώριση μιας ψυχοπαθολογικής κατάστασης και στην αντιμετώπισή της παραμένει μεγάλο.²

Τα διεθνή δεδομένα ερμηνεύουν αυτήν την κατάσταση δείχνοντας: (α) ότι ακόμα παραμένει μεγάλος ο αριθμός των παιδιών και των εφήβων που δεν προσέρχονται στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, (β) ότι ακόμα και από τα παιδιά που διαγιγνώσκονται ένας πολύ μεγάλος αριθμός από αυτά δεν λαμβάνει κανενός είδους θεραπεία, (γ) ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η θεραπεία που χορηγείται περιορίζεται στη χρήση ψυχοφαρμάκων (αντιψυχωσικών) ακόμα και σε παιδιά 2–5 ετών, (δ) στην έλλειψη υποδομών για ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και (ε) ότι η σύγχρονη έρευνα έχει κυρίως εστιάσει στις συμπεριφορικές εκδηλώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών, αποτυγχάνοντας έτσι να αποκαλύψει τους αιτιολογικούς παράγοντες, να φωτίσει τις πρώιμες νευροαναπτυξιακές παρεκκλίσεις, και να δείξει τις ψυχοπαθολογικές διαδρομές που οδηγούν στην εγκατάστασή τους.²

Στην Ελλάδα, βιώνουμε όλα τα παραπάνω, μέσα από την ειδικότερη για εμάς κατάσταση, της «διπλής κρίσης». Από τη μία πλευρά έχουμε τις επιπτώσεις της μακροχρόνιας, βαθιάς κοινωνικο-οικονομικής κρίσης και από την άλλη πλευρά, ταυτόχρονα, αντιμετωπίζουμε τις συνέπειες της μεταναστευτικής-προσφυγικής κρίσης. Έγκαιρα, έχουμε επισημάνει τις συνέπειες, τόσο στο επίπεδο της αύξησης της ψυχιατρικής νοσηρότητας στα παιδιά και τους εφήβους, όσο και στην ποιοτική διαφοροποίησή της, με την επικράτηση της σοβαρής εφηβικής ψυχοπαθολογίας. Επίσης, έχουμε αναδείξει τις συνέπειες στην ποσοτική και ποιοτική υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο από τον δημόσιο, όσο και τον ιδιωτικό τομέα.^{3,4}

Η Ελληνική Παιδοψυχιατρική Κοινότητα, απέναντι σε αυτήν την κατάσταση στο σύνολό της, προσπαθεί να ανακόψει και να αναστρέψει αυτές τις αρνητικές συνέπειες, ανάλογα με το μέτρο ευθύνης του καθενός.

Το παρόν Διοικητικό Συμβούλιο, έχει θέσει ως βασική προτεραιότητα της δραστηριότητάς του, να πραγματοποιήσει όλες εκείνες τις δράσεις, που θα βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση της «κρίσης», τόσο σε κλινικό, όσο και σε ερευνητικό επίπεδο, καθώς και τη διαμόρφωση προτάσεων για αποτελεσματικές και επαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τα παιδιά και τους εφήβους σε όλα τα επίπεδα πρόληψης. Η προσπάθεια αυτή προϋποθέτει την ενεργή συμμετοχή όλης της Παιδοψυχιατρικής Κοινότητας.

Σε ό,τι αφορά στο περιοδικό μας, χρειάζεται να μετατραπεί σε εργαστήριο μελέτης και διαλόγου, ανοιχτό προς όλους και ταυτόχρονα απαιτητικό στην ποιότητά του. Στην κατεύθυνση αυτή το Διοικητικό Συμβούλιο προχώρησε στην ενίσχυση της Συντακτικής Επιτροπής με νέα μέλη. Επίσης, συνέστησε Διεθνή Συμβουλευτική Επιτροπή (International Advisory Board) με τη συμμετοχή σημαντικών ξένων συναδέλφων και Συμβουλευτική Συντακτική Επιτροπή, αποτελούμενη από διακεκριμένους Έλληνες συναδέλφους.

Εκ μέρους του Διοικητικού Συμβουλίου επιθυμώ και από τη στήλη αυτή να εκφράσω τις ευχαριστίες σε όλους, που με μεγάλη προθυμία έσπευσαν να συμβάλουν στην επιδιωκόμενη αναβάθμιση του περιοδικού μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς.

Δημήτρης Κ. Αναγνωστόπουλος

Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου
Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος

Βιβλιογραφία

1. Sturrock S, Hodes M. Child labour in low- and middle-income countries and its consequences for mental health: a systematic literature review of epidemiologic studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016, 25:1273, doi:10.1007/s00787-016-0864-z
2. Polanczyk GV. Identifying the gaps between science, policies, services, and the needs of youths affected by mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014, 23:1119, doi:10.1007/s00787-014-0650-8
3. Anagnostopoulos DC, Soumaki E. The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013, 22:131, doi:10.1007/s00787-013-0377-y
4. Anagnostopoulos DC, Giannakopoulos G, Christodoulou NG. A Compounding Mental Health Crisis: Reflections from the Greek Experience with Syrian Refugees. *Am J Psychiatry* 2016, 173:1081–1082

ΜΕΡΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ «ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ» ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ «ΔΙΑΦΟΡΕΣ» ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Κ. Μπαζαρίδης

*Παιδοψυχίατρος, Ψυχαναλυτής, Μέλος της Ελληνικής Ψυχαναλυτικής Εταιρείας
και της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Ένωσης. Προϊστάμενος της Ιατροπαιδαγωγικής Υπηρεσίας
του Παραρτήματος Αιγάλεω του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής
και Ερευνών (ΕΚΕΨΥΕ)*

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:7–14

Η σύγκριση ανάμεσα στις ψυχαναλύσεις παιδιών, εφήβων και ενηλίκων καθώς και η αναγνώριση των ομοιοτήτων και των διαφορών τους προσελκύουν όλο και περισσότερο το ενδιαφέρον μας. Στο κείμενο αυτό γίνεται μια προσπάθεια να καταγραφούν οι διαφοροποιήσεις τους σε κάποιους τομείς της θεραπευτικής εργασίας. Τέτοιοι τομείς είναι το αίτημα θεραπείας, η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση, η μελέτη του παιχνιδιού, του ονείρου, της θεραπευτικής γλώσσας, της έννοιας του χρόνου, καθώς και το βίωμα της εξελικτικής πορείας. Επισημαίνονται ακόμα οι ιδιαίτερες απαιτήσεις και οι παγίδες της θεραπευτικής εργασίας με παιδιά όπως και η δυσκολία διαχείρισης της σεξουαλικότητας των παιδιών, αλλά και τα σημαντικά οφέλη που αποκομίζει ο θεραπευτής παιδιών τόσο στην τεχνική του, όσο κυρίως στη συνεχή επεξεργασία των δικών του βιωμάτων.

Λέξεις ευρετηρίου: Ψυχοθεραπεία παιδιών, ψυχοθεραπεία ενηλίκων, παιδικό.

«Πώς είπατε; Αναλύσατε μικρά παιδιά, παιδιά ηλικίας έξι ετών; Μπορεί να γίνει κάτι τέτοιο; Δεν αντενδείκνυται στην ηλικία αυτή;»

«Γίνεται, και μια χαρά μάλιστα. Είναι απίστευτο τι διαδραματίζεται ήδη στην ψυχή ενός παιδιού τεσσάρων-πέντε ετών. Στην ηλικία αυτή η πνευματική δραστηριότητα είναι πολύ μεγάλη, και η πρώιμη περίοδος της σεξουαλικότητας συνιστά κι αυτή μια περίοδο πνευματικής άνθησης. Έχω την εντύπωση ότι η είσοδος στη λανθάνουσα περίοδο επιφέρει αναστολή αυτής της πνευματικής δραστηριότητας, τα παιδιά γίνονται πιο κουτά. Τότε πολλά χάνουν και τη φυσική τους χάρη. Όσον αφορά δε στην ενδεχόμενη ζημιά από μια πρόωγη ανάλυση, είμαι σε θέση να σας πω ότι το πρώτο παιδί στο οποίο εφαρμόστηκε αυτό το τολμηρό πείραμα, πριν από είκοσι περίπου χρόνια, εξελίχθηκε σε έναν υγιή και δημιουργικό νέο, ο οποίος, παρά τα σοβαρά ψυχικά τραύματα που είχε υποστεί, διήλθε την εφηβεία του χωρίς προβλήματα. Ελπίζω ότι και τα υπόλοιπα “θύματα” της ανάλυσης σε πολύ μικρή ηλικία θα έχουν την ίδια ευνοϊκή εξέλιξη. Οι αναλύσεις παιδιών παρουσιάζουν πολλαπλό ενδιαφέρον, το οποίο ενδέχεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο στο μέλλον, καθώς έχουν αδιαμφισβήτητη αξία για τη θεωρία. Παρέχουν ασφαλέστερες πληροφορίες για ζητήματα που παραμένουν εκκρεμή στις αναλύσεις ενηλίκων, και προστατεύουν έτσι τον αναλυτή από εσφαλμένες κρίσεις και από τις συνακόλουθες συνέπειες...».

S. FREUD: Το ζήτημα της ανάλυσης
από μη γιατρούς (IV κεφάλαιο)
(Ελλ. έκδοση, Αθήνα,
εκδ. Πλέθρον, 2008, μτφρ. Ε. Βαϊκούση)

«...αν οι τραυματισμοί της παιδικής ηλικίας δεν είναι η στεριά που ο Freud αναζητούσε ακατάπαυστα, αν η πρωταρχική σκηνή δεν μας προσφέρει τις απαραίτητες εγγυήσεις, ώστε ξεκινώντας από αυτή να μπορούμε να ιχνηλατήσουμε ό,τι πρόκειται να συμβεί στη ζωή ενός υποκειμένου, τότε θα πρέπει να βρούμε στο απώτατο παρελθόν του ανθρώπινου είδους εκείνα τα γεγονότα και τα βιώματα τα οποία θα μας δώσουν τις πρώτες εξηγήσεις για το γιατί έγινε έτσι το κάθε υποκείμενο, όταν ενηλικιώθηκε, και το τι θα απογίνει ο πολιτισμός που έχει δημιουργήσει».

S. VIDERMAN: La construction
de l'espace analytique (ed. Denöel, 1970)

Η διαμάχη για το πόσο διαφέρει η ανάλυση παιδιών, εφήβων και ενηλίκων είναι σε εξέλιξη. Η αντίληψη που κυριαρχεί είναι ότι η ανάλυση και η ψυ-

χοθεραπεία παιδιών απέχει αρκετά από την ανάλυση εφήβων, αλλά κυρίως, από αυτήν των ενηλίκων. Είναι μια αντίληψη η οποία αποτυπώνεται και στους εκπαιδευτικούς θεσμούς, καθώς η διαμόρφωση ψυχαναλυτών και ψυχοθεραπευτών παιδιών και εφήβων διαχωρίζεται από αυτήν των ψυχαναλυτών (και ψυχοθεραπευτών) ενηλίκων. Ωστόσο, πληθαίνουν οι φωνές αυτών που υποστηρίζουν εμφαντικά (Ferro & Basile 2006, Sugarman 2009) ότι δεν υπάρχει τίποτε το εξειδικευμένο στην ανάλυση των παιδιών, που θα μπορούσε να τη διαφοροποιήσει από την ανάλυση των ενηλίκων. «Υπάρχει μόνο μία ψυχανάλυση, η οποία μπορεί να αποκλίνει στο πλαίσιο και τον τρόπο έκφρασης, ανάλογα με τη μοναδικότητα που έχει κάθε ψυχαναλυτική συνάντηση», λένε. Δεν είναι εύκολο να πάρει κανείς οριστική θέση σε μια τόσο σύνθετη αντιπαράθεση. Τα βιώματα και οι θεωρητικές συμπυκνώσεις που κατακτάμε είναι άμεσα συναρτημένα με την προσωπική εξέλιξη του καθενός αλλά και το ιστορικό-πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς. Θέματα που φαντάζουν τόσο διαφορετικά χάνουν την οξύτητά τους με τα χρόνια, καθώς αλλάζουν οι περιστάσεις αλλά καθώς κι εμείς αλλάζουμε, πλουτίζουμε την πείρα μας και αντιμετωπίζουμε όλο και πιο σύνθετες συμπτωματολογικές εκφράσεις.

ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ– ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Όλα αυτά τα εκατό περίπου χρόνια που, με τον έναν ή τον άλλον τρόπο, ασκείται η ψυχανάλυση παιδιών, έχει καταγραφεί μια ολόκληρη σειρά από σημαντικές τυπικές και λειτουργικές διαφοροποιήσεις στην ανάλυση (και ψυχοθεραπεία) συγκεκριμένων ηλικιακών κατηγοριών. Ωστόσο, στο παρόν κείμενο επέλεξα μερικούς θεματικούς άξονες που θεωρώ ότι σχετίζονται με πολύ ουσιαστικές διαφοροποιήσεις της ψυχαναλυτικής διεργασίας σε παιδιά και ενήλικες.

α. Το αίτημα θεραπείας και η πρόσληψή του

Μπορούμε να διαπιστώσουμε μια πολύ σημαντική διάκριση στον τρόπο που ένα παιδί αρχίζει τη θεραπευτική διεργασία, σε σχέση με τον τρόπο που την αποζητά ένας ενήλικος. Ο Freud (1990) τόνισε την αστάθεια και τις συνεχείς ανατροπές στη θεραπευτική συμμαχία, ακόμη τη δυσκολία ενόρασης και ενδοσκόπησης και την πολύ μεγάλη απροθυμία του παιδιού, να αντιμετωπίσει τη σύγκρουση και τη δυσaréσκεια.

Όμως το πιο σημαντικό είναι ότι το αίτημα του παιδιού συμπλέκεται με το αίτημα των γονιών και την όλη διαμόρφωση της οικογενειακής και διαγενεαλογικής περιπλοκής. Με άλλα λόγια, στην ανάλυση ενός ενήλικου, ακόμη και αν τα μέλη της οικογένειάς του ή πολύ κοντινά του πρόσωπα καταθέτουν ποσά επένδυσης στον αναλυτή, αυτός δεν είναι υποχρεωμένος να συνδιαλλαγεί μαζί τους. Βασικό του μέλημα είναι οι συγκρούσεις και οι ψυχικές λειτουργίες του ασθενούς, καθώς και οι αντιμεταβιβαστικές αποκρίσεις του ίδιου του αναλυτή. Αν όμως ο ασθενής είναι παιδί, τότε ο αναλυτής (και ο ψυχοθεραπευτής) θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός με τις μεταβιβάσεις που οργανώνουν οι γονείς και το κοντινό περιβάλλον τους προς αυτόν. Οι δικές τους συγκρούσεις, οι ενορμητικές αναζητήσεις τους και τα εσωτερικά τους αντικείμενα κινούνται πίσω από την απόφασή τους να οδηγηθεί το παιδί στη θεραπεία. Ο θεραπευτής θα πρέπει πολύ προσεκτικά να διαχειριστεί τα άγχη, την ενοχή τους, την οδύνη τους, τα ναρκισσιστικά τους τραύματα, καθώς έχουν «αναγκασθεί» να αποζητήσουν βοήθεια για το παιδί τους αναγνωρίζοντας, σε κάποιον βαθμό, τις αποτυχίες και τις δυσλειτουργίες τους. Πρέπει πάντα να προσμετράμε ότι μας «παραδίδουν» ό,τι πολυτιμότερο έχουν, το παιδί τους, αλλά και τον εαυτό τους, σε μια πολύ δύσκολη στιγμή.

β. Μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση

Μιλώντας σχηματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η μεταβίβαση ενός παιδιού, μολονότι έχει κοινά τα βασικά σημεία με τη μεταβίβαση του ενήλικου, είναι συνήθως περισσότερο διακοπτόμενη και ασυνεχής, και απαιτεί τη σωματική παρουσία του αναλυτή, ώστε να παρέχονται συνεχή αισθητηριοκινητικά ερείσματα για τη θεμελίωσή της. Το πλέον ιδιαίτερο γνώρισμά της είναι ότι εκφράζεται, «εκκενώνεται», σε πράξεις. Όμως κυρίως στην αντιμεταβίβαση θα παιχθεί ένα περίτεχνο και λεπταίσθητο παιχνίδι. Όσο λιγιστές και αν είναι οι συναντήσεις του θεραπευτή με τους γονείς ή τα πρόσωπα που φροντίζουν το παιδί-θεραπευόμενο, αυτός θα γίνει αντικείμενο των δικών τους μεταβιβάσεων, αλλά και αυτοί θα γίνουν πεδίο αναφοράς των δικών του αντιμεταβιβάσεων. Και, όπως επεσήμανε η Guignard (1995), μπορεί η δική του αντιμεταβίβαση να αποτυπώνεται επίσης σε «δράσεις». Ενώ θα προσπαθεί να διαχειριστεί τις συγκρούσεις και τη συμπτωματολογία του παιδιού ενδέχεται να τον κυριέψει η παιδική ανημπόρια. Αυτό μπορεί να ανασύρει τη δική του αίσθηση ανημπό-

ριας και να ανατρέξει στις εξωαναλυτικές παραστάσεις που έχουν εισβάλλει στον αναλυτικό χώρο. Με «ανεπίγνωστη» ευκολία μπορεί να προσφύγει στους πραγματικούς γονείς του παιδιού (εκπροσώπους των δικών του συγκρούσεων;) και να τους κατηγορήσει ως τους αποκλειστικούς υπαίτιους των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το παιδί. Μπορεί ακόμη να προσπαθήσει να λειτουργήσει διαχειριστικά, δίνοντας εκπαιδευτικές οδηγίες ή προτείνοντας συμπεριφορικές διευθετήσεις. Η εμπειρία δείχνει ότι τέτοιου είδους προσπάθειες σπάνια ακολουθούνται από ευεργετικά αποτελέσματα και πάντα ζημιώνουν τη θεραπευτική εργασία.

γ. Παιχνίδι, όνειρα, λέξεις

Οι περισσότεροι αναλυτές παιδιών χρησιμοποίησαν την υπογράμμιση του Freud (1900) ότι το παιδικό παιχνίδι αποτελεί μια αδιάσπαστη συνέχεια των ονείρων των ενηλίκων (ιδιαίτερα των αγχωδών ονείρων και των εφιαλτών). Εδώ μπορούμε να αναγνωρίσουμε μια μεγάλη διαφορά στην ανάλυση παιδιών, από την ανάλυση ενηλίκων. Ο ενήλικος βλέπει όνειρα ανάμεσα στις συνεδρίες και τα αφηγείται στη θεραπεία, προσπαθώντας να διεισδύσει σε αυτά, ή και να αποκρύψει το νόημά τους. Αντίθετα, το παιδί παίζει ή ζωγραφίζει κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Σπάνια θα φέρει ζωγραφιές που σχεδίασε, εκτός της αναλυτικής συνεδρίας. Τα δημιουργήματά του έχουν έναν ψυχαγωγικό χαρακτήρα ενώ ταυτόχρονα «ενσαρκώνουν» και τις φαντασιώσεις του. Παράλληλα, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας τα παιδιά προσπαθούν να σκεφτούν και να αφηγηθούν όσα κάνουν, σε κάποιον που προσφέρεται να τα ακούσει. «Μεταγράφουν», δηλαδή, μια δράση σε ένα φανταστικό σενάριο κατά τη διάρκεια της ίδιας συνεδρίας. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι στο παιδί τα διάφορα στάδια ψυχικής διεργασίας (δράση-φαντασίωση-λεκτική έκφραση) είναι πολύ πιο συμπεκνωμένα και αλληλένδετα. Έτσι απαιτείται πολύ μεγαλύτερη τεχνική γνώση, αλλά και κόπος από τον θεραπευτή. Αυτός πρέπει, όπως τονίζει ο Rolland (1995):

- α. Να διακρίνει από τη φύση του παιχνιδιού και τα δεδομένα που έχει, ποια στοιχεία του και κατά πόσο εκφράζουν μια γνήσια ψυχική σύγκρουση ή έχουν κυρίως μια ψυχαγωγική διάσταση.
- β. Να συμμετέχει στη διαδραστική συναλλαγή με το παιδί έντονα και σωματικά πολλές φορές.

γ. Να διακρίνει την παρείσφρηση των γονεϊκών επιθυμιών.

δ. Να μπορεί να αναγνωρίσει και να αντέξει τις ασυνείδητες επιθυμίες θανάτωσης τόσο των παιδιών όσο και των γονιών που εναποτίθενται πάνω του μέσω του παιχνιδιού ή της κινητικής δράσης και απειλούν να συνθλίψουν τη λειτουργία του.

Όμως αυτή η προσπάθεια καλλιεργεί και εμπλουτίζει την αναπαραστατική λειτουργικότητα και τη δυνατότητα ονειροπόλησης του θεραπευτή. Καλούμαστε να μετασχηματίσουμε το παιχνίδι, τη σωματική δράση, ακόμη και μια ψυχοσωματική αντίδραση σε ένα ψυχικό συμβάν. Αυτή η διαδικασία φαντασιογένεσης και μορφοποίησης εξασκούν συνεχώς τις ικανότητες ενός θεραπευτή, πολύ περισσότερο από τη θεραπεία ενηλίκων. Παρέχουν την ικανοποίηση ότι έχει πρόσβαση στις αρχικές κινήσεις του ψυχισμού και ότι αντιλαμβάνεται πως το παιδί, από την ανατολή της ζωής του, συμμετέχει στα πεπρωμένα του και δεν είναι απλά άθυρμα των διαθέσεων των άλλων. Έπειτα η σχέση με τα παιδιά βοηθά να ανακαλύψουμε ξανά τη γλώσσα μας, τον κώδικα που χρησιμοποιούμε και τις δυνατότητές του. Τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα, με τον τρόπο που μιλάμε, την προφορά μας, τον τρόπο που συντάσσουμε τις προτάσεις μας, τις κινήσεις που συνοδεύουν τις λέξεις μας. Για να ακολουθήσουμε τη σκέψη τους είμαστε αναγκασμένοι να καταδυθούμε στις ρίζες των λέξεων, τα αισθητηριοκινητικά βιώματα που τις γέννησαν και τις πρωτογενείς σημασίες τους. Όσο κι αν η λεκτική συναλλαγή είναι περιορισμένη (τουλάχιστον στην αρχή των θεραπειών) και να κυριαρχεί η εξωλεκτική επικοινωνία, ωστόσο η σκιά των λέξεων είναι παρούσα και η παιδική εκδοχή της γλώσσας, το ιδιότυπο παιδικό χιούμορ, είναι σημαντικός κώδικας κατανόησης του παιδιού.

Δεν πρέπει ποτέ να λησμονούμε αυτό που τόσο εμφαντικά επισήμανε η Dolto (1989), δηλαδή ότι τα παιδιά που βρίσκονται σε κρίση αποζητούν απεγνωσμένα την «καίρια» λέξη που θα τους βγάλει από τη σύγχυση και θα οδηγήσει στη γνώση. Ψάχνουν τις λέξεις που θα αποκωδικοποιήσουν τις σκοτεινές σκιές που τα κυριεύουν. Θέλουν δηλαδή έναν ενήλικο θεραπευτή που μπορεί να αντιληφθεί τις αποχρώσεις και τις ιδιαιτερότητες των συμπτωμάτων τους, να συνδιαλλαγεί μαζί τους και να τα αποτυπώσει σε λέξεις οι οποίες μπορεί να τα περιέξουν και να τα εκφράσουν, ώστε να ανοίξει ο δρόμος της επεξεργασίας. Αλλιώς ο δρόμος του συμπτώματος θα παραμέ-

νει πάντα ανοικτός. Αυτή η συνεχής αναζήτηση της «ουσιαστικής λέξης» είναι μια πολύ σημαντική άσκηση για έναν θεραπευτή παιδιών, πολύ πιο ουσιαστική από ό,τι για έναν θεραπευτή ενηλίκων.

Από την άλλη, το παιδί αντιλαμβάνεται τη γνήσια προσπάθεια ενός θεραπευτή και την ανταποδίδει απλόχερα.

δ. Το παιδί και ο χρόνος

Η κατάκτηση της έννοιας του χρόνου αποτελεί ένα σημαντικό θεμέλιο της ψυχικής ζωής. Συνδέεται άμεσα με τη δόμηση της ταυτότητας και την κατοχύρωση ενός ναρκισσιστικού υπόβαθρου το οποίο δεν χρειάζεται να προσφεύγει στα μεγαλομανιακά ιδανικά και στις διαψεύσεις. Αλλά η αποδοχή του νόμου του χρόνου και η αναγνώριση της σημασίας του παρελθόντος προϋποθέτουν την αποδοχή της παθητικότητας, την παραδοχή ότι αυτός ο αμείλικτος νόμος μάς ορίζει. Και αυτή η «οριστική» κατάκτηση του χρόνου και η διεργασία του πένθους για τη χαμένη αθανασία και τελειότητα πραγματώνεται –όσο πραγματώνεται– κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Για τα παιδιά ο χρόνος έχει άλλη μορφή και άλλους ρυθμούς. Συμπτύσσεται και διαστέλλεται διαφορετικά από ό,τι συμβαίνει με τους ενηλίκους. Μια αίσθηση για την ειδική λειτουργία του χρόνου έχουμε όλοι από τα όνειρα, από τις θεραπείες οριακών, αλλά και από τη συνάρτηση συναισθημάτων και χρόνου. Με τα παιδιά ερχόμαστε συνεχώς αντιμέτωποι με αλληπάλληλες διαφοροποιήσεις του υποκειμενικού βιώματος του χρόνου. Η αίσθηση που έχουν βασίζεται κυρίως στους σωματικούς τους ρυθμούς και ανάγκες. Δεν καταλαβαίνουν τον χρόνο των ενηλίκων, ούτε συμβιβάζονται εύκολα με αυτόν. Πολλά παιδιά αναρωτιούνται φωναχτά: «Γιατί περνάει ο χρόνος; Γιατί δεν μένει ακίνητος; Γιατί τρέχει;». Η όποια γνώση έχουμε για τις πρωτογενείς διαδικασίες και την ασυνείδητη αίσθηση του χρόνου προέρχονται κυρίως από τη θεραπεία παιδιών.

Όμως αυτή η σχέση των παιδιών με τον χρόνο θέτει σε εμάς ως θεραπευτές ιδιαίτερα καθήκοντα. Δεν μπορούμε να περιφρονούμε, ούτε να παραβλέπουμε αυτήν την ειδική σχέση. Αντίθετα θα πρέπει να είμαστε έτοιμοι να αξιολογούμε συνεχώς τις μεταλλαγές της αίσθησης χρονικότητας και να αποκρυπτογραφούμε τις παλινδρομικές κινήσεις που κυρίως εκφράζουν. Μπορεί να αποτελούν ενδείξεις επιβάρυνσης της ψυχικής κατάστασης αλλά και λειτουργικής ανασύνταξης.

ε. Το βίωμα της εξελικτικής πορείας

Ο τρόπος που ένα παιδί βιώνει τα σώματα και τους χώρους είναι μια πολύ ξεχωριστή εμπειρία. Αξίζει να αναλογιστούμε πώς είναι να βρίσκεσαι σε ένα «τεράστιο» δωμάτιο, περιτριγυρισμένος από ένα δάσος ποδιών, με περίεργους ήχους και ανεξιχνιάστες κινήσεις. Μια ιδέα μάς προσφέρει η Αλίκη στη χώρα των θαυμάτων, οι ονειρικές μας παραγωγές, αλλά και η έκπληξη που νιώθουμε όταν επισκεπτόμαστε χώρους που ζήσαμε σαν παιδιά και διαπιστώνουμε πόσο «μικροί» είναι. Δεν πρέπει να λησμονούμε αυτή την ιδιαίτερη κατάσταση. Πολλές φορές το λησμονούν και τα ίδια τα παιδιά. Ο τρόπος που βλέπει και βιώνει τα πράγματα ένα τετράχρονο παιδί είναι πολύ διαφορετικός από τον τρόπο που τα βλέπει το ίδιο το παιδί όταν είναι έξι ετών. Ο τρόπος που νιώθει το σώμα του, που το παρατηρεί, που μιλά για τον εαυτό του μεταλλάσσεται καθώς διαβαίνει αναπτυξιακά στάδια και διαμορφώνεται ως υποκείμενο. Η αμεσότητα και η πλαστικότητα που παρουσιάζουν αυτές οι «στιγμές περάσματος» σε κάτι άλλο, σε μιαν άλλη ποιότητα, διατηρούν κάτι ανεξήγητο, μαγικό. Το προνόμιο να ζούμε τέτοιες καταστάσεις το έχουμε όσοι ασχολούμαστε με τη θεραπεία παιδιών. Τέτοιες στιγμές αντισταθμίζουν μεγάλες περιόδους ματαιώσεων, όταν οι αντιστάσεις φαντάζουν αδιαπέραστες.

Δεν θα συναντήσουμε εύκολα τέτοιες στιγμές στη θεραπεία ενηλίκων. Όπως τόσο γλαφυρά επισημαίνει η Machtlinger (1987), τα παιδιά μάς καταθέτουν «...ένα πολύπλοκο βίωμα με πολλές σημαντικές λεπτομέρειες... οι ενήλικοι περιγράφουν μια απλούστερη, σαφέστερη εικόνα που μοιάζει με ξυλογραφία... ό,τι έχει απομείνει από την επεξεργασία και τη διήθηση από μεταγενέστερα βιώματα». Δηλαδή, στον ενήλικο αντιλαμβανόμαστε ένα «παλίμψηστο» του παρελθόντος, στο παιδί ζούμε μια δαιδαλώδη διαδρομή σε έναν ζωντανό, παλλόμενο λαβύρινθο, με απρόσμενα θεριά να παραφυλούν στις γωνίες.

Η επίγνωση αυτής της ιδιαιτερότητας στη θεραπεία παιδιών μάς υπαγορεύει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί και δεκτικοί όσον αφορά στον πολύπλοκο τρόπο που δρα το παρελθόν και τις σημασίες που μπορεί να εκλάβει. Υπάρχουν πολλά μονοπάτια που συνδέουν το τώρα με το παρελθόν, τα οποία μπορεί να διανοιχτούν, όμως υπάρχουν και πολλά που δεν θα μπορούσαμε να διαβούμε, όσο κι αν βελτιώσουμε την τεχνική μας. Τα παιδιά μάς μαθαίνουν να δεχόμαστε το «άβατο» κάποιων διαδρομών.

ΟΙ «ΠΑΓΙΔΕΣ»

ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ο ψυχοθεραπευτής παιδιών βρίσκεται σε μια ιδιαίτερα δημιουργική αλλά και πολύ δύσκολη θέση. Συχνά νιώθει να ανήκει στη «δεύτερη» κατηγορία αναλυτών και να υπηρετεί μια «εφαρμογή» της «καθαρής» ψυχανάλυσης. Έπειτα οι ιδιαιτερότητες της θεραπείας παιδιών, αλλά και οι υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες δυσκολεύουν πολύ την ιδιωτική άσκηση της εργασίας του. Τις περισσότερες φορές είναι υποχρεωμένος να ενταχθεί σε κάποιο θεσμικό πλαίσιο, όπου εκεί καλείται να δώσει μάχες σε πολλά μέτωπα. Καταρχήν πρέπει να αντιπαρατεθεί σε άλλες ιατρικές ειδικότητες που υπονομεύουν και συχνά λοιδορούν την προσφορά του αλλά και σε ψυχιάτρους ή ψυχοθεραπευτές ενηλίκων που διεκδικούν τον ρόλο του ή παραβλέπουν και παραμελούν οποιαδήποτε εκπαίδευσή τους σε θέματα παιδικής ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και παιδικής ψυχοπαθολογίας. Αλλά και στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας οι συγκρούσεις με τις οποίες έχει να αναμετρηθεί δεν είναι λιγότερες. Οι διαφορετικές κατευθύνσεις, οι αντιτιθέμενες επιλογές, ο διαφορετικός βαθμός ωριμότητας, δημιουργούν ένα δύσβατο δυναμικό πεδίο, το οποίο γίνεται ακόμη πιο δυσχερές αν προσμετρήσουμε τις πιέσεις που δέχεται από τους γονείς, το σχολείο, τους θεσμούς, την έλλειψη κουλτούρας για την ψυχοθεραπεία παιδιών που υπάρχει στη χώρα μας.

Ο θεραπευτής παιδιών, στην προσπάθειά του να διαχειριστεί όλα αυτά, αλλά και για να μην αισθάνεται μόνος, «παράξενος», περιθωριοποιημένος, αποδέχεται συμβιβαστικές λύσεις που υποβαθμίζουν την επαγγελματική του ταυτότητα και την ποιότητα της δουλειάς του. Οι όροι του συμβιβασμού θα εξαρτηθούν σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα και τη διευθέτηση των προσωπικών συγκρούσεων και επιδιώξεων, την εκπαίδευσή του, αλλά και τις δυνατότητές του να αντέχει τη μοναξιά και την απομόνωση, που σε κάποιον βαθμό ακολουθούν έναν ψυχαναλυτή, καθώς ο τρόπος που «βλέπει» τα πράγματα τον διαφοροποιούν πολύ έντονα από τη μεγαλύτερη μερίδα των ανθρώπων γύρω του. Αυτά όμως δεν δικαιολογούν μια σαδομαζοχιστική θέση που συχνά αναπτύσσεται, όπου παραμελεί την επιπλέον εκπαίδευση, παραμορφώνει συνειδητά τη θεραπευτική του δραστηριότητα, σαρκάζει, υποτιμά και δεν εμπιστεύεται ούτε όσα κάνει και αυτός ο ίδιος.

Η «ΔΡΑΣΗ» ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΚΟΥ

Αλλά και η θεραπεία παιδιών, από μόνη της, κρύβει πολλές παγίδες. Η συνεχής ενασχόληση με υποκείμενα που εξελίσσονται, διατρέχουν την αναπτυξιακή πορεία και εκφράζουν τις αγωνίες που περικλείει αυτή η διαδρομή, εμπεριέχει ιδιαίτερες δυσκολίες. Καταρχήν ελλοχεύει η πιθανότητα να κυριαρχήσει στη θεραπευτική συναλλαγή η πρωτογενής διεργασία και το εικονιστικό στοιχείο, όπου όπως γνωρίζουμε υπάρχει ελεύθερη ροή ψυχικής ενέργειας, η οποία δίχως προσκόμματα και αναστολές κινείται από τη μία παράσταση στην άλλη. Δεν έχουμε στάση, δέσμευση και μετασχηματισμό του ενεργειακού δυναμικού. Έπειτα γνωρίζουμε ότι στην παιδική κατάσταση φωλιάζουν και κορυφώνονται ακραίες συναισθηματικές εκφράσεις. Η παιδική ζωή είναι το καταφύγιο της ανέφικτης ελπίδας, του θάρρους αλλά και της ωμότητας, της αδιαφορίας και ενός ιδιότυπου κυνισμού. Υπάρχει η πιθανότητα τέτοια συναισθήματα να διαποτίσουν τη θεραπευτική σχέση και να διηθήσουν τις συναλλαγές με το παιδί. Μια άλλη παγίδα είναι να διαχειριζόμαστε τη θεραπευτική σχέση με ένα παιδί σαν να 'ναι μια συμμετρική σχέση, σαν να είμαστε «ισότιμοι», να συμπράττουμε δηλαδή σε μίαν αυταπάτη που προσπαθεί να κρύψει την ασυμμετρία των δύο συμμετεχόντων στην αναλυτική διάδραση.

Υπάρχει δηλαδή η πιθανότητα μιας υπόγειας συμμαχίας ανάμεσα στο «παιδικό» τμήμα του ψυχισμού του αναλυτή και στην «παιδική κατάσταση» του θεραπευόμενου-παιδιού. Η έννοια του «παιδικού» είναι βέβαια μια κατασκευή που αποτελεί μια αναγκαία και πολύτιμη περιουσία του καθενός μας. Είναι μια «χώρα» που καθορίζει το ύψος και το ιδιαίτερο χρώμα, τον τόνο της προσωπικότητάς μας και είναι πηγή δημιουργικότητας και ανακαλύψεων. Από αυτήν πηγάζει η δυνατότητα ονειροπόλησης που είναι αναγκαία για τη θεραπευτική διεργασία. Μπορεί όμως να πάρει συγκεκριμένες κλινικές εκφράσεις όπως αυτές που αναφέραμε παραπάνω. Υπάρχουν πολλές ακόμη διαστάσεις, που μπορεί να αναφανούν καθώς εκτυλίσσεται μια θεραπεία. Όπως η αναζήτηση άμεσων αισθητηριακών απολαύσεων, καθώς στο παιδικό βίωμα ο αντιληπτικός-αισθητηριακός πόλος υπερέχει ή ακόμη η πιθανότητα να κινούνται οι ψυχικές επενδύσεις σχεδόν ισότιμα και στους δύο άξονες, δηλαδή τόσο στον σχεσιακό-αντικειμενοτρόπο άξονα όσο και στον ναρκισσιστικό, ή να πάρει τον πρώτο ρόλο

η αρχή της Ηδονής ή να διαρραγούν τα όρια ψευδαίσθησης-αντίληψης.

Δεν μπορούμε να λησμονούμε ότι κανένας αναλυτής δεν έχει πετύχει μια πλήρη και απόλυτη ισορροπία των συγκρούσεων και ολοκληρωτικό έλεγχο των ψυχικών του δυνάμεων. Εξάλλου κάτι τέτοιο θα ισοδυναμούσε με κάποια μορφή θανάτου. Σε κάθε θεραπεία αναμετράτε με νέες συγκρούσεις και νέα ψυχικά σενάρια, τα οποία φωτίζουν πτυχές της δικής του ψυχικής οργάνωσης. Μέσα στη ρευστότητα της θεραπευτικής διεργασίας συντελούνται συνεχώς υπόγειες συναλλαγές μεταξύ των δύο ψυχικών τόπων. Μια ασυνείδητη «συμμαχία» με την παιδική κατάσταση μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη θεραπευτική πορεία. Μπορεί να παραγάγει «σκοτώματα», «τυφλά σημεία», δηλαδή σκοτεινά παραπετάσματα τα οποία προσπαθούν να συγκαλύψουν και να αποσιωπήσουν μια ολόκληρη σειρά ψυχικών συγκρούσεων που ίσως υπάρχουν εν μέρει ανεπίλυτες στην πλευρά του αναλυτή και εν δράσει στην πλευρά του θεραπευόμενου.

Ενδείξεις αυτής της υπόγειας συνενοχής κατά τη θεραπευτική διαδικασία είναι πολλές. Μία είναι οι συχνές αναφορές σε πραγματικά γεγονότα της ζωής του θεραπευόμενου παιδιού. Δηλαδή η δυσχέρεια να προχωρήσει η ανάλυση του παιδιού πέρα από το προφανές και η υπερεπένδυση κάποιων συμβάντων που λειτουργούν σαν υπόγειες γέφυρες όπου συναντιώνται οι ψυχισμοί των δύο συμβαλλομένων στο θεραπευτικό διάβημα. Μια άλλη ένδειξη είναι η συνεχής προσφυγή στην ψυχαναλυτική θεωρία ώστε να κατανοηθούν οι ψυχικές εκδηλώσεις. Έτσι «παγώνουν» επώδυνα συναισθήματα και συγκρούσεις και διατηρείται η παθολογία του παιδικού. Μία ακόμη ένδειξη είναι η μεγάλη δυσκολία να οργανωθεί μια ερμηνεία η οποία να έχει αντίκρισμα στην ψυχική διαδικασία και να προωθή τη θεραπεία. Στην περίπτωση αυτή βλέπουμε ότι μια ερμηνεία «πολύ ξεκάθαρη», συνδεδεμένη με σημαντικό κλινικό υλικό δεν γίνεται κατανοητή από το παιδί, σαν να προσκρούει σε κάτι αδιαπέραστο. Μια τέτοια κατάσταση συνδέεται, τις περισσότερες φορές, με μια υπόγεια συμμαχία των «παιδικών στοιχείων» παιδιού-θεραπευτή, που αλλοιώνει τη λειτουργία του προσυνειδητού και θολώνει την ψυχαναλυτική ακρόαση και των δύο, ώστε να παραμείνει η παιδική κατάσταση να μην προχωρήσει η διεργασία του θυμού και η επεξεργασία του πένθους που φωλιάζουν σε κάθε πορεία ωρίμανσης.

Όμως, ένα κεντρικό σημείο που απεικονίζει αυτήν την περιπλοκή είναι η στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα του παιδιού. Κάποιες φορές βλέπουμε τον θεραπευτή να μετατρέπεται στον «μεγαλύτερο αδελφό» που προσπαθεί να εκπαιδεύσει τον νεότερο στα μυστικά της σεξουαλικής ζωής. Δηλαδή, αναλύει και επεξηγεί όλο το σεξουαλικό υλικό του παιδιού, τα αυνανιστικά σενάρια, έξω από τις μεταβιβαστικές-αντιμεταβιβαστικές παραμέτρους. Μιλά ξεκάθαρα για την ψυχοσεξουαλική εξέλιξη με ουδέτερους όρους, αντί να ψάξει να ανακαλύψει ποιο εσωτερικό γονεϊκό αντικείμενο ενσαρκώνεται στο εδώ και τώρα και τι ποιότητα σχέσης έχει εγκατασταθεί στην ψυχαναλυτική κατάσταση και πού στοχεύει. Λησμονά, δηλαδή, ότι η ερμηνεία του σεξουαλικού συμβολισμού, η οποία δεν συνταιριάζει με τη μεταβιβαστική κατάσταση μπορεί δυνητικά να λειτουργήσει τραυματικά ή/και σαγηνευτικά δημιουργώντας πολλά εμπόδια στην ανέλιξη της θεραπείας. Μια αντίθετη, αλλά επίσης πολύ διαδεδομένη στάση, είναι να αποφεύγει ο θεραπευτής να αναλύσει οτιδήποτε σεξουαλικό παρουσιάζεται στο παιδικό παιχνίδι ή γενικότερα στην ενδοθεραπευτική εκφραστικότητα του παιδιού. Προσπαθεί να το κατανοήσει με «προ-σεξουαλικούς» όρους γιατί θεωρεί ότι το παιδί δεν μπορεί να διαχειριστεί τη σεξουαλικότητα. Και οι δύο καταστάσεις καταδεικνύουν κυρίως τη δυσκολία του ίδιου του θεραπευτή να επιλύσει συγκρούσεις που αφορούν στη δική του ενήλικη σεξουαλικότητα. Τέτοιες

στάσεις ενισχύουν τη διχοτόμηση των συνιστωσών της σεξουαλικότητας και τη βαθμιαία αποδυνάμωση και φθορά του θεραπευτικού εγχειρήματος.

* * *

Η συνάντηση του παιδιού με τον θεραπευτή του είναι στην ουσία μια συνάντηση με τον εαυτό του, όπως λέει η Mannoni (2005). Βρισκόμαστε με το παιδί για να αποκαταστήσουμε την αλήθεια γι' αυτό το ίδιο. Βρισκόμαστε εκεί ώστε να καταφέρουμε μέσα από μια διαλεκτική συναλλαγή να αποκαλυφθεί το δικό του πρόσωπο και οι συγκρούσεις του ώστε να πάψει να φορά τις απατηλές μάσκες που έχουν προετοιμάσει γι' αυτό οι ψυχικές περιπλοκές του, οι προσδοκίες των γονιών του αλλά και οι κοινωνικές προδιαγραφές για την παιδικότητα. Είναι καθήκον μας, όσο μπορούμε να το υπηρετήσουμε, να βοηθήσουμε το παιδί να τοποθετηθεί «σωστά» απέναντι στον εαυτό του, όσο και απέναντι στους άλλους και να εγκαινιάσει ένα νέο ξεκίνημα ως αυτόνομο ον, απαλλαγμένο από το βάρος των επιθυμιών των γονιών του. Ένα τέτοιο καθήκον επιτάσσει τουλάχιστον να επανεπεξεργαζόμαστε συνεχώς τα δικά μας παιδικά βιώματα, μακριά από βεβαιότητες και στερεότυπα, να διευρύνουμε την εσωτερική μας ελευθερία και τη δυνατότητα κατανόησης των άλλων. Ίσως αυτά μας βοηθήσουν σημαντικά στη δουλειά μας με τα παιδιά. Αλλά και τα ίδια τα παιδιά ως θεραπευόμενοι μπορούν να μας βοηθήσουν να «κλείσουμε» παλιούς δικούς μας ανεπίλυτους λογαριασμούς.

SOME THOUGHTS ON THE "SPECIFICITIES" OF PSYCHOTHERAPY WITH CHILDREN AND THE "DIFFERENCES" FROM PSYCHOTHERAPY WITH ADULTS

K. Bazaridis

*Child and Adolescent Psychiatrist – Psychoanalyst Member of HPS and IPA -
Clinical Director of Child and Adolescent Mental Health Service of Egaleo,
Department of Hellenic Center of Mental Health and Research*

Child and Adolescent Psychiatry 2015–2016, 3–4:7–14

Comparison between psychoanalysis with children and adolescents and psychoanalysis with adults, as well as identification of both differences and similarities, attract more and more our interest. The present paper constitutes an attempt at defin-

ing differentiations in some sectors of the therapeutic work. Such sectors are the demand for therapy, transference and counter-transference, study of play, of dreams, therapeutic language, of the sense of time, as well as the experience of evolution process. The author also underlines the particular demands and traps of therapeutic work with children, and the difficulty in handling children's sexuality, but also the important benefits for the child therapist both in his technique and the permanent elaboration of his own experience.

Key words: Psychotherapy with children, psychotherapy with adults, infantile.

Βιβλιογραφία

- Abrams S. The psychoanalytic process in adults and children. *Psych Stud Child* 1988, 43:245–261
- Angelergues J. Contradiction of Temporalities and treatment dynamic in Children and Adults. *Psychoan Eur Bull* 2007, 61:68–77
- Antony JE. The comparable experience of a child and adult analysis. *Psych Stud Child* 1982, 37:250–262
- Bernstein I. On the technique of child and adolescent analysis. *JAPA* 1975, 23:420–438
- Dolto F. Σεμινάριο ψυχοθεραπείας παιδιών. Τόμοι 3. Εκδόσεις Εστία, Αθήνα, 1989
- Ferro A. Η τεχνική στην ψυχανάλυση των παιδιών. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006
- Ferro A, Basile R. Unity of analysis: Similarities and differences in the analysis of children and grown-ups. *Psycho Quart* 2006, 75:477–500
- Freud S. Εισαγωγή στην ψυχανάλυση του παιδιού. Ελλ. Μτφ.: Σακαλή Λ, Εκδόσεις Επίκουρος, Αθήνα, 1990
- Freud S. Ερμηνεία των ονείρων. Ελλ. Μτφ.: Αναγνώστου Λ, Εκδόσεις Επίκουρος, Αθήνα, 1993
- Guignard F. The setting and counter-transference in child analysis. *Psychoan in Europe Bull* 1986, 27:39–52
- Guignard F. The infantile in the analytic relationship. *Int J Psych* 1995, 76:1083–1093
- Hoffman L. Do children get better when we interpret their defences against painful feelings? *Psych Stud Child* 2007, 62:291–313
- Ladame F. L'adolescent en psychanalyse: Résistances intérieures et résistances extérieures. *Rev Franç Psychanal* 1980, 3:571–579
- Ladame F. Subscription to Temporality. *Psychoan Eur Bull* 2007, 61:97–102
- Mächtlinger V. On being an analyst of children and adults. *Psychoan Eur Bull* 1987, 27:53–65
- Mannoni M. *L'enfant, sa "maladie" et les autres*. Paris, ed. Seuil, 1967
- Mannoni M. *Η πρώτη συνάντηση με τον ψυχαναλυτή*. Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα, 2005
- Marcus M. Countertransference and the psychoanalytic process in children and adolescents. *Psych Stud Child* 1980, 35:150–162
- Norman J. Comments on Similarities and Differences between Child and Adolescent analysis. *Psychoan Eur Bull* 2002, 50:58–61
- Pine F. When actions speak louder than words. In: Ambrosio, Argentieri, Canestri (eds) *Language, symbolisation and psychosis*. Hogarth Press, London, 2007:129–142
- Ritro S. The psychoanalytic process in childhood. *Psych Stud Child* 1978, 33:295–305
- Rolland JC. Playing is not speaking. *Psychoan Eur Bull* 1995, 45:84–89
- Shengold L. The effects of child abuse as seen in adults: Orwell G. *Psychoan Q* 1985, 54:30–55
- Sugarman A. Child versus adult psychoanalysis: Two processes or one? *Int J Psych* 2009, 90:1255–1276

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ, ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΩΣ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ Α' ΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Αικ. Σακελλαρίου,¹ Μ. Βλασσοπούλου,² Ζ. Καλοθεράκης,³
Ε. Λαζαράτου,⁴ Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος⁵

¹Ψυχολόγος- Ψυχοπαιδαγωγός, Msc Κοινωνικής Ψυχιατρικής/Παιδοψυχιατρικής, Υποψήφια Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ), ²Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας του Λόγου ΕΚΠΑ, ³Εργοθεραπευτής, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης, MSc, στη Στατιστική, του με κατεύθυνση «Στατιστικές Μέθοδοι στην Ιατρική και Φαρμακευτική», του Τμήματος Στατιστικής, του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, Υποψήφιος Διδάκτορας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ), ⁴Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ, ⁵Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Τμήμα Παιδοψυχιατρικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:15–22

Ο όρος «διαταραχές σχολικών ικανοτήτων» προέκυψε στην προσπάθεια να γίνει αναγνωρίσιμη η εικόνα των παιδιών που αποτυγχάνουν στο σχολείο. Η ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης είναι η πιο αναγνωρίσιμη μορφή των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών σχολικών ικανοτήτων, με επικράτηση που κυμαίνεται από 4–7% του μαθητικού πληθυσμού. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πορείας ανάπτυξης της ανάγνωσης σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες από την έναρξη του Δημοτικού έως το τέλος του. Σημαντικό ρόλο παίζει η αρχική διάγνωση και τα ελλείμματα που εμφανίζουν τα παιδιά, στον προφορικό λόγο. Στο πιλοτικό δείγμα φαίνεται η στατιστικά

σημαντική συσχέτιση της γλωσσικής ανάπτυξης, κυρίως στον τομέα της φωνολογικής ενημερότητας, με την ανάπτυξη της αναγνωστικής ικανότητας. Αυτό που διερευνάται επίσης είναι η συσχέτιση της ύπαρξης σύνθετων γλωσσολογικών ελλειμμάτων στους υπόλοιπους τομείς του προφορικού λόγου (σημασιολογία, μορφολογία και συντακτικές δομές) με τη διάγνωση της ειδικής αναπτυξιακής διαταραχής της ανάγνωσης.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαταραχή της ανάγνωσης, γλωσσική ανάπτυξη, φωνολογική ενημερότητα, σημασιολογία, μορφοσυντακτική δομή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «διαταραχές σχολικών ικανοτήτων ή δεξιοτήτων» προέκυψε στην προσπάθεια να γίνει αναγνωρίσιμη η εικόνα των παιδιών που αποτυγχάνουν στο σχολείο. Ένα μεγάλο ποσοστό, που σύμφωνα με μελέτες φτάνει το 25–30%, θα παρουσιάσει από την πρώτη τάξη του σχολείου μαθησιακές δυσκολίες και θα βρεθεί αντιμέτωπο με τη σχολική αποτυχία, είτε αυτή εκφράζεται με πολύ χαμηλή απόδοση στα μαθήματα είτε με προβλήματα συμπεριφοράς που το αποκλείουν από τη φοίτηση είτε με συνδυασμό των παραπάνω (Αλεξάνδρου 2006, Αμπατζόγλου 2010).

Τα παιδιά με διαταραχή στη σχολική μάθηση μπορούν να χωριστούν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τα παιδιά που οι δυσκολίες τους οφείλονται σε μειωμένες νοητικές ικανότητες, βρίσκονται στο πλαίσιο της νοητικής υστέρησης και ανάλογα με τον βαθμό της το παιδί μπορεί να ακολουθήσει την κανονική σχολική φοίτηση ή απαιτείται εξειδικευμένο πλαίσιο. Η δεύτερη ομάδα αποτελείται από τα παιδιά που η σχολική τους δυσκολία οφείλεται πρωταρχικά σε άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως: συναισθηματικές διαταραχές (αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, ψυχωσική αποδιοργάνωση), ΔΕΠ-Υ, διαταραχές διαγωγής και της συμπεριφοράς (Αναγνωστόπουλος & Σίνη 2004, Elksnin & Elksnin 2004, Κάκουρος & Μανιαδάκη 2004, Κωνσταντοπούλου 2011) και η τρίτη ομάδα είναι αυτή των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών της σχολικής μάθησης ή των «ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών των σχολικών ικανοτήτων(δεξιοτήτων)», όπως αναφέρονται στο ICD-10, που υπολογίζεται ότι περιλαμβάνει το 3–9% των παιδιών σχολικής ηλικίας (Κωτσόπουλος 2016).

Η διάγνωση «Ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων (δεξιοτήτων)» αφορά σε παιδιά με φυσιολογική ή ανώτερη νοημοσύνη και αναφέρεται σε μια ομάδα διαταραχών που εκδηλώνονται με

σημαντικές δυσκολίες στην κατάκτηση της ανάγνωσης, της χρήσης του γραπτού λόγου και των μαθηματικών ικανοτήτων.

Έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά ότι τα παιδιά που παρουσίασαν καθυστέρηση του λόγου, παρουσίασαν σε μεγάλο βαθμό διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων κατά τη σχολική φοίτηση. Αυτές οι διαταραχές είναι εγγενείς στο άτομο, έχουν νευρολογικό υπόβαθρο και αποδίδονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) (Κωτσόπουλος 2016).

Η ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης ή η γνωστή σε όλους «δυσλεξία» είναι η πιο αναγνωρίσιμη μορφή των ειδικών αναπτυξιακών διαταραχών, με επικράτηση που κυμαίνεται από 4–7% του μαθητικού πληθυσμού ανάλογα με την ηλικία (Shaywitz et al 2008). Με τα σημερινά ερευνητικά δεδομένα η εμφάνισή της αποδίδεται κυρίως σε γνωστικά ελλείμματα ως προς τη φωνολογική ενημερότητα (επίγνωση), δηλαδή, την ικανότητα αναπαράστασης και επεξεργασίας των ήχων που συνθέτουν μια γλώσσα. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα γνωστικά ελλείμματα που σχετίζονται με τη φωνολογική ενημερότητα (επίγνωση) οφείλονται σε πρωτογενή νευρο-βιολογικά ελλείμματα στην επεξεργασία ακουστικών ερεθισμάτων. Οι υποστηρικτές της μεγαλοκυτταρικής θεωρίας επικαλούνται νευρο-ανατομικά και νευρο-απεικονιστικά κυρίως ευρήματα που υποδεικνύουν ότι τα άτομα με ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης εμφανίζουν διαφορές ως προς το μέγεθος και τη λειτουργία των μεγαλο-κυτταρικών συστημάτων του εγκεφάλου συγκρινόμενα με τον φυσιολογικό πληθυσμό. Τα μεγαλο-κυτταρικά συστήματα εμπλέκονται στην οπτική και ακουστική αντίληψη (Stein 2001).

Η ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης εκφράζεται κυρίως ως δυσκολία στη μάθηση της ανάγνωσης και της γραφής, παρότι υπάρχει καλή εκπαί-

δευση, φυσιολογική νοημοσύνη και καλό κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον ορισμό της International Dyslexic Association (IDA) Δυσλεξία: (International Dyslexic Association 2002). «Χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην ακριβή και απρόσκοπτη αναγνώριση των λέξεων και από χαμηλή επίδοση στην ορθογραφία και στην αποκωδικοποίηση της έννοιας των λέξεων. Αυτές οι δυσλειτουργίες προέρχονται από τυπικό έλλειμμα στη φωνολογική συνιστώσα της γλώσσας και αξιολογούνται σε σχέση με άλλες γνωστικές ικανότητες (για την ηλικία του παιδιού) και ασφαλώς σε σχέση με την αποτελεσματική διδασκαλία μέσα στην τάξη».

Η ανάγνωση είναι μια εξαιρετικά πολύπλοκη κινητική, αντιληπτική, γνωσιακή και γλωσσολογική διαδικασία. Για να μπορέσει το παιδί να αποκτήσει την ικανότητα της ανάγνωσης, πρέπει αφενός να έχει κατακτημένες μια σειρά από διαφορετικές ικανότητες και αφετέρου να είναι σε θέση να τις απαρτιώσει κατά τη διαδικασία της ανάγνωσης. Οι ικανότητες αυτές είναι αδρά οι εξής: (α) η ικανότητα διάκρισης των φωνημάτων, (β) η επαρκής βραχεία γλωσσική μνήμη, (γ) η ικανότητα διάκρισης της συντακτικής δομής των φράσεων και προτάσεων, (δ) η δυνατότητα κατανόησης του συμβολικού νοήματος των λέξεων και των προτάσεων και (ε) η διάκριση δεξιού-αριστερού, επάνω-κάτω.

Εκτός των ανωτέρω προϋποθέσεων, το παιδί πρέπει να μπορεί να μάθει, πώς να μετασχηματίζει τα γράμματα σε ήχους, δηλαδή να μάθει να μετασχηματίζει τη σχηματική αναπαράσταση των γραμμάτων σε φωνητική αναπαράσταση.

Κατά τη διαγνωστική διαδικασία αναζητούνται τυπικά λάθη, χαρακτηριστικά της διαταραχής της ανάγνωσης, τα οποία εντοπίζονται στα εξής τέσσερα επίπεδα:

1. Στο επίπεδο του γράμματος: (α) αντικατάσταση παρόμοιων σχηματικά γραμμάτων (γ/χ), (β) σύγχυση στην ακουστική διαφοροποίηση των φθόγγων (φ/θ, β/δ).
2. Στο επίπεδο της συλλαβής: (α) αντιστροφή των γραμμάτων (έστι αντί έτσι), (β) παράλειψη γραμμάτων (τόπους αντί τρόπους), (γ) αντικατάσταση γραμμάτων (τάπι αντί τόπι), (δ) πρόσθεση συλλαβών (λαίμαμαργος αντί λαίμαργος).

3. Στο επίπεδο της λέξης: (α) αντιστροφή συλλαβών (τιμα αντί μάτι), (β) παραλείψεις συλλαβών (επαναβουν, αντί επαναλάβουν), (γ) σύγχυση συμφωνικών συμπλεγμάτων (κεμρα αντί κέρμα), (δ) αντικαταστάσεις συλλαβών (επινιδος αντί επίπεδος), (ε) παρατονισμός (Φανής αντί Φάνης).

4. Στο επίπεδο της πρότασης: (α) αντικαταστάσεις λέξεων (κατάσταση αντί καταστροφή), (β) παραλείψεις λέξεων, (γ) παραβίαση ή μη τήρηση των σημείων στίξης, (δ) υπερπήδηση σειράς.

Ιδιαίτερα σημαντικό χαρακτηριστικό που συμπληρώνει την κλινική εικόνα των παιδιών με ειδική διαταραχή της ανάγνωσης είναι η δυσκολία της κατανόησης του κειμένου. Αυτή μπορεί να εκδηλωθεί ως πλήρης ή μερική αδυναμία κατανόησης των επιμέρους νοημάτων του κειμένου, της μεταξύ τους χρονικής και αιτιολογικής σχέσης και του συνολικού νοήματος.

Σκοπός της έρευνας

Η διερεύνηση «των διαταραχών σχολικής μάθησης» ή αλλιώς «μαθησιακές δυσκολίες» είναι το πιο συχνό αίτημα για το οποίο οι γονείς απευθύνονται στην Π/Ψ υπηρεσία του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της πορείας ανάπτυξης της ανάγνωσης σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες από την έναρξη του Δημοτικού (Β΄ τάξη) έως το τέλος του (Στ΄ τάξη). Ιδιαίτερο ρόλο έπαιξε η αρχική διάγνωση και τα ελλείμματα που εμφάνιζαν τα παιδιά, στον προφορικό λόγο και πώς τελικά αυτά επηρέασαν την ανάγνωση και την κατανόηση κειμένου.

Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης ήταν οι παρακάτω:

Αναμένεται τα παιδιά που εμφανίζουν διαταραχές στον τομέα του λεξιλογίου και της σημασιολογίας να κατακτούν πιο εύκολα την ανάγνωση συγκριτικά με εκείνα που εμφανίζουν διαταραχές μόνο στη φωνολογία (Snowling 2000, 2004).

Αναμένεται τα παιδιά που εμφανίζουν διαταραχές στον τομέα του λεξιλογίου και της σημασιολογίας να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία ως προς την ανάγνωση, στον τομέα της κατανόησης συγκριτικά με εκείνα

που εμφανίζουν διαταραχές μόνο στη φωνολογία (Nation & Snowling 2004).

Αναμένεται τα παιδιά που εμφανίζουν σύνθετες γλωσσικές διαταραχές, δηλαδή, στους τομείς: φωνολογίας, σημασιολογίας, μορφολογίας, και συντακτικών δομών, να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία ως προς την πορεία κατάκτησης της αναγνωστικής ικανότητας (Billingsley & Nagy 2001, Goodwin et al 2012).

Αναμένεται τα παιδιά που εμφανίζουν επιβαρυνμένο ατομικό-αναπτυξιακό ιστορικό (π.χ. περιγεννητικά προβλήματα και καθυστερήσεις στα αναπτυξιακά στάδια, κυρίως στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου) να εμφανίζουν συχνότερα ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές των σχολικών ικανοτήτων και κυρίως ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης (Σακελλαρίου 2007).

ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετέχοντες και διαδικασία

Το πιλοτικό δείγμα αυτής της διαχρονικής μελέτης περιέλαβε 22 παιδιά, που εξετάστηκαν διαδοχικά στην Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του ΚΚΨΥ Καισαριανής-Βύρωνα σε τρεις διαφορετικές φάσεις (Β', Δ' και Στ' τάξη) κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους στην Α' Βάθμια εκπαίδευση. Αποκλείστηκαν παιδιά που παρουσίαζαν νοητική υστέρηση και σοβαρή προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία κατά την πρώτη φάση της εξέτασης.

Η επιλογή των 22 παιδιών έγινε με τη δειγματοληπτική μέθοδο της λογικής ή κρίσεως, δηλαδή, επελέγησαν παιδιά με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (όλα τα παιδιά φοιτούσαν στην Α' Βάθμια Εκπαίδευση και ήταν μαθητές της Β'-Στ' Δημοτικού, καλύπτοντας το ηλικιακό φάσμα από 7–12 ετών), με αποκλειστικό κριτήριο επιλογής το παρουσιαζόμενο πρόβλημα να είναι οι δυσκολίες στη σχολική μάθηση. Όλα τα παιδιά είχαν φυσιολογική νοημοσύνη. Από τα 22 παιδιά τα 15 (το 68%) ήταν αγόρια και τα 7 (το 32%) ήταν κορίτσια.

Η μελέτη ξεκίνησε το 2005 και τα παιδιά που συμμετείχαν σε αυτή αποτελούσαν κλινικό δείγμα και συνεργάστηκαν με απόλυτη συνέπεια χωρίς να διαπιστωθούν απώλειες κατά τη διαχρονική παρακολούθηση. Επίσης από την παρούσα μελέτη δεν προκύπτουν ζητήματα δεοντολογίας και ηθικής, αφού η συμμετοχή ήταν εθελοντική, με τη σύμφωνη γνώμη

των γονέων και μέσα στο πλαίσιο της κλινικής εργασίας, ακολουθώντας την τυπική διαγνωστική διαδικασία.

Μετρήσεις

Η διαγνωστική διαδικασία περιελάμβανε τα στοιχεία του ατομικού-αναπτυξιακού ιστορικού κάθε παιδιού, την ψυχοπαιδαγωγική αξιολόγηση, ψυχολογική εξέταση, λογοπεδική και παιδοψυχιατρική εκτίμηση.

Η ψυχοπαιδαγωγική εκτίμηση είχε ως στόχο να ελέγξει τις μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση και στην κατανόηση του κειμένου. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν τρία διαφορετικά κείμενα, ανάλογα με την ηλικία και την τάξη φοίτησης κάθε παιδιού, που αποτελούν τα εργαλεία της κλινικής εκτίμησης.

Η ψυχολογική εξέταση έγινε με τη χρήση του ψυχομετρικού εργαλείου για παιδιά Wisc III και αποσκοπούσε στην εκτίμηση του νοητικού δυναμικού κάθε παιδιού.

Η λογοπεδική εξέταση έγινε με τη χρήση του Logo-test, που αποσκοπεί στην εκτίμηση της φωνολογικής ενημερότητας (Βλασσοπούλου & Σίνη, 2000), και την κλινική εξέταση από λογοπεδικό. Το LogoTest είναι ένα ανιχνευτικό εργαλείο για την αξιολόγηση της φωνολογικής ενημερότητας που αποτελείται από 6 δοκιμασίες: τον συλλαβικό χειρισμό-σειροθέτηση, τη συλλαβική κατάτμηση, τον συλλαβικό χειρισμό-απαλοιφή και αντικατάσταση, τη συλλαβική απομόνωση, ρίμα-διάκριση διαφορετικού, βραχυπρόθεσμη μνήμη συλλαβών. Η παιδοψυχιατρική εξέταση έγινε προκειμένου να αποκλεισθεί η ύπαρξη προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το SPSS, μέσω του οποίου εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική (Μέσος όρος, τυπική απόκλιση και τυπικό λάθος των κατανομών). Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $P < 0,05$. Ωστόσο οι έλεγχοι των μετρήσεων αφορούσαν στις τιμές μεταξύ 0,051 και 0,099 ($0,051 < P < 0,099$), λόγω του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων έχοντας την πιθανότητα μετατροπής της τάσης που εντοπίζεται αρχικά σε στατιστικά σημαντική σχέση, στην περίπτωση αύξησης του δείγματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βασικές μεταβλητές στην έρευνά μας αποτέλεσαν «η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου», όπως προέκυψε από τα στοιχεία του ατομικού-αναπτυξιακού ιστορικού κάθε παιδιού, «τα φωνολογικά ελλείμματα», «σύνθετες γλωσσικές διαταραχές», δηλαδή, η ύπαρξη ελλειμμάτων ταυτόχρονα σε πολλούς τομείς του λόγου όπως στη φωνολογία, σημασιολογία, μορφολογία, και στις συντακτικές δομές και «η διαταραχή στην ανάγνωση». Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το «φύλο» των παιδιών και η «ηλικία».

Στον πίνακα 1 δίνονται οι μεταβλητές «καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου» και «η ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης» όπου φάνηκε ότι τα παιδιά του πιλοτικού δείγματος που είχαν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου στο ατομικό-αναπτυξιακό τους ιστορικό, εμφάνισαν συχνότερα ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης στην τελική φάση της εξέτασης, στην Στ' δημοτικού, συσχέτιση που όμως δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 1. Συσχέτιση της καθυστέρησης της ανάπτυξης του προφορικού λόγου με την εμφάνιση ειδικής αναπτυξιακής διαταραχής στην ανάγνωση (N=22).

	Ειδική Αναπτυξιακή Διαταραχή της ανάγνωσης		P
	Nai	Όχι	
	N (%)	N (%)	
Καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου			0,099
Nai	8 (61,5)	5 (38,5)	
Όχι	2 (22,2)	7 (77,8)	

Πίνακας 2. Συσχέτιση της ύπαρξης φωνολογικών ελλειμμάτων κατά την αρχική εκτίμηση (Β' δημοτικού), με τη διάγνωση της διαταραχής στην ανάγνωση κατά την τελική εκτίμηση (Στ' δημοτικού).

	Διαταραχή στην ανάγνωση		P
	Nai	Όχι	
	N (%)	N (%)	
Φωνολογικά ελλείμματα			0,05*
Nai	9 (64,3)	5 (35,7)	
Όχι	1 (12,5)	7 (87,5)	

Στον πίνακα 2 που δίνεται η συσχέτιση των μεταβλητών «φωνολογικά ελλείμματα» κατά την αρχική εκτίμηση (Β' δημοτικού) και «διαταραχή στην ανάγνωση» κατά την τελική εκτίμηση (Στ' δημοτικού) φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση, που σημαίνει ότι τα παιδιά με ελλείμματα στη φωνολογία εμφάνισαν συχνότερα ειδική αναπτυξιακή διαταραχή στην ανάγνωση κατά την τελική φάση της εξέτασης, στην Στ' τάξη του δημοτικού.

Στον πίνακα 3 δίνεται η συσχέτιση των μεταβλητών «σύνθετες γλωσσικές διαταραχές», δηλαδή, διαταραχές που είχαν διαγνωσθεί κατά την αρχική εκτίμηση σε πολλούς τομείς του προφορικού λόγου (φωνολογία, σημασιολογία, μορφολογία, και συντακτικές δομές), και «ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης» κατά την τελική εκτίμηση (Στ' δημοτικού), χωρίς ωστόσο η συσχέτιση αυτή να αναδειχθεί σε στατιστικά σημαντική.

Στον πίνακα 4 δίνεται η συσχέτιση των μεταβλητών «σύνθετες γλωσσικές διαταραχές» και «έκβαση». Ως έκβαση ορίστηκε η σύγκριση μεταξύ της αρχικής και τελικής εκτίμησης, λαμβάνοντας υπόψη τις εξής παραμέτρους: αρχική και τελική κλινική εικόνα, όπως

Πίνακας 3. Συσχέτιση της διάγνωσης πολλαπλών προβλημάτων στον λόγο κατά την αρχική εκτίμηση (Β' δημοτικού), με τη διάγνωση της διαταραχής στην ανάγνωση κατά την τελική εκτίμηση (Στ' δημοτικού).

	Ειδική Αναπτυξιακή Διαταραχή της ανάγνωσης		P
	Nai	Όχι	
	N (%)	N (%)	
Πολλαπλά προβλήματα στον λόγο			0,087
Nai	7 (63,6)	4 (36,4)	
Όχι	3 (27,3)	8 (72,7)	

Πίνακας 4. Συσχέτιση της διάγνωσης σύνθετων γλωσσικών διαταραχών στον λόγο κατά την αρχική εκτίμηση (Β' δημοτικού), με την ανάγνωση κατά την τελική εκτίμηση (Στ' δημοτικού).

	Έκβαση	Βελτίωση	Επιδείνωση	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Πολλαπλά προβλήματα στον λόγο				0,698
Nai	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Όχι	3 (15,8)	11 (57,9)	5 (26,3)	

προέκυψε από την πλήρη διαγνωστική διαδικασία (την ψυχοπαιδαγωγική αξιολόγηση, ψυχολογική εξέταση, λογοπεδική και παιδοψυχιατρική εκτίμηση), την αρχική και τελική διάγνωση, τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική πρόταση. Ως «ίδια» ορίστηκε η έκβαση που δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές αλλαγές στην κλινική εικόνα και τη διάγνωση, παρόλο που υπήρχε συμμόρφωση με τη θεραπευτική πρόταση. Ως «βελτίωση» ορίστηκε η έκβαση που διαπιστώθηκε αλλαγή στην κλινική εικόνα (αναπλήρωση των ελλειμμάτων σε έναν ή όλους τους τομείς του λόγου) και κατά συνέπεια αλλαγή και στην τελική διάγνωση, λόγω της συμμόρφωσης με τη θεραπευτική πρόταση. Ως «επιδείνωση» ορίστηκε η έκβαση που διαπιστώθηκε αλλαγή στην κλινική εικόνα (αύξηση των ελλειμμάτων στον λόγο) με επίπτωση στη βαρύτητα της τελικής διάγνωσης, παρόλη τη συμμόρφωση με τη θεραπευτική πρόταση. Φάνηκε ότι τα παιδιά που είχαν διαγνωσθεί κατά την αρχική εκτίμηση με σύνθετες γλωσσικές διαταραχές εμφάνισαν συχνότερα επιδείνωση ως προς την κλινική εικόνα της ειδικής αναπτυξιακής διαταραχής της ανάγνωσης κατά την τελική εκτίμηση, χωρίς ωστόσο η συσχέτιση αυτή να είναι στατιστικά σημαντική.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στην εξέλιξη της αναγνωστικής ικανότητας παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες κατά τη διάρκεια της Α' βάθμιας εκπαίδευσης. Από την αρχική επεξεργασία των δεδομένων στο πιλοτικό δείγμα φαίνεται ότι επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι τα παιδιά που είχαν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου, σύμφωνα με το ατομικό-αναπτυξιακό τους ιστορικό, εμφάνισαν ειδική αναπτυξιακή διαταραχή στην ανάγνωση (Σακελλαρίου 2007).

Επίσης επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση ότι τα παιδιά που παρουσίαζαν φωνολογικά ελλείμματα, εμφάνισαν συχνότερα και ειδική αναπτυξιακή διαταραχή στην ανάγνωση, αποτέλεσμα που συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία (Snowling 2000).

Ενώ δεν επιβεβαιώθηκε η υπόθεση ότι τα παιδιά εκείνα που παρουσίαζαν γλωσσικά ελλείμματα στον αυθόρμητο λόγο, όπως πτωχό λεξιλόγιο, δυσκολία στην εύρεση της κατάλληλης λέξης, πτωχή έκφραση, πτωχή κατανόηση των παραγώγων λέξεων, έλλειψη

εφαρμογής των γραμματικών κανόνων στον προφορικό λόγο, δυσκολία στον σχηματισμό αφηρημένων εννοιών και επομένως σύνθετες γλωσσικές διαταραχές στους τομείς της σημασιολογίας, μορφολογίας, και συντακτικών δομών, εμφάνισαν ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης συχνότερα από εκείνα με ελλείμματα στη φωνολογία.

Επιπλέον από τα προκαταρκτικά αποτελέσματα φάνηκε ότι τα παιδιά με σύνθετες γλωσσικές διαταραχές, που αφορούν στη σημασιολογία και το λεξιλόγιο, αυτές οι διαταραχές επιμένουν περισσότερο και αντιμετωπίζονται δυσκολότερα κατά τη διάρκεια της Α' Βάθμιας εκπαίδευσης, ποσοστό 63,6% του δείγματος εμφάνισε τέτοιου τύπου ελλείμματα και στις τρεις φάσεις της αξιολόγησης. Ωστόσο δεν επιβεβαιώνεται η υπόθεση ότι στα ίδια παιδιά αναμένεται να επηρεάζεται αρνητικά η κατανόηση του κειμένου, παρόλο που αναμένεται το αντίθετο. Τέλος δεν επιβεβαιώνεται η υπόθεση ότι τα παιδιά με σύνθετες γλωσσικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερη δυσκολία κατά την ανάπτυξη της ανάγνωσης.

Συμπερασματικά από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του πιλοτικού δείγματος της παρούσας μελέτης φαίνεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γλωσσικής ανάπτυξης με την ανάπτυξη της αναγνωστικής ικανότητας. Επιβεβαιώνεται ότι η ύπαρξη φωνολογικών ελλειμμάτων έχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τη διάγνωση της ειδικής αναπτυξιακής διαταραχής της ανάγνωσης. Αυτό που διερευνάται επίσης είναι η συσχέτιση της ύπαρξης σύνθετων γλωσσολογικών ελλειμμάτων στους υπόλοιπους τομείς του προφορικού λόγου (σημασιολογία, μορφολογία και συντακτικές δομές) με τη διάγνωση της ειδικής αναπτυξιακής διαταραχής της ανάγνωσης.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν περιορισμοί της μελέτης οι οποίοι κυρίως απορρέουν από το μικρό μέγεθος του δείγματος γεγονός που δεν επιτρέπει τη δυνατότητα ανάδειξης σημαντικών συσχετίσεων κατά τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Η αξία της μελέτης έγκειται στην κλινική πρακτική. Ειδικότερα κατά τη διαγνωστική διαδικασία είναι σημαντικό να γίνεται με ακρίβεια ο εντοπισμός της αιτιολογίας και των ελλειμμάτων που διαπιστώνονται στην ανάγνωση προκειμένου να συστηθεί η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση.

A LONGITUDINAL STUDY OF THE EVOLUTION OF READING ABILITY IN STUDENTS WITH SCHOOL PERFORMANCE DISORDERS DURING THE YEARS OF PRIMARY EDUCATION PRELIMINARY RESULTS CORRELATING WITH LINGUISTIC DEVELOPMENT

K. Sakellariou,¹ M. Vlassopoulou,² Z. Kalogerakis,³
E. Lazaratou,⁴ D.C. Anagnostopoulos⁵

¹Psychologist-Psychopedagogue, Msc, in Communal Psychiatry/Child Psychiatry,
PhD Candidate at Medical School of National and Kapodistrian University of Athens,

²Assistant Professor of Speech Pathology, National and Kapodistrian University of Athens,

³Occupational Therapist, Master of Science in Statistical Methods Applied in Medicine
and Pharmacy, at Department of Statistics of Athens University of Economics and Business,
PhD Candidate at Medical School of National and Kapodistrian University of Athens,

⁴Associate Professor of Child Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens,

⁵Associate Professor of Child Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens,
Community Mental Health Center Byrona-Kesariani, Department of Child Psychiatry,
1st Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens,
Eginitio Hospital, Athens, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2015–2016, 3–4:15–22

The term "school performance disorder" is used in an effort to paint a clearer picture of children who fail at school. The most recognizable form of the specific developmental school performance disorders spectrum is the specific developmental reading ability disorder, which affects 4–7% of the student body. The aim of the present study is to explore the process of development of this ability in children with learning difficulties during the years of primary education. The children's primary diagnosis and oral language deficits played a pivotal part in this process. Our trial sample showed a statistically significant correlation between language development –especially in the field of phonological awareness– and the development of reading ability. Another aim of this study is a possible correlation between existing complex oral language deficits (in semantics, morphology and syntactic structures) and a specific developmental reading ability disorder diagnosis.

Key words: Reading disorder, language development, phonological awareness, semantic skills and grammar.

Βιβλιογραφία

Αναγνωστόπουλος ΔΚ, Σίνη ΑΘ. Διαταραχές σχολικής μάθησης και ψυχοπαθολογία. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2004

Bishop DV. Genes, cognition and communication: insights from neurodevelopmental disorders. *Ann NY Acad Sci* 2009, 1156: 1–18

Bishop DVM, Hayiou-Thomas ME. Heritability of specific language impairment depends on diagnostic criteria. *Genes Brain Behav* 2008, 7:365–372

Βλασσπούλου Μ, Σίνη ΑΘ. *Logo Test* (Ανιχνευτικό Τεστ Φωνολογικής Ενημερότητας), 2000

- Βλασσοπούλου Μ, Αναγνωστόπουλος Δ. Ειδική Αναπτυξιακή Διαταραχή του λόγου και της ομιλίας στην ενήλικη ζωή. *Ψυχιατρική* 23, παράρτημα Ι, 2012
- Conti-Ramsden G, Botting N, Faragher B. Psycholinguistic markers for specific language impairment (SLI). *J Child Psychol Psychiatry* 2001, 42:741–7486
- Kushnir C, Blake J. The nature of the cognitive deficit in specific diagnostic and statistical manual of mental disorders. 7th ed. DSM-5TM. *Am Psychiatr Publish* 2013
- Elksnin LK, Elksini N. The social-emotional side of learning disabilities. *Learn Disabil Quart* 2004, 27:3–8
- Goodwin AP et al. Minding morphology: How morphological awareness relates to reading for English language learners. Springer, 2012
- International Dyslexic Association, 2002
- Κάκουρος Ε, Μανιαδάκη Κ. *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*. Αναπτυξιακή Προσέγγιση, Αθήνα, Τυπωθήτω, 2004
- Kieffer MJ, Vukovic R. Growth in reading-related skills of language minority learners and their classmates: more evidence for early identification and intervention. Springer, 2012
- Κωνσταντοπούλου Θ. Συννοσηρότητα δυσκολιών μάθησης. *Τετράδια* 2011, 1
- Κωτσόπουλος ΣΙ. Δυσλεξία: Νεότερα ευρήματα για την αιτιολογία, παθογένεια και θεραπευτική αντιμετώπιση. *Εγκέφαλος*, 2016:3
- Nation K, Snowling MJ. Beyond phonological skills: broader language skills contribute to the development of reading. *J Res Read* 2004, 27:342–356
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Απόδοση και Επιμέλεια: Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β. *Ταξινόμηση ICD–10 Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση*. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 1992
- Παντελιάδου Σ. Η χαρτογράφηση του χώρου της Ειδικής Αγωγής. Παρουσίαση στην Ημερίδα «Χαρτογράφηση-Αναλυτικά Προγράμματα Ειδικής Αγωγής» του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, ΕΠΕΑΕΚ-ΥΠΕΠΘ, 25 Απριλίου, Θεσσαλονίκη, 2004
- Protopapas A, Fakou A, Drakopoulou S, Skaloumbakas C, Mouzaki A. What do spelling errors tell us? Classification and analysis of errors made by Greek schoolchildren with and without dyslexia. Springer, 2012
- Σακελλαρίου Αικ. Τα Ειδικά Χαρακτηριστικά των παιδιών που απευθύνονται σε Π/Ψ υπηρεσία με πρόβλημα «Δυσκολίες στη σχολική μάθηση». Πανελλήνιο Συνέδριο Λογοπεδικών, 2007
- Shaywitz S et al. The education of Dyslexic Children from Childhood to Young Adulthood. *Annu Rev Psychol* 2008, 59:451–475
- Snowling M. *Dyslexia* (2nd ed). Oxford, Blackwell, 2000
- Stein J. The Magnocellular Theory of Developmental Dyslexia. *Dyslexia* 2001, 7:12–36
- Vellutino FR, Fletcher JM, Snowling MJ, Scanlon DM. Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? *J Child Psychol Psychiatry* 2004, 45:2–40

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ

Ειρ. Πετράκη,¹ Μ. Βλασσοπούλου,² Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος³

¹Λογοθεραπεύτρια, ²Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας Λόγου και Ομιλίας,

³Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων Βύρωνα-Καισαριανής

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:23–31

Ο αναπτυξιακός τραυλισμός είναι μια σύνθετη και πολυδιάστατη νευροαναπτυξιακή διαταραχή. Αν και το θεμελιώδες γνώρισμα του αναπτυξιακού τραυλισμού είναι η δυσχέρεια στην παραγωγή της ομιλίας, είναι, ως διαταραχή, συνυφασμένη και συνδεδεμένη με γλωσσικούς, γνωστικούς, κοινωνικούς, συναισθηματικούς και βιολογικούς παράγοντες της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Είναι ένα σχετικά σύνηθες πρόβλημα για τα παιδιά γύρω στα 3 έτη, περίοδος που συμπίπτει με τα κρίσιμα στάδια της γλωσσικής ανάπτυξης, δηλαδή με την ταχεία ανάπτυξη του λεξιλογίου, της μορφολογίας και της σύνταξης. Ο αναπτυξιακός τραυλισμός σχετίζεται συχνά και με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές στον λόγο και την ομιλία όπως π.χ. με δυσκολίες στη φωνολογία, τη σημασιολογία και τη σύνταξη. Η κατανόηση των θεμελιωδών χαρακτηριστικών του τραυλισμού όπως π.χ. η ηλικία έναρξης, η επίπτωση, ο επιπολασμός και το ποσοστό αποκατάστασης έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Υπάρχουν όμως ακόμα αρκετές «γκρίζες ζώνες» στη συγκεκριμένη διαταραχή όπως για παράδειγμα οι αιτιολογικοί παράγοντες, οι παράγοντες επικινδυνότητας και οι παράγοντες που διαφοροποιούν τον επίμονο από τον αναπτυξιακό τραυλισμό. Ως προς τις γλωσσικές ικανότητες των παιδιών που τραυλίζουν, τα ερευνητικά δεδομένα μέχρι σήμερα είναι αντιφατικά και δεν μπορούν να γενικευθούν σε όλα τα παιδιά που τραυλίζουν, διαφαίνεται όμως μέσα από τις υπάρχουσες μελέτες μια υποκατηγορία παιδιών που παρουσιάζουν τραυλισμό σε συνδυασμό με άλλες γλωσσικές δυσκολίες.

Λέξεις ευρετηρίου: Αναπτυξιακός τραυλισμός, δυσκολίες λόγου και ομιλίας.

ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Ο τραυλισμός χαρακτηρίζεται από δυσχέρεια στη ροή της ομιλίας και διακρίνεται από ασυνήθιστα υψηλής συχνότητας και διάρκειας διακοπές, οι οποίες εμποδίζουν τον ακριβή συγχρονισμό και συντονισμό των αρθρωτικών κινήσεων που απαιτούνται για την ομιλία με ευχέρεια. Σε έρευνες ενηλίκων με τραυλισμό (Smith et al 2010) έχουν εντοπιστεί διαφορές στα άτομα που τραυλίζουν ως προς τον συγχρονισμό, την ταχύτητα και τον συντονισμό των αρθρωτικών κινήσεων σε σχέση με τα άτομα που δεν τραυλίζουν. Στα παιδιά με τραυλισμό τα δεδομένα σχετικά με τις διαφορές στον κινητικό έλεγχο της ομιλίας είναι όχι μόνο λιγοστά αλλά και αντιφατικά. Για παράδειγμα, οι MacPherson & Smith (2013) βρήκαν ότι παιδιά που τραυλίζουν χρησιμοποιούν πιο αργές αρθρωτικές κινήσεις σε σχέση με τα παιδιά που δεν τραυλίζουν. Αντίθετα, οι Subramanian et al (2003) δεν εντόπισαν διαφορές ως προς την ταχύτητα άρθρωσης των παιδιών με και χωρίς τραυλισμό.

Ο μελετητής Van Riper (1982) διέκρινε τις συμπεριφορές του τραυλισμού σε πρωτογενείς και δευτερογενείς, μια διάκριση που ισχύει και χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα. Οι πρωτογενείς ή αλλιώς βασικές λεκτικές συμπεριφορές διακρίνονται σε επαναλήψεις, επιμηκύνσεις και μπλοκαρίσματα. Οι επαναλήψεις μπορεί να συμβούν σε κάποιον ήχο, συλλαβή ή λέξη. Οι επιμηκύνσεις αφορούν στη συνέχιση ενός ήχου χωρίς όμως να κινούνται οι αρθρωτές. Τα μπλοκαρίσματα έχουν τη μορφή ακατάλληλης διακοπής της ροής του αέρα ή της φώνησης καθώς και της κίνησης των αρθρωτών. Όλες οι παραπάνω λεκτικές συμπεριφορές συμβαίνουν αντανάκλαστικά και το άτομο δεν μπορεί να τις ελέγξει (Guitar 2006).

Εκτός από τις πρωτογενείς συμπεριφορές, ο τραυλισμός συχνά συνοδεύεται και από δευτερογενείς συμπεριφορές. Οι δευτερογενείς συμπεριφορές αποτελούν μαθημένες προσπάθειες του ατόμου να ελαχιστοποιήσει τον τραυλισμό του. Μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε συμπεριφορές διαφυγής και σε συμπεριφορές αποφυγής (Guitar 2006). Οι συμπεριφορές διαφυγής αφορούν στις προσπάθειες του ατόμου να τερματίσει το επεισόδιο τραυλισμού και να τελειώσει τη λέξη που προσπαθεί να πει π.χ. μέσα από το πετάρισμα των βλεφάρων, μέσα από ένα νεύμα με το κεφάλι ή παρεμβάλλοντας πρόσθετους

ήχους. Οι συμπεριφορές αποφυγής αφορούν στις προσπάθειες του ατόμου να αποφύγει το επεισόδιο τραυλισμού όταν αντιλαμβάνεται ότι πρόκειται να συμβεί π.χ. αλλάζοντας τη λέξη που θέλει να πει. Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι ενήλικες συχνά χρησιμοποιούν δευτερογενείς συμπεριφορές διαφυγής και αποφυγής για να κρύψουν τον τραυλισμό τους (Prasse & Kikano 2008).

ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η έναρξη του τραυλισμού τόσο στο παρελθόν όσο και στο παρόν έχει συνδεθεί με ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες. Έρευνες του παρελθόντος (Makuen 1914, Katsovaskaia 1962) έχουν δείξει ότι ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών (28% και 27% αντίστοιχα) βίωσαν κάποιο έντονο συναισθηματικό γεγονός πριν την έναρξη του τραυλισμού τους. Νεότερη μελέτη των Roulos & Webster (1991) βρήκε ότι πάνω από 40% των παιδιών που εμφάνισαν τραυλισμό βίωσαν κάποιο δυσάρεστο συναισθηματικό γεγονός πριν την έναρξη της διαταραχής στη ροή της ομιλίας (π.χ. διαζύγιο, θάνατος).

Εκτός από τα συναισθηματικά συμβάντα που φαίνεται σε κάποιες περιπτώσεις να επηρεάζουν την έναρξη του τραυλισμού ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι μελέτες που εστιάζουν στη σχέση τραυλισμού και ιδιοσυγκρασίας. Μελέτη των Anderson et al (2003) έδειξε ότι τα παιδιά που τραυλίζουν διαφέρουν ως προς την ιδιοσυγκρασία τους από τα παιδιά που δεν τραυλίζουν σε κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους (π.χ. δυσκολεύονται στις αλλαγές και βρίσκονται σε υπερβολική εγρήγορση).

Χρειάζεται ακόμα αρκετή μελέτη της σχέσης του τραυλισμού και της ψυχοσυναισθηματικής υγείας των παιδιών που ξεκινούν να τραυλίζουν καθώς μέχρι σήμερα τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντιφατικά και όχι ξεκάθαρα.

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΣ, ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο τραυλισμός έχει γενικά ταξινομηθεί ως αναπτυξιακός, νευρογενής και ψυχογενής. Ο «αναπτυξιακός» τραυλισμός αναφέρεται στη μορφή εκείνη του τραυλισμού που εμφανίζεται κατά την ηλικία της εκτεταμένης ανάπτυξης του λόγου και της ομιλίας (Costa &

Kroll 2000), δηλαδή ανάμεσα στα 3–8 έτη και αποτελεί την πιο συχνή μορφή τραυλισμού (Ludlow 2000).

Ο «νευρογενής» τραυλισμός είναι πιο σπάνιος από τον αναπτυξιακό τραυλισμό και συνήθως προκύπτει μετά από κάποιο συμβάν εγκεφαλικής βλάβης (π.χ. τραυματική εγκεφαλική κάκωση, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος Alzheimer's) (Costa & Kroll 2000). Η τρίτη μορφή τραυλισμού, ο ψυχογενής τραυλισμός, είναι επίσης μια σπάνια μορφή τραυλισμού. Συνήθως, εμφανίζεται σε άτομα με ψυχική διαταραχή ή μετά από συναισθηματικό τραύμα (Mahr & Leith 1992).

ΔΙΕΘΝΗ ΤΑΞΙΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με την ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς (ICD-10) (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2008), ο τραυλισμός (βαταρισμός) ορίζεται ως «ομιλία που χαρακτηρίζεται από συχνή επανάληψη ή επιμήκυνση ήχων ή συλλαβών ή λέξεων ή από συχνούς δισταγμούς ή παύσεις που ανακόπτουν τη ρυθμική ροή του λόγου». Κατά το ταξινομικό σύστημα ICD-10, οι δυσρυθμίες που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι αρκετά συχνές κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχουν με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές της ομιλίας ή της γλώσσας. Επίσης, οι δυσρυθμίες μπορεί να σχετίζονται με κινήσεις του προσώπου ή/και άλλων μερών του σώματος, οι οποίες συμπίπτουν χρονικά με τις επαναλήψεις, τις επιμηκύνσεις, τους δισταγμούς και τις παύσεις στη ροή του λόγου.

Σύμφωνα με την τελευταία ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5, 2013), ο τραυλισμός ή διαταραχή στη ροή με έναρξη στην παιδική ηλικία εντάσσεται στην ευρύτερη κατηγορία των νευροαναπτυξιακών διαταραχών που έχουν έναρξη στα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης και συχνά συνυπάρχουν. Ο τραυλισμός αφορά σε δυσκολίες στη ροή και στον ρυθμό της ομιλίας που δεν ταιριάζουν στην ηλικία και τις γλωσσικές ικανότητες του ατόμου, εμμένουν στον χρόνο και χαρακτηρίζονται από συχνά και αξιοσημείωτα επεισόδια επαναλήψεων ήχων και συλλαβών, επιμηκύνσεων ήχων, ελλιπών λέξεων, μπλοκαρισμάτων, περιφράσεων, λέξεων που παράγονται με υπερβολική ένταση και επαναλήψεων μονοσύλλαβων λέξεων.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Έναρξη

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο τραυλισμός έχει έναρξη στην πρώιμη παιδική ηλικία. Ο Yairi (1997) περίπου πριν δύο δεκαετίες βρήκε μέσα από 11 μελέτες ότι η μέση ηλικία έναρξης του αναπτυξιακού τραυλισμού είναι τα 3½ έτη, ενώ σε μια αρκετά πρόσφατη έρευνα οι Yairi & Ambrose (2013) εντόπισαν ως μέση ηλικία έναρξης του αναπτυξιακού τραυλισμού τούς 33 μήνες, δηλαδή λίγο πριν τα 3 έτη. Παρατηρούμε ότι τα τελευταία χρόνια η μέση ηλικία έναρξης του τραυλισμού τοποθετείται νωρίτερα σε σχέση με τις έρευνες του παρελθόντος.

Σχετικά με τον τρόπο έναρξης του τραυλισμού, παλαιότερες μελέτες υποστήριζαν ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η έναρξη του τραυλισμού είναι σταδιακή (Johnson et al 1959) σε αντίθεση με τις νεότερες μελέτες που δείχνουν ότι συνήθως η έναρξη του τραυλισμού είναι ξαφνική (Reilly et al 2009).

Επιπολασμός

Ο επιπολασμός αναφέρεται στον αριθμό των ατόμων που τραυλίζουν σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Ο μέσος όρος του επιπολασμού του τραυλισμού στις έρευνες μεταξύ 1973 και 1994 βρισκόταν στο 0,83% (Yairi & Ambrose 2013). Νεότερες μελέτες όμως δίνουν αντιφατικά στοιχεία πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, δηλαδή είτε ποσοστά υψηλότερα του παρελθόντος είτε ποσοστά χαμηλότερα του παρελθόντος ανάλογα με τα κριτήρια που επιλέγονται για κάθε έρευνα.

Επίπτωση

Η επίπτωση του τραυλισμού αναφέρεται στον αριθμό των ανθρώπων που έχουν παρουσιάσει τραυλισμό σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Από το 2000 έως και σήμερα έξι μελέτες έχουν διεξαχθεί σχετικά με την επίπτωση του τραυλισμού σύμφωνα με τις οποίες η επίπτωση του τραυλισμού βρίσκεται μεταξύ 5–8% (Yairi & Ambrose 2013).

Ίαση χωρίς θεραπεία

Οι δυσκολίες στη ροή της ομιλίας φαίνεται να επιλύονται μέχρι την ενηλικίωση σε αρκετές περιπτώσεις. Τόσο παλαιότερες μελέτες (Johnson 1943,

Wingate 1976) όσο και νεότερες μελέτες (Dworzynski et al 2007, Howell & Davis 2011) καταδεικνύουν υψηλά ποσοστά ίασης χωρίς θεραπεία στον τραυλισμό (40–96%) ανεξάρτητα από τη γεωγραφική περιοχή στην οποία κατοικούν τα άτομα που τραυλίζουν.

Φύλο

Στις μικρότερες ηλικίες, δηλαδή στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, η αναλογία αγοριών-κοριτσιών που τραυλίζουν φαίνεται να είναι σχεδόν ίδια (Mansoon 2000). Στις μεγαλύτερες ηλικίες όμως, δηλαδή στα παιδιά της σχολικής ηλικίας, η αναλογία αγοριών-κοριτσιών που τραυλίζουν δείχνει να αλλάζει εις βάρος των αγοριών (5:1) (Bloodstein 1995), (2.8:1) (Mansson 2000). Τα κορίτσια δηλαδή φαίνεται να ξεπερνούν τη δυσκολία στη ροή συχνότερα σε σύγκριση με τα αγόρια.

Παράγοντες επικινδυνότητας

Τα τελευταία χρόνια έχουν δημοσιευθεί τρεις μεγάλες μακροχρόνιες έρευνες που εξέτασαν τους παράγοντες που σχετίζονται με την ίαση (παροδικός τραυλισμός) και με την επιμονή του τραυλισμού (επίμονος τραυλισμός) στα μικρά παιδιά που τραυλίζουν (Kloth et al 1999, Yairi & Ambrose 1999, 2005). Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

A. Οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού

Σύμφωνα με τους μελετητές Yairi & Ambrose (2005), το οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού ενός παιδιού αποτελεί τον πιο ισχυρό παράγοντα επιμονής του τραυλισμού του. Το παιδί που προέρχεται από μια οικογένεια με επίμονο τραυλισμό βρίσκεται σε μεγαλύτερο ρίσκο να συνεχίσει να τραυλίζει σε σχέση με το παιδί που προέρχεται από μια οικογένεια της οποίας τα μέλη έχουν καταφέρει να ξεπεράσουν τη δυσκολία τους στη ροή της ομιλίας.

B. Φύλο

Έχει φανεί μέσα από αρκετές μελέτες ότι τα κορίτσια καταφέρνουν να ξεπεράσουν τον τραυλισμό τους σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα αγόρια (Kloth et al 1999, Yairi & Ambrose 1999). Επίσης, έχει βρεθεί ότι τα κορίτσια καταφέρνουν να ξεπερνούν τον τραυλισμό τους σε μικρότερη ηλικία από ό,τι τα αγόρια (Yairi et al 1996).

Γ. Ηλικία έναρξης

Τα δεδομένα σχετικά με την ηλικία έναρξης του τραυλισμού και τη μετέπειτα πορεία του είναι αντι-

φατικά. Από τη μία πλευρά, οι Yairi et al (1996) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με επίμονο τραυλισμό ξεκινούν να τραυλίζουν σε μεγαλύτερη ηλικία (μετά τα 3 έτη), ενώ από την άλλη πλευρά, ο Johannsen (2000) δηλώνει ότι τα παιδιά που ξεκινούν να τραυλίζουν κάτω από τα 3 έτη είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν επίμονο τραυλισμό.

Δ. Χρονική περίοδος από την έναρξη του τραυλισμού

Τα περισσότερα παιδιά καταφέρνουν να ξεπεράσουν τον τραυλισμό τους μέσα στους πρώτους 12 με 18 μήνες από την εμφάνιση της δυσκολίας στη ροή της ομιλίας (Yairi et al 1996). Κάποια παιδιά καταφέρνουν να ξεπεράσουν τον τραυλισμό τους και μετά το πέρας των 18 μηνών από την έναρξη της δυσκολίας (Yairi & Ambrose 1999), αν και γενικά όσο περνάει ο χρόνος από την αρχική εμφάνιση του τραυλισμού τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες αποκατάστασης στη ροή της ομιλίας.

Ε. Αλλαγή στον τρόπο του τραυλισμού με την πάροδο του χρόνου

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά των οποίων ο τραυλισμός μειώνεται με την πάροδο του χρόνου έχουν πιο πολλές πιθανότητες ίασης, ενώ αντίθετα τα παιδιά που εμφανίζουν μια σταθερότητα ή αύξηση των συμπτωμάτων του τραυλισμού τους με την πάροδο του χρόνου έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν επίμονο τραυλισμό (Johannsen 2000, Yairi & Ambrose 1999). Επιπλέον, τα παιδιά που εμφάνισαν δευτερογενείς συμπεριφορές τραυλισμού (π.χ. κινήσεις σώματος ή προσώπου), οι οποίες παρέμειναν οι ίδιες ή και αυξήθηκαν μέσα στον πρώτο χρόνο από την έναρξη του τραυλισμού, φαίνεται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επίμονο τραυλισμό (Yairi & Ambrose 2005). Οι μελετητές Yairi & Ambrose (2005) εντόπισαν ακόμα ότι η αύξηση των επιμηκύνσεων καθώς και η εμφάνιση πολλών επαναλήψεων στην ομιλία των παιδιών αποτελούν δείκτες επίμονου τραυλισμού.

ΣΤ. Γλωσσικές δεξιότητες

Οι γλωσσικές δεξιότητες των παιδιών που καταφέρνουν να ξεπεράσουν τον τραυλισμό τους και αυτών που δεν καταφέρνουν να ξεπεράσουν τη δυσκολία τους παρουσιάζουν ετερογένεια και δεν είναι ακόμα σαφής ο ρόλος των γλωσσικών δεξιοτήτων

στην επιμονή ή την ίαση από τον τραυλισμό (Kelman & Nicholas 2008).

Ζ. Σοβαρότητα του τραυλισμού

Μελέτες των Yairi et al (Yairi et al 1996, Yairi & Ambrose 1999) έδειξαν ότι η σοβαρότητα του τραυλισμού όπως αυτή μετριέται από τη συχνότητα του τραυλισμού δεν καθορίζει την πορεία του. Συγκεκριμένα, οι Yairi et al βρήκαν ότι τα παιδιά που κατάφεραν να ξεπεράσουν το πρόβλημα της δυσχέρειας κατά τους πρώτους μήνες του τραυλισμού τους τραυλίζουν σε σοβαρό βαθμό, ακόμα και πιο έντονα από τα παιδιά που τελικά ανέπτυξαν επίμονο τραυλισμό. Σε αντίθεση με τις μελέτες των Yairi et al, ο Johannsen (2000) βρήκε ότι η πρόγνωση είναι καλύτερη για τα παιδιά που εμφανίζουν λιγότερο σοβαρό τραυλισμό σε σύγκριση με τα παιδιά που παρουσιάζουν περισσότερο σοβαρό τραυλισμό.

Η. Άλλοι παράγοντες που συνδέονται με τον τραυλισμό

Η μελέτη των (Ajdacic-Gross et al 2010) έδειξε ότι παράγοντες όπως η προωρότητα, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, η κατάχρηση αλκοόλ από τους γονείς, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή των γονέων και των συγγενών, η αναπηρία της μητέρας και η καταγωγή ενός εκ των δύο γονέων από ξένη χώρα επηρεάζουν την εμφάνιση του τραυλισμού. Κανείς από τους παραπάνω όμως παράγοντες της συγκεκριμένης έρευνας δεν φάνηκε να είναι καθοριστικός στη διαταραχή της ροής της ομιλίας και γενικεύσεις δεν μπορούν να γίνουν καθώς τα ερευνητικά δεδομένα είναι ακόμα λιγοστά.

ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ

Από τη δεκαετία του 1920 και εξής, οι μελετητές ξεκίνησαν να ερευνούν τις διαταραχές λόγου και ομιλίας σε παιδιά που τραυλίζουν (Hall et al 2007) και να προσπαθούν να απαντήσουν στο ερώτημα αν ο τραυλισμός είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα των διαταραχών λόγου και ομιλίας (Junuzovic-Zunic & Ibrahimagic 2013). Μέσα από τις υπάρχουσες μελέτες σχετικά με το αν τα παιδιά που τραυλίζουν διαφέρουν ως προς τις γλωσσικές τους δεξιότητες από τα παιδιά που δεν τραυλίζουν έχουν διατυπωθεί τρεις διαφορετικές απόψεις. Σύμφωνα με την πρώτη άπο-

ψη, τα παιδιά που τραυλίζουν υστερούν σε κάποιους γλωσσικούς τομείς σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν τραυλίζουν (Anderson & Conture 2000, Bernstein-Ratner & Silvermann 2000). Σύμφωνα με τη δεύτερη άποψη, τα παιδιά που τραυλίζουν δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές από τα παιδιά που δεν τραυλίζουν (Bonelli et al 2000) και οι γλωσσικές τους δεξιότητες είναι κατάλληλα αναπτυγμένες για την ηλικία τους (Watts et al 2015). Τέλος, σύμφωνα με την τρίτη άποψη, τα παιδιά που τραυλίζουν όχι μόνο έχουν ικανοποιητικές για την ηλικία τους γλωσσικές δεξιότητες αλλά και πιο αναπτυγμένες από το αναμενόμενο (Reilly et al 2009, Watkins 2005).

ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΤΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ

Αρκετά παιδιά που τραυλίζουν έχουν χαμηλότερη επίδοση από τους συνομηλίκους τους που δεν τραυλίζουν στις δοκιμασίες αντιληπτικού και εκφραστικού λόγου (Bajaj et al 2004, Anderson & Conture 2000), δηλαδή στον τομέα της κατανόησης και της έκφρασης του προφορικού λόγου. Μια μετα-ανάλυση 22 ερευνών που πραγματοποιήθηκε από τους ερευνητές Ntouri et al (2011) έδειξε ότι τα παιδιά που τραυλίζουν έχουν σημαντικά χαμηλότερη επίδοση σε γενικές δοκιμασίες λόγου, σε δοκιμασίες αντιληπτικού και εκφραστικού λεξιλογίου όπως επίσης και στο μέσο μήκος εκφωνημάτων. Μελέτη των Coulter et al (2009) εντόπισε δυσκολίες στον αντιληπτικό λόγο των παιδιών που τραυλίζουν σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που δεν τραυλίζουν. Επίσης, μελέτη των Anderson et al (2005) εντόπισε διαφορές σε περισσότερα από το 1/3 των παιδιών που τραυλίζουν ως προς το αντιληπτικό και εκφραστικό προφίλ τους σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν τραυλίζουν.

ΦΩΝΟΛΟΓΙΑ/ΑΡΘΡΩΣΗ

Παλαιότερες μελέτες (1920–1960) χρησιμοποιώντας άτυπα και μη σταθμισμένα αξιολογητικά εργαλεία έδειξαν ότι τα παιδιά που τραυλίζουν παρουσιάζουν φτωχότερες φωνολογικές δεξιότητες σε σχέση με τα παιδιά που δεν τραυλίζουν, ενώ νεότερες μελέτες (1980–σήμερα) χρησιμοποιώντας τυπικές και σταθμισμένες δοκιμασίες δεν εντόπισαν σε όλα τα παιδιά που τραυλίζουν διαφορές ως προς τις φωνολογικές δεξιότητές τους σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που δεν τραυλίζουν (Clark et al 2013).

Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που τραυλίζουν παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό φωνολογικές διαταραχές και έχουν χαμηλότερη φωνολογική/ αρθρωτική επίδοση (Mansson 2007, Blood et al 2003), παρουσιάζουν δυσκολίες στην οργάνωση της ακρίβειας και της ταχύτητας στην άρθρωση (Melnick et al 2003) και χρησιμοποιούν πιο ανώριμες φωνολογικές διαδικασίες καθώς και πιο ανώριμη μέθοδο φωνολογικής επεξεργασίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στην παιδική ηλικία από το αναμενόμενο (Byrd et al 2007). Άλλες μελέτες όμως δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις αρθρωτικές δεξιότητες των παιδιών που τραυλίζουν και αυτών που δεν τραυλίζουν ούτε διαφορές στις φωνολογικές διαδικασίες (Yaruss et al 1998). Ο Nippold (2002) μελετώντας τα αποτελέσματα 15 ερευνών τόνισε ότι η φωνολογία πιθανώς να αλληλεπιδρά με τον τραυλισμό αλλά χωρίς να υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι φωνολογικές δεξιότητες ενός παιδιού αποτελούν τον παράγοντα που προκαλεί τραυλισμό.

ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι έρευνες σχετικά με τον τραυλισμό και τη σημασιολογία-λεξιλόγιο είναι περιορισμένες. Μια σειρά μελετών (π.χ. Newman & Bernstein-Ratner 2007) που εξέτασαν τόσο παιδιά όσο και ενήλικες με τραυλισμό έδειξαν ότι τα άτομα που τραυλίζουν δεν έχουν διαφορές από τα άτομα που δεν τραυλίζουν ως προς την οργάνωση του λεξιλογίου τους.

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ/ΣΥΝΤΑΞΗ

Οι διαθέσιμες έρευνες έχουν εντοπίσει διαφορές ανάμεσα στα παιδιά που τραυλίζουν και σε αυτά που δεν τραυλίζουν ως προς τον τρόπο που αντιλαμβάνονται αλλά και παράγουν τις συντακτικές δομές (Anderson & Conture 2000, Bauman et al 2012, Watson et al 2011). Τα παιδιά που τραυλίζουν γενικά έχουν ελαφρώς χαμηλότερη επίδοση από τους συνομηλίκους τους που δεν τραυλίζουν στις δοκιμασίες που ελέγχουν τις συντακτικές και μορφολογικές δεξιότητες (Junuzovic-Zunic & Ibrahimagic 2013). Οι Bauman et al (2012) έδειξαν ότι τα παιδιά που τραυλίζουν φάνηκε να κάνουν πιο πολλά λάθη στη χρήση των ρημάτων σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που δεν τραυλίζουν.

ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Προσοχή και φωνολογική μνήμη εργασίας

Οι διαταραχές λόγου και ομιλίας των παιδιών με τραυλισμό ενδεχομένως να οφείλονται στις δεξιότητες και τις λειτουργίες της προσοχής τους. Οι δεξιότητες και οι λειτουργίες της προσοχής εμπεριέχουν τη ρύθμιση της προσοχής, τον έλεγχο της προσοχής καθώς και ποικίλα σχετιζόμενα δίκτυα όπως η εγρήγορση, ο προσανατολισμός και η εκτελεστική προσοχή που αναπτύσσονται ταχύτατα στα παιδιά μεταξύ 3 και 5 ετών (Rothbart 2011).

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην προσοχή και τα διαφορετικά γλωσσικά υποσυστήματα των παιδιών (Blair & Razza 2007, Salley & Dixon 2007). Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι οι αναπτυγμένες δεξιότητες προσοχής οδηγούν σε καλύτερες αρθρωτικές δεξιότητες (Locke & Goldstein 1973), καθώς και σε καλύτερες γλωσσικές δεξιότητες (Leve et al 2013, Salley & Dixon 2007). Η προσοχή δηλαδή φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην εκμάθηση του λόγου και της ομιλίας.

Σε αρκετές μελέτες έχει φανεί ότι τα παιδιά με τραυλισμό διαφέρουν σημαντικά από τα παιδιά χωρίς τραυλισμό στις δεξιότητες και τις λειτουργίες της προσοχής (Felsenfeld et al 2010, Schwenk et al 2007), αν και τα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνών είναι αντιφατικά. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που τραυλίζουν δεν διασπώνται πιο εύκολα σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν τραυλίζουν (Clark et al 2015) αλλά ρυθμίζουν την προσοχή τους πιο δύσκολα (Karrass et al 2006), ενώ άλλοι μελετητές δεν έχουν εντοπίσει διαφορές στις διαδικασίες προσοχής των παιδιών που τραυλίζουν και αυτών που δεν τραυλίζουν (Anderson & Wagovich 2010).

Για τη μάθηση των λέξεων και του λόγου όπως είναι γνωστό είναι απαραίτητο το παιδί να έχει στραμμένη την προσοχή του στις λέξεις και στις αναφορές των λέξεων (Spraulding et al 2008). Αν λοιπόν τα παιδιά με τραυλισμό δυσκολεύονται να εστιάσουν την προσοχή τους στις λέξεις και στις αναφορές των λέξεων, είναι λογικό και αναμενόμενο να παρουσιάζουν γλωσσικές δυσκολίες π.χ. στην αντίληψη ή την έκφραση του λόγου πέραν από τις δυσκολίες τους στη ροή της ομιλίας.

Εκτός όμως από την προσοχή, η φωνολογική μνήμη εργασίας φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην κατάκτηση του λόγου και της ομιλίας. Δυσκολίες στη

φωνολογική μνήμη εργασίας μπορεί να οδηγήσουν τα παιδιά σε γλωσσικές δυσκολίες. Τα παιδιά με τραυλισμό έχει φανεί να υστερούν σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς τραυλισμό στη φωνολογική μνήμη εργασίας, δηλαδή στο να διατηρήσουν και στη συνέχεια να αναπαράγουν νέες φωνολογικές δομές όπως αυτό έχει αξιολογηθεί μέσα από τη δοκιμασία επανάληψης ψευδολέξεων (Anderson et al 2006, Hakim & Ratner 2004). Η αδυναμία στη φωνολογική μνήμη εργασίας φαίνεται να επιδρά αρνητικά στη μάθηση νέων λέξεων και στην ανάπτυξη του λεξιλογίου που εν συνεχεία επηρεάζει τη ροή της ομιλίας.

ΑΝΙΣΟΡΡΟΠΙΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Οι ανισορροπίες ανάμεσα στα συστήματα λόγου και ομιλίας αφορούν στον σχεδιασμό και στην παραγωγή του λόγου και της ομιλίας (Clark et al 2015)

και έχουν σχέση με τη μη ομαλή ανάπτυξη όλων των συστημάτων του λόγου και της ομιλίας. Δεν σχετίζονται με κάποια σημαντική καθυστέρηση ή διαταραχή σε κάποιο γλωσσικό σύστημα και μπορεί να συμβαίνουν ακόμα κι όταν η συνολική λειτουργία του γλωσσικού συστήματος βρίσκεται εντός ή και παραπάνω των φυσιολογικών επιπέδων (Anderson et al 2005). Τέτοιες ανισορροπίες έχουν βρεθεί τόσο σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης όσο και με παιδιά μη τυπικής ανάπτυξης κατά τα πρώτα στάδια της γλωσσικής ανάπτυξης (Bates et al 1995). Ιδιαίτερα όμως ως προς τη ροή της ομιλίας έχει φανεί ότι ανισορροπίες ανάμεσα στα γλωσσικά υποσυστήματα μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολίες στη ροή της ομιλίας (Hall 2004) καθώς επίσης ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν παρουσιάζουν περισσότερες ανισορροπίες στον λόγο και την ομιλία τους σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που δεν τραυλίζουν (Clark et al 2015, Anderson et al 2005).

DEVELOPMENTAL STUTTERING AND CONCOMITANT SPEECH AND LANGUAGE DIFFICULTIES

Eir. Petraki,¹ M. Vlassopoulou,² D.C. Anagnostopoulos³

¹Speech and Language Therapist, ²Professor of Communication and Speech Pathology,

³Associate Professor of Child Psychiatry, 1st Psychiatric Clinic, University of Athens,
Vyronas-Kaisariani Mental Health Community Center, Athens Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2015–2016, 3–4:23–31

Developmental stuttering is a complex and multidimensional neurodevelopmental disorder. Although the fundamental characteristic of developmental stuttering is the dysfluency in the production of speech, it is as a disorder interwoven and linked to linguistic, cognitive, social, emotional and biological factors of the early childhood. It is a relatively common problem for the children around 3 years old, a period which coincides with the critical stages of language development, that is, with the rapid development of vocabulary, morphology and syntax. Developmental stuttering is often associated with other speech and language developmental disorders, for example difficulties in phonology, semantics and syntax. The understanding of the fundamental characteristics of stuttering such as the age onset, the incidence, the prevalence and the recovery rate has been significantly improved during recent years. Nevertheless there are still a number of “grey zones” regarding the specif-

ic disorder, such as the etiological factors, the risk factors and the factors which differentiate persistent from developmental stuttering. As for the speech and language skills of children who stutter, the available research findings are diverse and cannot be generalized for all children who stutter. There seems to be a subgroup of children who stutter and at the same time face other speech and language difficulties according to recent literature.

Key words: Developmental stuttering, speech and language difficulties.

Βιβλιογραφία

- Ajdacic-Gross V, Vetter S, Müller M, Kawohl W, Frey F, Lupi G et al. Risk factors for stuttering: a secondary analysis of a large data base. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010, 260:279–286
- Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία. Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών (DSM-5). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, 2013
- Anderson J, Conture E. Language abilities of children who stutter: A preliminary study. *J Fluency Disord* 2000, 25:283–304
- Anderson J, Pellowski M, Conture E. Childhood stuttering and dissociations across linguistic domains. *J Fluency Disord* 2005, 30:219–253
- Anderson J, Wagovich S, Hall N. Nonword repetition skills in young children who do and do not stutter. *J Fluency Disord* 2006, 31:177–199
- Anderson JD, Wagovich SA. Relationships among linguistic processing speed, phonological working memory and attention in children who stutter. *J Fluency Disord* 2010, 35:216–234
- Bajaj A, Hodson B, Schommer-Aikins M. Performance on phonological and grammatical awareness metalinguistic tasks by children who stutter and their fluent peers. *J Fluency Disord* 2004, 29:63–77
- Bates E, Dale P, Thal D. Individual differences and their implications for theories of language development. In: Fletcher P, MacWhinney B (eds) *Handbook of child language development*. Oxford, Basil Blackwell, 1995:96–151
- Bauman J, Hall NE, Wagovich SA, Weber-Fox CM, Ratner NB. Past tense marking in the spontaneous speech of preschool children who do and do not stutter. *J Fluency Disord* 2012, 37:314–324
- Bernstein-Ratner N. Effects of gradual increases in sentence length and complexity on children's dysfluency. *J Speech Hear Disord* 1987, 52:278–287
- Bernstein-Ratner N. Linguistic and perceptual characteristics of children at stuttering onset. In: Charles Healey E, Peters HFM (eds) *Proceedings of the second world congress on fluency disorders*. Nijmegen, The Netherlands: Nijmegen University Press 1998, (3–6)
- Bernstein-Ratner N. Performance or capacity, the model still requires definitions and boundaries it doesn't have. *J Fluency Disord* 2000, 25:337–348
- Bernstein-Ratner N, Silvermann S. Parental perceptions of children's communicative development at stuttering onset. *J Speech, Lang Hear Res* 2000, 43:1252–1263
- Blair C, Razza RP. Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten. *Child Developm* 2007, 78:647–663
- Blood G, Ridenour V, Qualls C, Scheffner H. Co-occurring disorders in children who stutter. *J Comm Disord* 2003, 36:427–448
- Bloodstein O. *A Handbook on Stuttering*. (5th ed). San Diego, CA, Singular, 1995
- Bonelli P, Dixon M, Bernstein-Ratner N, Onslow M. Child and parent speech and language following the Lidcombe Programme of early stuttering intervention. *Clin Ling Phonet* 2000, 14:427–446
- Bosshardt H. Cognitive processing load as a determinant of stuttering: Summary of a research programme. *Clin Linguist Phonet* 2006, 20:371–385
- Byrd C, Wolk L, Davis B. Role of phonology in childhood stuttering and its treatment. In: Conture E, Curlee R (eds) *Stuttering and Related Disorders*. (3rd ed). New York, NY, Thieme, 2007:168–182
- Chang SE, Erickson KI, Ambrose NG, Hasegawa-Johnson MA, Ludlow CL. Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage* 2008, 39:1333–1344
- Clark CE, Conture EG, Walden TA, Lambert WE. Speech-language dissociations, distractibility and childhood stuttering. *Am J Speech Lang Pathol* 2015, 24:480–503
- Conture E. *Stuttering: Its nature, diagnosis and treatment*. Boston, MA, Allyn & Bacon, 2010
- Costa D, Kroll R. Stuttering: an update for physicians. *Can Med Assoc J* 2000, 162:1849–1855
- Coulter CE, Anderson JD, Conture EG. Childhood stuttering and dissociations across linguistic domains: A replication and extension. *J Fluency Disord* 2009, 34:257–278
- Dworzynski K, Remington A, Rijdsdijk F, Howell P, Plomin R. Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected longitudinal sample of young twins. *Am J Spee Lang Pathol* 2007, 16:169–178
- Felsenfeld S, van Beijsterveldt CE, Boomsma DI. Attentional regulation in young twins with probable stuttering, high nonfluency and typical fluency. *J Spee Lang Hearing Res* 2010, 53:1147–1166
- Gordon PA, Luper HL, Peterson HA. The effects of syntactic complexity on the occurrence of disfluencies in 5-year-old nonstutterers. *J Fluency Disord* 1986, 11:151–164.
- Guitar B. *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed). Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2006
- Hakim HB, Ratner NB. Nonword repetition abilities of children who stutter: an exploratory study. *J Fluency Disord* 2004, 29:179–199
- Hall NE. *Lexical development and retrieval in treating children who stutter*. Language, Speech and Hearing Services in Schools, 2004, 35:57–69
- Hall NE, Burgess SD. Exploring developmental changes in fluency as related to language acquisition. *J Fluency Disord* 2000, 25:119–141
- Hall N, Wagovich S, Ratner N. Language considerations in childhood stuttering. In: Conture E, Curlee R (eds) *Stuttering and related disorders* (3rd ed). New York, NY, Thieme, 2007:153–167
- Howell P, Au-Yeung J. The EXPLAN theory of fluency control and the diagnosis of stuttering. In: Fava E (ed) *Current issues in linguistic*

- theory series: *Pathology and therapy of speech disorders*. Amsterdam, John Benjamins, 2002:75–94)
- Howell P, Davis S. Predicting persistence of and recovery from stuttering by the teenage years based on information gathered at age 8 years. *J Devel Behav Pediatr* 2011, 32:196–205
- Howell P, Au-Yeung J. The association between stuttering, brown factors and phonological categories in child stuttering ranging in aged between 2 and 12 years. *J Fluency Disord* 1995, 20:331–344
- Johnson W. A semantic theory of stuttering. In: Hahn E (ed) *Stuttering: Significant theories and therapies*. Stanford, Stanford University Press, 1943:59–70
- Johnson W. Associates. *The onset of stuttering: Research findings and implications*. Minneapolis: University of Minnesota, 1959
- Junuzonic-Zunic L, Ibrahimagic A. Syntactic skills of children who stutter. *Inter J Speech Lang Pathol Audiol* 2013, 1:29–36
- Karrass J, Conture E, Graham C, Arnold H, Hartfield K et al. Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *J Comm Disord* 2006, 39:402–423
- Kadi-Hanifi K, Howell P. Syntactic analysis of the spontaneous speech of normally fluent and stuttering children. *J Fluency Disord* 1992, 17:151–170.
- Kelman E, Nicholas A. *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. Milton Keynes, UK, Speechmark, 2008
- Kloth SAM, Kraaimaat FW, Janssen P, Bruten GJ. Persistence and remission of incipient stuttering among high-risk children. *J Fluency Disord* 1999, 24:253–256
- Leve LD, DeGarmo DS, Bridgett DJ, Neiderhiser JM, Shaw DS, Harold GT et al. Using an adoption design to separate genetic, prenatal and temperament influences on toddler executive function. *Develop Psychol* 2013, 49:1045–1057
- Locke JL, Goldstein J. Children's attention and articulation. *Language and Speech* 1973, 16:156–168
- Logan K, Conture E. Length, grammatical complexity and rate differences in stuttered and fluent conversational utterances of children who stutter. *J Fluency Disord* 1995, 20:35–61
- Ludlow C. Stuttering: Dysfunction in a complex and dynamic system. *Brain* 2000, 123:1983–1984
- MacPherson M, Smith A. Influences of sentence length and syntactic complexity on the speech motor control of children who stutter. *J Speech Lang Hear Res* 2013, 56:89–102
- Mahr G, Leith W. Psychogenic stuttering of adult onset. *J Speech and Hearing Res* 1992, 35:283–286
- Mansoon H. Childhood stuttering: Incidence and development. *J Fluency Disord* 2000, 25:47–57
- Mansson H. Complexity and diversity in early childhood stuttering. In: Au-Yeung J, Leahy M (eds) *Proceedings of the fifth world congress on fluency disorders*. Dublin, Ireland: The International Fluency Association, 2007:98–101
- Mansson H. Stammens kompleksitet og diversitet (Therapy groups for preschool children who stammer). *Dansk Audiologopaedi* 2005, 41:13–33
- Melnick KS, Conture EG, Ohde RN. Phonological priming in picture naming of young children who stutter. *J Speech Language Hear Res* 2003, 46:1428–1443
- Newman R, Bernstein-Ratner N. Factors that affect naming in adults and children who stutter. In: Au-Yeung J, Leahy M (eds) *Proceedings of the fifth world congress on fluency disorders*. Dublin, Ireland: The International Fluency Association, 2007:136–140
- Nippold M. Stuttering and phonology: Is there an interaction? *Am J Speech Language Pathology* 2002, 11:99–110
- Ntouriou K, Conture E, Lipsey M. Language abilities of children who stutter: A meta-analytical review. *Am J Speech Language Pathology* 2011, 20:120–126
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. *ICD-10: Διεθνής στατιστική ταξινόμηση νόσων και συναφών προβλημάτων υγείας*. Αθήνα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 1992
- Prasse JE, Kikano GE. Stuttering: An Overview. *Am Fam Physic* 2008, 77:1271–1276
- Reilly S, Onslow M, Packman A, Wake M, Bavin E, Prior M et al. Predicting stuttering onset by age of 3: A prospective community cohort study. *Pediatrics* 2009, 123:270–277
- Rommel D, Hage A, Kalebne P, Johannsen H. Developmental, maintenance and recovery of childhood stuttering: Prospective longitudinal data 3 years after first contact. In: Baker K, Rustin L, Baker K (eds) *Proceedings of the Fifth Oxford Dysfluency Conference*. Chappell Gardner, UK, Windsor, Berkshire, 1999:168–182
- Rothbart MK. *Becoming who we are: Temperament, personality and development*. New York, Guilford Press, 2011
- Salley BJ, Dixon WE. Temperamental and joint attentional predictors of language development. *Merrill Palmer Quarterly* 2007, 53:131–154
- Schwenk K, Walden T, Conture E. Reaction to background stimulation of preschool children who do and do not stutter. *J Comm Disord* 2007, 40:129–141
- Smith A, Sdagopan N, Walsh B, Weber-Fox C. Phonological complexity affects speech motor dynamics in adults who stutter. *J Fluency Disord* 2010, 35:1–18.
- Spaulding TJ, Plante E, Vance R. Sustained selective attention skills of preschool children with specific language impairment: Evidence for separate attentional capacities. *J Speech Lang Hear Res* 2008, 51:16–34
- Subramanian A, Yairi E, Amir O. Second formant transitions in fluent speech of persistent and recovered preschool children who stutter. *J Commun Disord* 2003, 36:59–75
- Van Riper C. *The nature of stuttering*. (2n ed). Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1982
- Watkins R. Language abilities of young children who stutter. In: Yairi E, Ambrose N (eds) *Early childhood stuttering*. Austin, TX, Pro-Ed, 2005:235–253
- Watson B, Byrd C, Carlo E. Effects of length, complexity and grammatical correctness of stuttering on Spanish-speaking preschool children. *Am J Speech Language Pathology* 2011, 20:209–220
- Watts A, Eadie P, Block S, Mensah F, Reilly S. Language ability of children with and without a history of stuttering: A longitudinal cohort study. *Inter J Speech Lang Pathol* 2015, 17:86–95
- Wingate M. *Stuttering: Theory and treatment*. New York, NY, Wiley, 1976
- Yairi E, Ambrose N. Early childhood stuttering. Persistency and recovery rates. *J Speech Lang Hear Research* 1999, 42:1097–1112
- Yairi E, Ambrose N. Early childhood stuttering. Austin, TX: Pro-Ed, 2005
- Yairi E, Ambrose N. Epidemiology of stuttering: 21st century advancements. *J Fluency Disord* 2013, 38:66–87
- Yairi E. Disflucny characteristics of early childhood stuttering. In: Curlee RF, Siegel GM (eds) *Nature and treatment of stuttering: New directions*. 2nd ed. Boston, MA, Allyn & Bacon, 1997:49–78
- Yairi E, Ambrose N, Paden EP, Throneburg RN. Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *J Comm Disor* 1996, 29:51–77
- Yaruss JS. Utterance length, syntactic complexity and childhood stuttering. *J Speech Lang Hear Research* 1999, 42:329–344
- Yaruss JS, LaSalle L, Conture E. Evaluating young children who stutter: Diagnostic data. *Am J Speech Lang Pathol* 1998, 7:62–76

Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ε. Τσαλαμανιός,¹ Κ. Κώτσος²

¹Παιδοψυχίατρος, Διευθυντής ΕΣΥ, ²Παιδοψυχίατρος, MSc, PhD, Επιμελητής Β' ΕΣΥ
Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:32–41

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αποτελεί την πιο συχνή νευροαναπτυξιακή διαταραχή και χαρακτηρίζεται από υπερβολικά επίπεδα διάσπασης προσοχής και υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα. Στο DSM-V τα διαγνωστικά κριτήρια απαιτούν την ύπαρξη σαφούς ένδειξης ότι τα συμπτώματα παρεμβαίνουν ή μειώνουν την ποιότητα της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Για πολλά χρόνια η ΔΕΠΥ θεωρείτο διαταραχή της παιδικής ηλικίας, ωστόσο μακροχρόνιες μελέτες έδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να πληρούν τα κριτήρια ως έφηβοι αλλά και ως ενήλικες. Η εφηβεία αποτελεί ένα μεταβατικό στάδιο για την είσοδο στην ενήλικη ζωή και χαρακτηρίζεται τόσο από σωματικές όσο και από ψυχολογικές αλλαγές. Η παρουσία μιας χρόνιας νευροαναπτυξιακής διαταραχής στην εφηβεία όπως η ΔΕΠΥ, η οποία παρεμβαίνει στην καθημερινότητα του εφήβου από μικρή ηλικία, αποτελεί μια σημαντική δυσκολία στην τυπική πορεία της ανάπτυξης του και δυνητικά έχει αρνητικές συνέπειες. Η παρούσα ανασκόπηση παρέχει μια σύνοψη των σημαντικότερων αρνητικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει η ΔΕΠΥ στην εφηβεία (αυτοτραυματικές συμπεριφορές, μειωμένη ακαδημαϊκή επίδοση, κατάχρηση ουσιών και διαδικτύου, επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και αυξημένα ποσοστά τροχαίων ατυχημάτων

και τραυματισμών) και προτείνει τη στενή παρακολούθηση του εφήβου για το ενδεχόμενο εμφάνισης αυτών και την αναγκαιότητα της πρόληψης αλλά και της δημιουργίας υπηρεσιών για τους εφήβους αλλά και τους νέους με ΔΕΠΥ.

Λέξεις ευρετηρίου: ΔΕΠΥ, εφηβεία, αρνητικές επιπτώσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ΔΕΠΥ αποτελεί την πιο συχνή νευροαναπτυξιακή διαταραχή με επιπολασμό περίπου 5% και κύρια συμπτώματα την υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα και την απροσεξία (Polanczyk et al 2007). Στην εφηβεία περίπου το 70–85% των παιδιών με ΔΕΠΥ συνεχίζει να έχει τα συμπτώματα (Biederman et al 1996, Mick et al 2011) αν και η υπερκινητικότητα/παρορμητικότητα μειώνεται σταδιακά με την ηλικία ενώ η απροσεξία παραμένει στην εφηβεία (75%) και την ενήλικη ζωή (66%). (Palmaetal 2015). Παρόλο που υπάρχει μείωση της υπερδραστικότητας, η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η εσωτερική ανησυχία παραμένουν και προκαλούν σοβαρές δυσκολίες στον έφηβο με ΔΕΠΥ (Koumoula 2012). Άλλωστε, έχει βρεθεί ότι τα παιδιά με διάγνωση ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν σημαντικές ακαδημαϊκές, συναισθηματικές, ψυχιατρικές και κοινωνικές δυσκολίες κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Barkley et al 1990, Fischer et al 1990, Hechtman et al 1983). Η ΔΕΠΥ έχει υψηλή συννοσηρότητα τόσο με συμπεριφορικές (π.χ. προκλητική-εναντιωματική διαταραχή, διαταραχή διαγωγής), όσο και συναισθηματικές διαταραχές (π.χ. άγχος, κατάθλιψη), καθώς και με κοινωνικές δυσκολίες, όπως η απόρριψη από τους συνομηλίκους, η μικρότερη από το αναμενόμενο ακαδημαϊκή επίδοση και τα προβλήματα με τον νόμο (Biederman et al 2011, Lee et al 2008, Owens et al 2009). Οι σύνθετες αυτές δυσκολίες καθώς επιμένουν και στη νεαρή ενήλικη ζωή, οδηγούν τα άτομα με ΔΕΠΥ σε ακαδημαϊκή, κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία ακόμα και μετά την αποδρομή των κυρίων συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Bussing et al 2010, Lee et al 2008). Η βαρύτητα των συμπτωμάτων εξάλλου αποτελεί μια διαφορετική έννοια από την έκπτωση και τη δυσλειτουργία καθώς η πρώτη αναφέρεται στην ένταση ή τη συχνότητα των συμπτωμάτων ενώ οι δύο τελευταίες αφορούν στις συνέπειες των συμπτωμάτων (Nigg 2013). Στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι η παρουσίαση των αρνητικών επιπτώσεων που έχει η ΔΕΠΥ στην εφηβεία με κύρια αναφορά σε πρόσφατα άρθρα που ασχολούνται με αυτές.

ΔΕΠΥ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Περίπου 200.000 έφηβοι και νεαροί ενήλικες αυτοκτονούν κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο, ενώ η αυτοκτονία αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου εφήβων στη Γαλλία και την τρίτη στις ΗΠΑ (Greydanus et al 2009). Είναι γενικά αποδεκτό ότι τα κορίτσια και οι γυναίκες επιχειρούν περισσότερες απόπειρες από τους άνδρες, ενώ έφηβοι και άνδρες είναι πιο πιθανό να έχουν ολοκληρωμένη αυτοκτονία (Nigg 2013). Η συσχέτιση της ΔΕΠΥ με την κατάθλιψη και την αυτοκτονία έχει απασχολήσει εκτενώς τη βιβλιογραφία. Έτσι βρέθηκε ότι ο ετήσιος κίνδυνος αυτοκτονίας για άτομα με ΔΕΠΥ ήταν 32/100.000, δηλαδή περίπου τρεις φορές μεγαλύτερος από τον συνηθισμένο (11/100.000) σε άρρενες 5–24 ετών, με τον κίνδυνο να αυξάνει διαμέσου της αύξησης της βαρύτητας των συννοσηρών διαταραχών και ιδιαίτερα της διαταραχής διαγωγής και της μείζονος κατάθλιψης (James et al 2004).

Πιο πρόσφατη ερευνητική εργασία επιβεβαίωσε τα παραπάνω ευρήματα υποστηρίζοντας ότι τα παιδιά που διαγνώστηκαν με ΔΕΠΥ στην ηλικία των 4–6 ετών είχαν αυξημένο κίνδυνο για μείζονα κατάθλιψη ή για δυσθυμία καθώς και για απόπειρες αυτοκτονίας, συγκρινόμενα με την ομάδα ελέγχου, με τα κορίτσια να εμφανίζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο (Chronis-Tuscano et al 2010). Επίσης έχει αναφερθεί ότι οι έφηβες και οι νεαρές ενήλικες με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης, που συσχετίστηκε με πρωιμότερη έναρξη, μεγαλύτερη διάρκεια, σοβαρότερη δυσλειτουργία, υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονικότητας καθώς και μεγαλύτερη πιθανότητα ψυχιατρικής νοσηλείας (Biederman et al 2008). Ανάλογα ευρήματα –αυξημένο κίνδυνο για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και απόπειρα αυτοκτονίας– σε κορίτσια και γυναίκες αναφέρθηκαν και σε άλλη μελέτη (Hinshaw et al 2012). Σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Impey et al 2012) που αφορά στη σχέση ΔΕΠΥ και αυτοκτονικότητας μελετήθηκαν είκοσι πέντε ερευνητικά άρθρα. Τα άτομα που

παρουσίαζαν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είχαν πολύ συχνά και ΔΕΠΥ. Το εύρημα αυτό φάνηκε να είναι σταθερό στις περισσότερες μελέτες και μόνο δύο από αυτές ανέφεραν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Φάνηκε δηλαδή ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας ήταν πιο συχνές σε ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ στο παρελθόν. Τέλος αναφέρθηκε ότι σημαντική επίδραση στα παραπάνω ευρήματα είχε η συννοσηρότητα, ιδιαίτερα η χρήση ουσιών και η παραπρωματικότητα.

Η έρευνα δεν έχει περιοριστεί αποκλειστικά στην κατάθλιψη. Αναφορικά με τη διπολική διαταραχή οι Lan et al βρήκαν ότι οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες με συννοσηρότητα διπολικής διαταραχής και ΔΕΠΥ έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας από ό,τι οι ασθενείς με διάγνωση μόνο διπολικής διαταραχής (Lan et al 2015).

Επιπλέον, καθώς η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΟΔΠ) συχνά συνδέεται με αυτοτραυματικές συμπεριφορές και παρουσιάζει παρόμοια κλινικά σημεία με τη ΔΕΠΥ (δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων και παρορμητικότητα), αρκετές μελέτες τονίζουν τη συνύπαρξη των δύο διαταραχών και υποθέτουν είτε ότι η ΔΕΠΥ είναι ένα πρώιμο στάδιο της ΟΔΠ είτε ότι οι δύο διαταραχές μοιράζονται κοινή περιβαλλοντική και γενετική αιτιολογία (Matthies et al 2014, Storebo et al 2014). Σε πρόσφατη μελέτη ανασκόπησης, οι δύο διαταραχές φαίνεται να έχουν συνεργική δράση, επιδεινώνοντας η μία τα συμπτώματα της άλλης, περιπλέκοντας την κλινική εικόνα και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, ωστόσο μέχρι σήμερα καμία μελέτη δεν έχει διερευνήσει εάν η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης της ΟΔΠ (Storebo et al 2014). Έφηβοι και νεαροί ενήλικες με ιστορικό ΔΕΠΥ είναι πιο πιθανό σε σύγκριση με αυτούς χωρίς ιστορικό ΔΕΠΥ να έχουν οριακή ή άλλες διαταραχές προσωπικότητας (Miller et al 2008). Παράλληλα η ΔΕΠΥ και η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ) είναι οι μοναδικές παιδοψυχιατρικές διαταραχές που αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για τα συμπτώματα της ΟΔΠ (Burke et al 2012). Για παράδειγμα, σε μελέτη εφήβων κοριτσιών η ύπαρξη ΔΕΠΥ και ΕΠΔ στην ηλικία των 8 ετών αποτελούσε τον μοναδικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση ΟΔΠ. Επιπρόσθετα, ο ρυθμός αύξησης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ στην ηλικία των 10–13 ετών και ο ρυθμός αύξησης των συμπτωμάτων ΕΠΔ στην ηλικία των 8–10 ετών βρέθηκε επίσης να αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για τη βαρύτητα των συμπτωμάτων ΟΔΠ σε έφηβες 14 ετών (Stepp et al 2012).

Η συννοσηρότητα της ΟΔΠ με ΔΕΠΥ επηρεάζει την κλινική της εικόνα και συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά διασπαστικής συμπεριφοράς, με τάση για εμφάνιση και άλλων διαταραχών προσωπικότητας της ομάδας Β και με υψηλότερα ποσοστά παρορμητικότητας, με αποτέλεσμα για τον πληθυσμό αυτόν να είναι απαραίτητο να σχεδιαστούν ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις (Speranza et al 2011).

Αναφορικά με την πρόληψη της αυτοκτονικότητας στη ΔΕΠΥ, παραμένει ακόμα ασαφές αν η θεραπεία της ΔΕΠΥ μειώνει τον κίνδυνο για απόπειρα ή αυτοκτονία (Nigg 2013), ωστόσο παλαιότερη μελέτη υποστηρίζει ότι αγόρια που λάμβαναν μεθυλφαινιδάτη ήταν λιγότερο πιθανό να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας ως νεαροί ενήλικες (Paternite et al 1999).

Συμπερασματικά φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ΔΕΠΥ και των διαταραχών που παρουσιάζουν αυτοτραυματική συμπεριφορά όπως μεϊζονος κατάθλιψη, ΟΔΠ. Οι κλινικοί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους αυτή τη συσχέτιση και να αξιολογούν τη συννοσηρότητα και κατ' επέκταση τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας σε άτομα με ΔΕΠΥ καθώς η έγκαιρη ανίχνευση είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει στη μείωση του αριθμού των αυτοκτονιών στον νεανικό πληθυσμό (James 2012).

ΕΦΗΒΟΙ ΜΕ ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ

Η σχέση της ΔΕΠΥ με την ακαδημαϊκή αποτυχία έχει τεκμηριωθεί από καιρό, ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι μαθησιακής διαταραχής (Barbarese et al 2007, Faraone et al 2007, Fischer et al 1990). Τα αρνητικά ακαδημαϊκά αποτελέσματα παραμένουν μέχρι την όψιμη εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ζωή και έχουν επιβεβαιωθεί από πλήθος μελετών (Barkley et al 1990, Fischer et al 1990), ορισμένες φορές σε συνδυασμό με μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες και μικρότερη αποδοχή από τους συνομηλίκους (22,2% στην ομάδα εφήβων με ΔΕΠΥ, έναντι 81,5% στην ομάδα ελέγχου) (Owens et al 2009). Η μελέτη των Owens et al που αφορούσε μόνο σε κορίτσια, βρήκε ότι η μειωμένη ακαδημαϊκή και κοινωνική λειτουργικότητα θα υπήρχε ακόμα και χωρίς την παρουσία ψυχιατρικής συννοσηρότητας (Owens et al 2009).

Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν μεγαλύτερα ποσοστά επανάληψης μιας τάξης, με την κοινωνική τάξη και το IQ να αποτελούν τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες, και με τα κορίτσια να εμφανίζουν

μεγαλύτερο κίνδυνο συγκριτικά με τα αγόρια (Fried et al 2016). Σε μελέτη 590 παιδιών τα προβλήματα προσοχής στην ηλικία 6–11 ετών συσχετίστηκαν με την απόδοση στη γλώσσα και στα μαθηματικά στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (11–17 ετών) και ήταν ανεξάρτητη από το νοητικό δυναμικό, τους οικογενειακούς παράγοντες ή τα προβλήματα συμπεριφοράς (Breslau et al 2010). Τέλος οι έφηβοι με συννοσηρότητα ΔΕΠΥ και Ειδικής Μαθησιακής Διαταραχής είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από τους συνομηλίκους τους και ήταν πιο πιθανό να επαναλάβουν κάποια τάξη το οποίο είχε αρνητική επίδραση στην ακαδημαϊκή τους πορεία (Taanila et al 2014).

Παρόλο που η πολύπλευρη θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ (διεγερτικά φάρμακα, θεραπεία συμπεριφοράς, παρεμβάσεις στο σχολείο) έχει πράγματι ισχυρή επίδραση στη συμπεριφορά, η αποτελεσματικότητά τους στην ακαδημαϊκή επίδοση δεν είναι δεδομένη (Raggi et al 2006). Η βιβλιογραφία προτείνει ότι χρειάζεται ευρύτερη και πιο έντονη θεραπευτική προσπάθεια για να εξασφαλισθεί η ακαδημαϊκή πορεία των εφήβων με ΔΕΠΥ, όπως συμπεριφορική θεραπεία, παρεμβάσεις στην οικογένεια και στο σχολείο, μαθησιακή βοήθεια και αυτο-διαχείριση της συμπεριφοράς (DuPaul et al 2008).

ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η χρήση ουσιών αποτελεί μια από τις πιο αρνητικές συνέπειες η οποία έχει φανεί ότι συνυπάρχει με τη ΔΕΠΥ. Η μετα-ανάλυση των (van Emmerik-van Oortmerssen et al 2012) αναφέρει ότι περίπου το 25% των χρηστών είχε τη διάγνωση της ΔΕΠΥ στην παρούσα φάση ή στο παρελθόν. Για παράδειγμα έχει βρεθεί ότι το ποσοστό των εφήβων με ΔΕΠΥ που καπνίζουν είναι 19–46% σε σχέση με τους εφήβους χωρίς ΔΕΠΥ όπου το ποσοστό είναι 10–24% (Fuemmeler et al 2007). Επιπλέον άλλη μελέτη (Symmes et al 2015) αναφέρει ότι οι έφηβοι με ΔΕΠΥ και εξωτερικευμένα συμπτώματα κινδυνεύουν περισσότερο να γίνουν καπνιστές από ό,τι οι έφηβοι με ΔΕΠΥ χωρίς εξωτερικευμένα συμπτώματα ή οι έφηβοι χωρίς ΔΕΠΥ. Επιπρόσθετα, κοινοτική μελέτη για το κάπνισμα στις ΗΠΑ 15.197 εφήβων βρήκε ότι τα αυτοαναφερόμενα συμπτώματα της ΔΕΠΥ σχετιζόνταν με το κάπνισμα στην ενήλικη ζωή (Kollins et al 2005) και πιο συγκεκριμένα τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας και όχι της διάσπασης προσοχής. Μεταξύ των καπνιστών όσα περισσότερα συμπτώματα ΔΕΠΥ ανέφεραν τό-

σο περισσότερα τσιγάρα κάπνιζαν, ενώ παράλληλα ανέφεραν και πρωιμότερη έναρξη καπνίσματος. Στη βιβλιογραφία (Gehricke et al 2007) η νικοτίνη μοιάζει να είναι μια «ειδική περίπτωση» ουσίας στην οποία τα άτομα με ΔΕΠΥ έχουν μια προδιάθεση, καθώς φαίνεται να μειώνει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων οδηγώντας τα άτομα με ΔΕΠΥ να τη χρησιμοποιούν ως ένα είδος αυτο-θεραπείας (self-medication theory).

Σημαντικό ρόλο στη χρήση ουσιών μοιάζει να διαδραματίζει και η συννοσηρότητα με διαταραχή διαγωγής (Brinkman et al 2015). Έχει βρεθεί ότι έφηβοι με διάγνωση ΔΕΠΥ και διαταραχή διαγωγής έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν χρήση καπνού και αλκοόλ σε σχέση με εφήβους ελεύθερους διαγνώσεων. Ωστόσο, στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι η ΔΕΠΥ χωρίς συννοσηρότητα σχετιζόταν μόνο με τη χρήση καπνού και όχι αλκοόλ. Οι ίδιοι συγγραφείς τονίζουν ότι ανεξαρτήτως διάγνωσης, τα συμπτώματα της απροσεξίας συσχετιζόνταν με τη χρήση καπνού και αλκοόλ, ενώ αυτά της διαταραχής διαγωγής μόνο με τη χρήση καπνού, κάτι που δεν συμβαίνει με τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας τα οποία βρέθηκε ότι δεν συσχετίζονται με καμία από τις μεταβλητές έκβασης.

Όσον αφορά στη χρήση αλκοόλ, πρόσφατη μετα-ανάλυση (Charach et al 2011) η οποία περιελάμβανε 3.184 άτομα από 10 μελέτες, βρήκε ότι η διάγνωση της ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία αυξάνει σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο χρήσης αλκοόλ στη νεαρή ενήλικη ζωή ακόμα και όταν στην ανάλυση δεν συμπεριλαμβάνονταν οι μελέτες με μεθοδολογικά προβλήματα. Και στην περίπτωση του αλκοόλ, όπως και στη νικοτίνη, η συννοσηρότητα ΔΕΠΥ και διαταραχής διαγωγής αποτελεί έναν ιδιαίτερα ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για εξάρτηση από αλκοόλ στην ενήλικη ζωή (Knoke et al 2009). Καθώς οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν τη συσχέτιση καπνίσματος, αλκοόλ και ΔΕΠΥ είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις στους εφήβους με ΔΕΠΥ να περιλαμβάνουν προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ, καθώς και της παρακολούθησης των εφήβων από τους γονείς τους, ενώ ταυτόχρονα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να αξιολογούν και να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τη συννοσηρότητα ιδιαίτερα με τη διαταραχή διαγωγής.

Η χρήση όμως των «νόμιμων» ουσιών (αλκοόλ, νικοτίνη) έχει φανεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο κατάχρησης ή εξάρτησης από παράνομες ουσίες (Charach et al 2011). Οι Charach et al στη μετα-ανάλυσή τους υποστηρίζουν ότι η διάγνωση της ΔΕΠΥ ενδεχομένως εμπεριέχει αυξημένο κίνδυνο για χρήση ψυχοδραστικών

ουσιών. Τα ευρήματα αυτά που αναφέρονται κυρίως στη Β. Αμερική επιβεβαιώνονται και από μελέτες στην Ευρώπη (Sihvola et al 2011) όπου τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για μελλοντική χρήση ουσιών. Το ενδιαφέρον στη μελέτη των Sihvola et al είναι η κατανομή στο φύλο. Παρόλο που τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ήταν πιο σπάνια στα κορίτσια στην ηλικία των 11–12 ετών, αποτελούσαν πιο ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για χρήση ουσιών σε σχέση με τα αγόρια στην ηλικία των 14 ετών. Στην ηλικία των 17,5 ετών οι αναφορές των γονέων για την παρορμητικότητα και την απροσεξία αποτελούσαν προγνωστικό παράγοντα για χρήση αλκοόλ και στα δύο φύλα, αλλά η σχέση αυτή ήταν πιο ισχυρή στα κορίτσια και επιπρόσθετα και για τη χρήση παράνομων ουσιών. Αντίθετα οι αναφορές των δασκάλων για την παρορμητικότητα των αγοριών συσχετίστηκαν με τη χρήση αλκοόλ και παράνομων ουσιών. Οι Leeuwen et al (Prince van Leeuwen et al 2011) υποστηρίζουν ότι η παρορμητικότητα στα αγόρια ενδεχομένως τους προδιαθέτει να πειραματιστούν με ψυχοδραστικές ουσίες και να οδηγήσει σε συνεχή χρήση. Όσον αφορά στα κορίτσια οι Kessler et al (Kessler et al 2010) προτείνουν ότι χρειάζεται ιδιαίτερη αξιολόγηση της απροσεξίας καθώς μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα και άλλων διαταραχών στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, πρόσφατη μελέτη κοόρτης στη Δανία με 717.501 παιδιά, βρήκε ότι στα άτομα με ΔΕΠΥ χωρίς συννοσηρότητα τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο χρήσης αλκοόλ και κάνναβης σε σχέση με τα αγόρια, ενώ μεταξύ αυτών με συννοσηρότητα με ΔΔ ή ΕΠΔ και πάλι τα κορίτσια εμφάνιζαν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάχρησης από κάνναβη (Ottosen et al 2016).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η χρήση κάνναβης καθώς και στη χώρα μας τα ποσοστά είναι υψηλά και ταυτόχρονα παρουσιάζουν αύξηση στην πορεία του χρόνου (Kokkevi 2015). Το 2014 το 9,6% των εφήβων ηλικίας 15 ετών είχε χρησιμοποιήσει έστω και μία φορά την ουσία, με τα αγόρια να εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό καθώς και πιο συστηματική χρήση συγκριτικά με τα κορίτσια. Στη διεθνή βιβλιογραφία τα ποσοστά χρήσης κάνναβης και ΔΕΠΥ φαίνεται να είναι υψηλά. Οι Zaman et al βρήκαν ότι το 33,19%, το 34,59% και το 38,10% των εφήβων με εξάρτηση από κάνναβη, κατάχρηση κάνναβης και προβληματική χρήση κάνναβης αντίστοιχα είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ (Zaman et al 2015). Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν σε μελέτη του 2016 (Notzon et al 2016) όπου σε ποσοστό 34–46% των ενηλίκων που αναζη-

τούσαν θεραπεία για διαταραχές σχετιζόμενες με την κάνναβη πληρούσαν τα κριτήρια για ΔΕΠΥ.

Συμπερασματικά η ΔΕΠΥ φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο χρήσης ουσιών, γεγονός που υποδηλώνει τη σημασία της πρόληψης στα παιδιά με ΔΕΠΥ και ιδιαίτερα σε αυτά με συννοσηρότητα κυρίως με Διαταραχή Διαγωγής, ενώ παράλληλα οι κλινικοί δεν θα πρέπει να αμελούν την πιθανή χρήση ουσιών και στα κορίτσια με ΔΕΠΥ.

ΔΕΠΥ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ (ΦΑ) ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Καθώς πολλά παιδιά με ΔΕΠΥ λαμβάνουν διεγερτικά για την αντιμετώπισή της, η βιβλιογραφία έχει ασχοληθεί με την πιθανότητα συσχέτισης ΦΑ και χρήσης ουσιών. Γενικότερα η βιβλιογραφία αναφέρει ότι ο κίνδυνος δεν είναι αυξημένος. Παιδιά που λάμβαναν διεγερτικά για θεραπεία της ΔΕΠΥ, δεν παρουσίασαν μεγαλύτερο κίνδυνο να δοκιμάσουν ουσίες κατά την εφηβεία και τα φαινόμενα χρήσης ουσιών κατά την ενηλικίωση δεν ήταν πιο συχνά από ό,τι σε παιδιά που δεν λάμβαναν φάρμακα (Barkley et al 2003).

Επιπλέον, μετα-ανάλυση του 2003 (Wilens et al 2003) γύρω από το ίδιο θέμα υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής χρήσης ουσιών σε νέους που λάμβαναν διεγερτικά νωρίτερα στη ζωή συγκρινόμενοι με αυτούς που δεν λάμβαναν τέτοια θεραπεία, είναι 1,9 φορές μειωμένος, με τους συγγραφείς να υποστηρίζουν ότι η φαρμακευτική αγωγή με διεγερτικά στην παιδική ηλικία συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο για χρήση ουσιών και αλκοόλ. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και μεταγενέστερα από άλλη έρευνα η οποία προτείνει τη χρήση σκευασμάτων μακράς διάρκειας για να μειωθεί ο κίνδυνος παράνομης χρήσης των φαρμάκων αυτών, ειδικότερα από ασθενείς με συννοσηρότητα με διαταραχές διαγωγής ή χρήσης ουσιών (Faraone et al 2007). Η χρήση σκευασμάτων μακράς διάρκειας, καθώς και η συνταγογράφηση μη διεγερτικών, όπως η ατομοξετίνη και η βουπριόνη προτείνεται και από πρόσφατη μελέτη ανασκόπησης (Kollins 2008) για τους ασθενείς με συννοσηρότητα ΔΕΠΥ και χρήσης ουσιών.

Συμπερασματικά, οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν ότι η φαρμακευτική θεραπεία της ΔΕΠΥ δεν αυξάνει τον κίνδυνο για μελλοντική χρήση ουσιών και μάλιστα μπορεί να έχει και προστατευτική επίδραση (Biederman et al 2008, Gray et al 2009, Wilens et al 2003). Ωστόσο οι γιατροί πρέπει να παρακολουθούν στενά τους εφήβους με ΔΕΠΥ για πιθανή κατάχρηση

των διεγερτικών ή για ψυχαγωγική χρήση ή ακόμα και για παράνομους λόγους-εμπορία (Kollins 2007, McCabe et al 2006, Poulin 2001).

ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

Η χρήση του διαδικτύου και των ηλεκτρονικών παιχνιδιών έχει αυξηθεί δραματικά την τελευταία δεκαετία και έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας, καθώς ο εθισμός σε αυτά ενδέχεται να προκαλεί σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές συνέπειες, ενώ παράλληλα υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις συσχέτισης της ΔΕΠΥ με τον εθισμό στο διαδίκτυο και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές (Weinstein et al 2015).

Σε πρόσφατη μελέτη του 2014 (Yen et al 2014) αξιολογήθηκαν 287 έφηβοι με ΔΕΠΥ, ηλικίας 11–18 ετών όσον αφορά στη χρήση του διαδικτύου και βρέθηκε ότι το 15,7% (N=45) παρουσίαζαν σημεία εθισμού στο διαδίκτυο. Τα σχετιζόμενα με το άγχος σωματικά συμπτώματα παρουσίαζαν σημαντική συσχέτιση με τη χρήση του διαδικτύου. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς η συσχέτιση αυτή πιθανώς να υπάρχει λόγω του ότι το στρες από τη χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση και τις φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις να οδηγεί τους εφήβους με ΔΕΠΥ να βιώνουν σωματικά συμπτώματα άγχους και να επιθυμούν τη διαφυγή στον εικονικό κόσμο του διαδικτύου. Επίσης τα συμπτώματα άγχους πιθανόν να δυσκολεύουν τους εφήβους να ανταποκρίνονται με επάρκεια στην αληθινή ζωή και να αναζητούν να κάνουν επιτεύγματα στον εικονικό κόσμο (Yen et al 2014). Τέλος, οι συγγραφείς προτείνουν ότι τα σωματικά συμπτώματα άγχους μπορεί να αποτελούν και ένα από τα σημεία απόσυρσης στους εφήβους με εθισμό στο διαδίκτυο. Άλλα σημεία που συσχετίστηκαν με τη χρήση του διαδικτύου είναι η υψηλή σωματική δυσφορία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επιπρόσθετα, σε μεταγενέστερη μελέτη τους Chou et al (2015) στο ίδιο δείγμα, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για τον βαρύ εθισμό στο διαδίκτυο ήταν η φτωχή ικανοποίηση από τις οικογενειακές σχέσεις. Όσον αφορά στα πυρηνικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ οι Yilmaz et al (2015) βρήκαν ότι με τον εθισμό στο διαδίκτυο σχετίζεται η διάσπαση προσοχής και όχι η υπερκινητικότητα. Τέλος όσον αφορά στην παρέμβαση στη ΔΕΠΥ και τον εθισμό στο διαδίκτυο (Han et al 2009) προτείνουν ότι η χρήση του είναι πιθανώς ένα είδος αυτοθεραπείας για τα παιδιά με ΔΕΠΥ και ότι η μεθυλφαινιδάτη θα πρέπει να αξιολογηθεί ως μια ενδεχόμενη θεραπευτι-

κή μέθοδος καθώς με τη χρήση της φάνηκε να μειώνεται η χρήση του διαδικτύου.

Συνεπώς, φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ΔΕΠΥ και της χρήσης του διαδικτύου. Οι επαγγελματίες, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται να παρακολουθούν τη χρήση του διαδικτύου στα παιδιά με ΔΕΠΥ ενώ ταυτόχρονα οι παρεμβάσεις και τα προγράμματα που απευθύνονται σε αυτόν τον πληθυσμό να λαμβάνουν υπόψη το άγχος, την κατάθλιψη και την αυτοεκτίμηση.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η επίδραση της ΔΕΠΥ στη σεξουαλική συμπεριφορά είναι ακόμα υπό μελέτη, ωστόσο η αρχική εντύπωση είναι πως τα άτομα με ΔΕΠΥ είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2010 βρέθηκε ότι έφηβοι με εξωτερικευμένες διαταραχές (π.χ. ΔΕΠΥ, διαταραχή διαγωγής, κ.ά.) ήταν πιο πιθανό να έχουν ενεργό και πιο έντονη σεξουαλική ζωή (Brown et al 2010).

Οι Barkley et al (2006) αξιολόγησαν τη σεξουαλική δραστηριότητα σε νεαρούς ενήλικες (19–25 ετών) που είχαν διαγνωστεί με υπερκινητικότητα σε σύγκριση με νέους χωρίς τη διάγνωση. Οι νέοι που είχαν ιστορικό ΔΕΠΥ παρουσίαζαν έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε μικρότερη ηλικία, περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους, λιγότερα μέτρα αντισύλληψης, μεγαλύτερα ποσοστά εγκυμοσύνης (οι άνδρες να προκαλούν περισσότερες εγκυμοσύνες), και ήταν τέσσερις φορές πιο πιθανό να έχουν ιστορικό σεξουαλικού μεταδιδόμενου νοσήματος σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, ενώ παράλληλα το 38% είχαν γίνει ήδη γονείς (4% στην ομάδα ελέγχου). Τα αποτελέσματα αυτά συνδέθηκαν με τη σοβαρότητα της συννοσηρής διαταραχής διαγωγής (Barkley et al 2006) παρά με τη ΔΕΠΥ. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν και σε μελέτη νεαρών ανδρών με ιστορικό ΔΕΠΥ (Flory et al 2006).

Μελέτη εστιασμένη στη σεξουαλική συμπεριφορά φοιτητριών υποστηρίζει ότι οι φοιτήτριες με ιστορικό ΔΕΠΥ ήταν πιο πιθανό να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ. σεξ χωρίς προστασία). Ενδιαφέρον προκαλεί η παρατήρηση ότι η καλή-ποιοτική σχέση μητέρας-κόρης λειτουργούσε ως προστατευτικός παράγοντας μείωσης του αντίστοιχου κινδύνου (Huggins et al 2015).

Παρόλο που υπάρχει η άποψη ότι η ΔΕΠΥ έχει άμεση συσχέτιση με σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού

κινδύνου, ανεξάρτητα από τη συννοσηρότητα με διαταραχές διαγωγής και χρήση ουσιών (Nigg 2013), νεότερη δημοσίευση υποστηρίζει ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση με τους δύο αυτούς παράγοντες να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σεξουαλικής συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου (Sarver et al 2014). Οι συγγραφείς τονίζουν τη σημασία μέτρων πρόληψης στους εφήβους με ΔΕΠΥ και χρήση ουσιών για τη μείωση του κινδύνου που προκύπτει από την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Sarver et al 2014).

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ-ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Ένα άλλο θέμα στο οποίο εστιάζουν οι έρευνες είναι η συσχέτιση της ΔΕΠΥ με τον κίνδυνο για ατυχήματα. Σε μια μελέτη οι Marcus et al (2008) βρήκαν ότι όσο καλύτερη συμμόρφωση είχαν τα παιδιά στην αγωγή με διεγερτικά τόσο μικρότερο κίνδυνο για ατυχήματα παρουσίαζαν. Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν σε πιο πρόσφατη μελέτη (Raman et al 2013) όπου κατά την περίοδο όπου τα παιδιά με ΔΕΠΥ λάμβαναν αγωγή τα ποσοστά ατυχημάτων ήταν σαφώς μικρότερα σε σχέση με τις περιόδους όπου δεν λάμβαναν την αγωγή. Η προστατευτική αυτή συσχέτιση ήταν περισσότερο εμφανής στα αγόρια και στα παιδιά ηλικίας 10–14 ετών. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το εύρημα ότι τα πιο σοβαρά τραύματα έχουν συσχετισθεί με τη ΔΕΠΥ (Merrill et al 2009) και αυτός ο κίνδυνος δεν σχετίζεται με άλλο παράγοντα.

Καθώς οι έφηβοι με ΔΕΠΥ μεγαλώνουν είναι πιο πιθανό να εμπλέκονται σε αυτοκινητικά ατυχήματα και να δέχονται περισσότερες κλήσεις για παραβίαση ορίων ταχύτητας (Barkley 2004, Barkley et al 1993). Το παραπάνω μοιάζει να είναι σταθερό εύρημα καθώς πλήθος μελετών υποστηρίζει ότι οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες με ΔΕΠΥ, συγκρινόμενοι με εφήβους χωρίς ΔΕΠΥ παρουσίασαν περισσότερες κλήσεις για αυξημένη ταχύτητα, περισσότερα ατυχήματα, αυξημένη παρακράτηση διπλώματος, ενώ κατέγραψαν και χαμηλότερο βαθμό σε τεστ για οδηγητικές ικανότητες (Barkley et al 2007, Barkley et al 2002, Barkley et al 1996). Σημαντικό είναι ωστόσο να αναφερθεί ότι η χρήση μεθυλφαινιδάτης φαίνεται να βελτιώνει την οδηγητική συμπεριφορά και να μειώνει τον κίνδυνο για τα τροχαία ατυχήματα (Barkley et al 2007). Οι γονείς των εφήβων με ΔΕΠΥ πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με αυτούς τους σοβαρούς κινδύνους, ώστε να

λαμβάνουν προληπτικά μέτρα όπως την πιο ολοκληρωμένη εκπαίδευσή τους στους κανόνες οδηγητικής συμπεριφοράς και την πιθανή χρήση φαρμακευτικής αγωγής (Barkley 2004).

Η διάσπαση προσοχής (Merrill et al 2009), η επικίνδυνη συμπεριφορά (Badger et al 2008, Garzon et al 2008) και η χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, μαζί με την αρνητική συναισθηματική κατάσταση (Oliver et al 2012) είναι κάποιες από τις αιτίες στις οποίες οι έρευνες αποδίδουν τα διάφορα ατυχήματα-τραυματισμούς που συμβαίνουν στους εφήβους με ΔΕΠΥ.

Τα ατυχήματα αποτελούν έναν σημαντικό δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζεται με τη ΔΕΠΥ, επομένως θα ήταν σκόπιμο να γίνουν στοχευμένες προληπτικές παρεμβάσεις σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠΥ για τη μείωση των ατυχημάτων (Pastor et al 2006) ενώ παράλληλα είναι απαραίτητος και ο σχεδιασμός νέων ερευνών σε αυτόν τον τομέα (Nigg 2013).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τονίζει τις διάφορες δυσκολίες και τους κινδύνους που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ στους εφήβους και συχνά παραμένουν στην ενήλικη ζωή. Καθίσταται σαφές ότι η ΔΕΠΥ δεν αποτελεί απλά και μόνο μια ψυχιατρική διαταραχή, αλλά μια κατάσταση με δυνητικά πολλές αρνητικές και επικίνδυνες συνέπειες για τον έφηβο με τη διάγνωση. Η παρακολούθηση ενός εφήβου με ΔΕΠΥ αποτελεί την πιο σημαντική λειτουργία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ώστε να μπορέσουν να υποστηρίξουν τον ίδιο και την οικογένειά του. Η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση, η ανίχνευση των συννοσηρών καταστάσεων και η παρακολούθηση για την πιθανότητα παρουσίας των αρνητικών συνεπειών αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τη μείωση ή και εξάλειψή τους και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος για τους εφήβους, εντός του οποίου θα μπορέσουν να αναπτύξουν τις δυνατότητές τους με αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ίδιους. Τέλος είναι σημαντικό να αναφερθεί η ανάγκη δημιουργίας υπηρεσιών για εφήβους και νεαρούς ενήλικες με ΔΕΠΥ ώστε η μετάβαση των εφήβων στην ενήλικη ζωή να γίνεται με έναν ασφαλή τρόπο ο οποίος θα εξασφαλίζει τη συνέχεια στη φροντίδα. Τα παραπάνω χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής από τους επαγγελματίες αλλά και από τα συστήματα υγείας γενικότερα, ιδιαίτερα αν ληφθεί υπόψη ότι η ΔΕΠΥ συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Minkoff 2009, Nigg 2013).

ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER AND ADVERSE CONSEQUENCES IN ADOLESCENCE

E. Tsalamaniotis,¹ K. Kotsis²

¹Child and Adolescent Psychiatrist,

²MSc, PhD, Child and Adolescent Psychiatrist,

Department of Child and Adolescent Psychiatry, "Asklepieio" General Hospital

Child and Adolescent Psychiatry 2015–2016, 3–4:32–41

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder that is defined by extreme levels of inattention and hyperactivity – impulsivity. The diagnostic criteria of DSM-V require that there is clear evidence that the symptoms interfere with, or reduce the quality of, social, academic, or occupational functioning. For many years ADHD was considered as a typical childhood disorder. Longterm studies though, showed that an important percentage of children with ADHD continue to fulfill the criteria as adolescents as well as adults. Adolescence is a transitional stage towards the adult life and is characterized by physical as well as psychological changes. The presence of a chronic neurodevelopmental disorder like ADHD, which interferes with the daily life of the adolescent since childhood, represents a significant problem in regard to the normal developmental course and may have adverse consequences. This review provides a summary of the most significant adverse consequences that ADHD may have in adolescence (self-injuries, poor academic performance, substance and internet abuse, risky sexual behavior and increased risk of injuries) and suggests the close monitoring of the adolescent for the possibility of their emergence and the need for prevention as well as the establishment of appropriate services for adolescents and young adults with ADHD.

Key words: ADHD, Adolescence, Adverse consequences.

Βιβλιογραφία

- Badger K, Anderson L, Kagan RJ. Attention deficit-hyperactivity disorder in children with burn injuries. *J Burn Care Res* 2008, 29:724–729
- Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ. Long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based perspective. *J Dev Behav Pediatr* 2007, 28:265–273
- Barkley RA. Driving impairments in teens and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2004, 27:233–260
- Barkley RA, Cox D. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *J Safety Res* 2007, 38:113–128
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, 29:546–557
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics* 2003, 111:97–109
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006, 45:192–202
- Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, DuPaul GJ, Shelton TL. Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: a 3- to 5-year follow-up survey. *Pediatrics* 1993, 92:212–218
- Barkley RA, Murphy KR, Dupaul GI, Bush T. Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: knowledge, perfor-

- mance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. *J Int Neuropsychol Soc* 2002, 8:655–672
- Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 1996, 98:1089–1095
- Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M et al. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008, 47:426–434
- Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marrs A et al. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:343–351
- Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone SV. Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *J Psychiatr Res* 2011, 45:150–155
- Breslau N, Breslau J, Peterson E, Miller E, Lucia VC, Bohnert K, Nigg J. Change in teachers' ratings of attention problems and subsequent change in academic achievement: a prospective analysis. *Psychol Med* 2010, 40:159–166
- Brinkman WB, Epstein JN, Auinger P, Tamm L, Froehlich TE. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder with early tobacco and alcohol use. *Drug Alcohol Depend* 2015, 147:183–189
- Brown LK, Hadley W, Stewart A, Lescano C, Whiteley L, Donenberg G, DiClemente R, Project SSG. Psychiatric disorders and sexual risk among adolescents in mental health treatment. *J Consult Clin Psychol* 2010, 78:590–597
- Burke JD, Stepp SD. Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *J Abnorm Child Psychol* 2012, 40:35–44
- Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010, 49:595–605
- Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011, 50:9–21
- Chou WJ, Liu TL, Yang P, Yen CF, Hu HF. Multi-dimensional correlates of Internet addiction symptoms in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 2015, 225:122–128
- Chronis-Tuscano A, Molina BS, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010, 67:1044–1051
- DuPaul GJ, Evans SW. School-based interventions for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolesc Med State Art Rev* 2008, 19:300–312, x
- Faraone SV, Wilens TE. Effect of stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder on later substance use and the potential for stimulant misuse, abuse, and diversion. *J Clin Psychiatry* 2007, 68(Suppl 1):15–22
- Fischer M, Barkley RA, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional, and neuropsychological status. *J Consult Clin Psychol* 1990, 58:580–588
- Flory K, Molina BS, Pelham WE, Jr, Gnagy E, Smith B. Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006, 35:571–577
- Fried R, Petty C, Faraone SV, Hyder LL, Day H, Biederman J. Is ADHD a Risk Factor for High School Dropout? A Controlled Study. *J Atten Disord* 2016, 20:383–389
- Fuemmeler BF, Kollins SH, McClernon FJ. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood. *J Pediatr Psychol* 2007, 32:1203–1213
- Garzon DL, Huang H, Todd RD. Do attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder influence preschool unintentional injury risk? *Arch Psychiatr Nurs* 2008, 22:288–296
- Gehricke JG, Loughlin SE, Whalen CK, Potkin SG, Fallon JH, Jamner LD et al. Smoking to self-medicate attentional and emotional dysfunctions. *Nicotine Tob Res* 2007, 9(Suppl 4):S523–536
- Gray KM, Upadhyaya HP. Tobacco smoking in individuals with attention-deficit hyperactivity disorder: epidemiology and pharmacological approaches to cessation. *CNS Drugs* 2009, 23:661–668
- Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamaniotis E. Suicide in adolescents: a worldwide preventable tragedy. *Keio J Med* 2009, 58:95–102
- Han DH, Lee YS, Na C, Ahn JY, Chung US, Daniels MA et al. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry* 2009, 50:251–256
- Hechtman L, Weiss G. Long-term outcome of hyperactive children. *Am J Orthopsychiatry* 1983, 53:532–541
- Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *J Consult Clin Psychol* 2012, 80:1041–1051
- Huggins SP, Rooney ME, Chronis-Tuscano A. Risky sexual behavior among college students With ADHD: is the mother-child relationship protective? *J Atten Disord* 2015, 19:240–250
- Impey M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012, 125:93–102
- James A. Completed suicide, ideation and attempts in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012, 125:91–92
- James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 110:408–415
- Kessler RC, Green JG, Adler LA, Barkley RA, Chatterji S, Faraone SV, et al. Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. *Arch Gen Psychiatry* 2010, 67:1168–1178
- Knop J, Penick EC, Nickel EJ, Mortensen EL, Sullivan MA, Murtaza S et al. Childhood ADHD and conduct disorder as independent predictors of male alcohol dependence at age 40. *J Stud Alcohol Drugs* 2009, 70:169–177
- Kokkevi A, Fotiou A, Kanavou E, Stavrou M. Addictive behaviours in adolescence: Part A. Substance use. Series of Short Reports: Adolescents, Behaviours & Health. University Mental Health Research Institute, 2015
- Kollins SH. Abuse liability of medications used to treat attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Am J Addict* 16(Suppl 1):35–42, quiz, 2007:43–34
- Kollins SH. A qualitative review of issues arising in the use of psycho-stimulant medications in patients with ADHD and co-morbid substance use disorders. *Curr Med Res Opin* 2008, 24:1345–1357
- Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a

- population-based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005, 62:1142–1147
- Koumoula A. The course of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) over the life span. *Psychiatriki* 2012, 23(Suppl 1):49–59
- Lan WH, Bai YM, Hsu JW, Huang KL, Su TP, Li CT et al. Comorbidity of ADHD and suicide attempts among adolescents and young adults with bipolar disorder: A nationwide longitudinal study. *J Affect Disord* 2015, 176:171–175
- Lee SS, Lahey BB, Owens EB, Hinshaw SP. Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2008, 36:373–383
- Marcus SC, Wan GJ, Zhang HF, Olfson M. Injury among stimulant-treated youth with ADHD. *J Atten Disord* 2008, 12:64–69
- Matthies SD, Philipsen A. Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014, 1:3
- McCabe SE, Teter CJ, Boyd CJ. Medical use, illicit use and diversion of prescription stimulant medication. *J Psychoactive Drugs* 2006, 38:43–56
- Merrill RM, Lyon JL, Baker RK, Gren LH. Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. *Adv Med Sci* 2009, 54:20–26
- Mick E, Byrne D, Fried R, Monuteaux M, Faraone SV, Biederman J. Predictors of ADHD persistence in girls at 5-year follow-up. *J Atten Disord* 2011, 15:183–192
- Miller CJ, Flory JD, Miller SR, Harty SC, Newcorn JH, Halperin JM. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2008, 69:1477–1484
- Minkoff NB. ADHD in managed care: an assessment of the burden of illness and proposed initiatives to improve outcomes. *Am J Manag Care* 2009, 15:S151–159
- Nigg JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clin Psychol Rev* 2013, 33:215–228
- Notzon DP, Pavlicova M, Glass A, Mariani JJ, Mahony AL, Brooks DJ, Levin FR. ADHD Is Highly Prevalent in Patients Seeking Treatment for Cannabis Use Disorders. *J Atten Disord*, 2016
- Oliver ML, Nigg JT, Cassavaugh ND, Backs RW. Behavioral and cardiovascular responses to frustration during simulated driving tasks in young adults with and without attention disorder symptoms. *J Atten Disord* 2012, 16:478–490
- Ottosen C, Petersen L, Larsen JT, Dalsgaard S. Gender Differences in Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016, 55:227–234 e224
- Owens EB, Hinshaw SP, Lee SS, Lahey BB. Few girls with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder show positive adjustment during adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009, 38:132–143
- Palma SM, Natale AC, Calil HM. A 4-Year Follow-Up Study of Attention-Deficit Hyperactivity Symptoms, Comorbidities, and Psychostimulant Use in a Brazilian Sample of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Front Psychiatry* 2015, 6:135
- Pastor PN, Reuben CA. Identified attention-deficit/hyperactivity disorder and medically attended, nonfatal injuries: US school-age children, 1997–2002. *Ambul Pediatr* 2006, 6:38–44
- Paternite CE, Loney J, Salisbury H, Whaley MA. Childhood inattention-over activity, aggression, and stimulant medication history as predictors of young adult outcomes. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999, 9:169–184
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007, 164:942–948
- Poulin C. Medical and nonmedical stimulant use among adolescents: from sanctioned to unsanctioned use. *CMAJ* 2001, 165:1039–1044
- Prince van Leeuwen A, Creemers HE, Verhulst FC, Ormel J, Huizink AC. Are adolescents gambling with cannabis use? A longitudinal study of impulsivity measures and adolescent substance use: the TRAILS study. *J Stud Alcohol Drugs* 2011, 72:70–78
- Raggi VL, Chronis AM. Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2006, 9:85–111
- Raman SR, Marshall SW, Haynes K, Gaynes BN, Naftel AJ, Sturmer T. Stimulant treatment and injury among children with attention deficit hyperactivity disorder: an application of the self-controlled case series study design. *Inj Prev* 2013, 19:164–170
- Sarver DE, McCart MR, Sheidow AJ, Letourneau EJ. ADHD and risky sexual behavior in adolescents: conduct problems and substance use as mediators of risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2014, 55:1345–1353
- Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Korhonen T, Pulkkinen L, Raevuori A, Marttunen M, Kaprio J. Prospective relationships of ADHD symptoms with developing substance use in a population-derived sample. *Psychol Med* 2011, 41:2615–2623
- Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S, Falissard B, Pham-Scottet A, Corcos M. ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* 2011, 11:158
- Stepp SD, Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol* 2012, 40:7–20
- Storebo OJ, Simonsen E. Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nord J Psychiatry* 2014, 68:289–295
- Symmes A, Winters KC, Fahnhorst T, Botzet A, Lee S, August G et al. The Association Between Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Nicotine Use Among Adolescents and Young Adults. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2015, 24:37–45
- Taanila A, Ebeling H, Tiiala M, Kaakinen M, Moilanen I, Hurtig T, Yliherva A. Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms: a 16-year follow-up. *J Atten Disord* 2014, 18:61–72
- van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend* 2012, 122:11–19
- Weinstein A, Yaacov Y, Manning M, Danon P, Weizman A. Internet Addiction and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Schoolchildren. *Isr Med Assoc J* 2015, 17:731–734
- Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003, 111:179–185
- Yen CF, Chou WJ, Liu TL, Yang P, Hu HF. The association of Internet addiction symptoms with anxiety, depression and self-esteem among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry* 2014, 55:1601–1608
- Yilmaz S, Herguner S, Bilgic A, Isik U. Internet addiction is related to attention deficit but not hyperactivity in a sample of high school students. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2015, 19:18–23
- Zaman T, Malowney M, Knight J, Boyd JW. Co-Occurrence of Substance-Related and Other Mental Health Disorders Among Adolescent Cannabis Users. *J Addict Med* 2015, 9:317–321

ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ

Α. Σερντάρη

*Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη*

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:42–49

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) αποτελεί μια κοινή διαταραχή που προσβάλλει 1–3% του πληθυσμού παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Χαρακτηρίζεται ως χρόνια, αφού περίπου τα μισά παιδιά και έφηβοι που θα εμφανίσουν τη συμπτωματολογία θα εξακολουθήσουν να εμφανίζουν συμπτώματα στην ενήλικη ζωή. Η διαταραχή προκαλεί σοβαρή δυσφορία και λειτουργική έκπτωση. Η αιτιοπαθογένειά της είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και συνδυάζει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Διαφοροποιείται από την καταναγκαστική συμπεριφορά, που παρατηρείται φυσιολογικά σε κάποιο αναπτυξιακό στάδιο και χαρακτηρίζεται από ετερογένεια ως προς την έναρξη, την κλινική εικόνα, την πορεία και τη συννοσηρότητα. Αναφορικά με την έναρξη, αυτή μπορεί να είναι κατά την παιδική ή την εφηβική ηλικία, οξεία ή ύπουλη, με μεγάλο διάστημα να μεσολαβεί από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων μέχρι την τελική διάγνωση. Οι συχνότερες αναφερόμενες ιδεοληψίες σχετίζονται με τον φόβο μόλυνσης, σκέψεις θρησκευτικού περιεχομένου, ότι κάτι τρομερό θα συμβεί στα ίδια ή σε ένα αγαπημένο τους πρόσωπο και οι συνηθέστερες καταναγκαστικές πράξεις αφορούν σε τελετουργίες μετρήματος, συμμετρίας, καθαριότητας και ελέγχου. Οι γονείς εμπλέκονται συχνά στην παθολογία είτε ως μέρος των συμπτωμάτων είτε γιατί καλούνται να διαχειρισθούν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά των παιδιών τους. Η πορεία της ακολουθεί περιόδους με διακυμάνσεις, μεταξύ των οποίων υπάρχουν χρονικά διαστήματα στα οποία παρατηρείται έξαρση ή ύφεση της συμπτωματολογίας. Αναφορικά με τη συννοσηρότητα

η βιβλιογραφία παραπέμπει κυρίως στην κατάθλιψη, τις διαταραχές μωσπασμάτων (τικ), τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής–υπερκινητικότητας και τις διαταραχές διατροφής. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, θεραπεία εκλογής αποτελεί η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η οποία μπορεί να συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία, κυρίως από την κατηγορία των SSRIs. Οι γονείς των παιδιών με ΙΨΔ εμφανίζουν συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας, γεγονός που καθιστά σημαντική την υποστήριξή τους κατά τον θεραπευτικό σχεδιασμό.

Λέξεις ευρετηρίου: Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, παιδική ηλικία, εφηβική ηλικία, κλινικά χαρακτηριστικά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) αποτελεί μια κοινή διαταραχή που προσβάλλει 1–3% του πληθυσμού παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Αναφέρεται ως «κρυφή επιδημία» εξαιτίας της μυστικότητας και της ετερογένειας που χαρακτηρίζει τη συμπτωματολογία της (Armstrong 2012). Η αυξημένη συχνότητα –έως και 11πλάσια (Hanna 2005, Hettema et al 2001)–εμφάνισης ψυχαναγκασμών και καταναγκασμών σε συγγενείς α΄ βαθμού οδηγούν στην αναγνώριση του οικογενή χαρακτήρα της διαταραχής με πρώιμη έναρξη.

Χαρακτηρίζεται επίσης ως χρόνια, αφού περίπου τα μισά παιδιά και έφηβοι που θα εμφανίσουν τη συμπτωματολογία θα εξακολουθήσουν να εμφανίζουν συμπτώματα στην ενήλικη ζωή (Micali 2010). Η διαταραχή προκαλεί σοβαρή δυσφορία και λειτουργική έκπτωση: τα παιδιά παραμένουν κοινωνικά απομονωμένα, με προβλήματα στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων και την τάση να παραμένουν «στο σπίτι της οικογένειας» αρκετά μετά την ενηλικίωσή τους (Micali 2010).

Ιστορική αναδρομή

Μέχρι πρόσφατα η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) στην παιδική ηλικία δεν ήταν ευρέως γνωστή στην παιδοψυχιατρική κοινότητα. Η ιστορική αναδρομή ξεκινάει από την περιγραφή της ΙΨΔ ως μορφή «τρέλας», εν συνεχεία την κατάταξή της στις νευρώσεις, για να φτάσουμε στις σύγχρονες βιολογικές υποθέσεις για την αιτιολογία της (Storch 2007). Κατά τον 17ο αιώνα οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί περιγράφηκαν ως «θρησκευτική μελαγχολία». Το 1838 ο Jean Esquirol αναφέρεται στη «μονομανία» ή τη «με-

ρική παραφροσύνη» (partial insanity) προσπαθώντας να περιγράψει την κλινική της εικόνα. Περίπου στο τέλος 19ου αι. ο P. Janet αναφέρεται στην κλινική περίπτωση ενός 5χρονου «ψυχασθενικού αγοριού» με συμπτώματα που παραπέμπουν στην κλινική εικόνα που σήμερα ορίζεται ως ΙΨΔ.

Αν και η παθοφυσιολογία της διαταραχής παραμένει ακόμα υπό διερεύνηση, η πρόοδος των νευροεπιστημών και της ψυχιατρικής ειδικότερα, οδηγούν σε μια νευροβιολογική βάση. Ερευνητικά δεδομένα συσχετίζουν την έκθεση στον Β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α με την εμφάνιση συμπτωματολογίας που παραπέμπει σε ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Swedo 2002). Σήμερα αναγνωρίζονται διαφορετικοί κλινικοί υπότυποι και οι νεότερες έρευνες εστιάζουν στους ασθενείς που εμφανίζουν πρώιμη έναρξη και διαταραχή μωσπασμάτων. Τα παραπάνω μαζί με άλλους επιγενετικούς παράγοντες αποτελούν ένδειξη ότι η αιτιολογία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής εμπεριέχει τις αλληλεπιδράσεις γονιδίων και περιβάλλοντος. Ακόμη όμως και αν η γενετική μετάδοση της ΙΨΔ είναι αδιαμφισβήτητη, ο τρόπος μετάδοσης και τα γονίδια που εμπλέκονται είναι ακόμη άγνωστα, και σε αυτό συμβάλλει η ετερογένειά της (Miguel 2005).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σε αντίθεση με παλαιότερα που η ΙΨΔ θεωρείτο σπάνια στην παιδική ηλικία, οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρονται σε ποσοστά 0,25–4% σε παιδιά και εφήβους (Krebs et al 2015, Flaments et al 1988, Heyman et al 2001, Douglass et al 1995) και ειδικά για την ΙΨΔ με πρώιμη έναρξη τα ποσοστά κυμαίνονται από 0,1% ως 3,6% (Alvarenga et al 2012). Τα αγόρια παρουσιάζουν

ζουν πιο συχνά ΙΨΔ από τα κορίτσια σε αναλογία 2–3:1, αναλογία η οποία ανατρέπεται στην εφηβεία όπου υπερτερούν κατά τι τα κορίτσια 1:1.35, ενώ αργότερα η διαφορά αυτή εξισώνεται (Liakouroulou 2012, Kalra et al 2009).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιοπαθογένεια της ΙΨΔ είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και συνδυάζει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι μελέτες που αφορούν στο γονιδίωμα μπορεί να αναδείξουν νέα δεδομένα για τη νευροβιολογική της βάση. Η πιθανή αλληλεπιδραστική σχέση των γονιδίων με το περιβάλλον οδηγεί στην προδιάθεση για εμφάνιση συμπτωμάτων ΙΨΔ με διαφορετικούς κλινικούς υποτύπους, οι οποίοι μπορεί να συνδέονται με την έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός ή ακόμα και με προσωπικότητα που προδιαθέτει απάντηση στο στρες με ανάλογη συμπτωματολογία (Walitza et al 2010). Υποστηρίζεται επίσης ότι η έκθεση στον στρεπτόκοκκο ενεργοποιεί το ανοσολογικό σύστημα και οδηγεί τελικά σε φλεγμονή των βασικών γαγγλίων επηρεάζοντας το φλοιοραβδωτό-θαλαμοφλοιώδες νευρωνικό κύκλωμα (Sadock 2014).

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια τόσο ως προς την ηλικία έναρξης, όσο και ως προς την πορεία και τη συννοσηρότητα.

Αναφορικά με την έναρξη, αυτή μπορεί να είναι κατά την παιδική ή την εφηβική ηλικία, οξεία ή ύπουλη, με μεγάλο διάστημα να μεσολαβεί από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων μέχρι την τελική διάγνωση. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΙΨΔ με πρώιμη έναρξη αναφέρεται πριν το 10ο έτος και κατά άλλους ίσως και ήδη από την ηλικία των 5 ή των 7 χρόνων (Hanna et al 1995, Swedo et al 1989a). Στην περίοδο της προ-εφηβικής και της εφηβικής ηλικίας η κλινική εικόνα παραπέμπει σε σημειολογία παρόμοια με αυτή της διαταραχής των ενηλίκων με όριο το 10ο ή το 14ο έτος (Rosario-Campos et al 2001). Η πορεία της ακολουθεί περιόδους με διακυμάνσεις μεταξύ των οποίων μεγάλες περιόδους έξαρσης με υφέσεις.

Αναπτυξιακή προσέγγιση

Στην πλειοψηφία των ατόμων θα εμφανιστούν σε κάποια στιγμή της παιδικής ηλικίας καταναγκαστικές συμπεριφορές, που δεν θα χαρακτηρισθούν ως παθο-

λογικές. Αυτές οι συμπεριφορές αποτελούν «αναπτυξιακά φαινόμενα» της προσχολικής ηλικίας (Evans et al 1997). Αυτό που ίσως θα διαφοροποιήσει στο μέλλον τα παιδιά που θα εμφανίσουν τη διαταραχή από εκείνα που δεν θα παρουσιάσουν παθολογία είναι η συχνότητα, η ένταση και η λειτουργική έκπτωση που συνοδεύουν τη συμπεριφορά (Rachman 1978). Με πιο χαρακτηριστικές τις τελετουργίες πριν από τον ύπνο, που προσδίδουν μια αίσθηση ασφάλειας και ελέγχου απέναντι στο άγχος αποχωρισμού από το οικείο πρόσωπο της προσκόλλησης και τον φυσιολογικό αναπτυξιακό φόβο στο σκοτάδι, οι «φυσιολογικές καταναγκαστικές συμπεριφορές» είναι λιγότερο συχνές, έχουν μικρότερη διάρκεια, είναι πιο εύκολα διαχειρίσιμες και ταυτόχρονα λιγότερο δυστονικές προς το εγώ (Leonard 1990). Πρόκειται δηλαδή για ένα συνεχές με τις φυσιολογικές ανησυχίες που εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία και τη μετέπειτα εμφάνιση κλινικής σημειολογίας διαταραχής. Μέσα από αυτό το πρίσμα η ΙΨΔ γίνεται κατανοητή ως μια παθολογική κατάσταση, κατά την οποία παραμένουν φυσιολογικές συμπεριφορές που συναντώνται κατά τη διάρκεια διαφόρων αναπτυξιακών σταδίων.

Συμπτωματολογία

Ένα βασικό παθογνωμονικό στοιχείο είναι ο υπερβολικός χρόνος που αφιερώνουν τα παιδιά και οι έφηβοι στις τελετουργίες ως λογική απόκριση σε ιδεοληψίες. Διακρίνονται σε φόβους μόλυνσης, ότι κάτι άσχημο-κακό θα συμβεί στα ίδια ή σε αγαπημένα τους πρόσωπα, ότι θα εγκαταλειφθούν ή ότι θα βλάψουν κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο εξαιτίας της απώλειας ελέγχου στις επιθετικές ενορμήσεις τους. Τα πλυσίματα, οι έλεγχοι και οι επαναλαμβανόμενες τελετουργίες και σκέψεις που αφορούν στη συμμετρία, στην ακρίβεια, στην τακτοποίηση και στην αποθησαύριση αποτελούν μια άλλη ομάδα κλινικών εκδηλώσεων. Τέλος οι υπερβολικές θρησκευτικές και ηθικές ενασχολήσεις αφορούν κυρίως σε σκέψεις ή εικόνες με ψυχαναγκαστικό περιεχόμενο. Η αποφυγή, η αναποφασιστικότητα, η αμφιβολία και η βραδύτητα στην ολοκλήρωση μιας εργασίας αποτελούν χαρακτηριστικά στοιχεία που ολοκληρώνουν το σύνολο της κλινικής εικόνας.

Ο όρος «αισθητηριακά φαινόμενα» (sensory phenomena) (Kano 2015) χρησιμοποιείται για να περιγράψει ενοχλητικά αισθητηριακά ερεθίσματα, συναισθήματα ή ενορμήσεις που προηγούνται ή συνοδεύουν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, όπως οι

καταναγκασμοί ή τα τικ, μέχρι τα άτομα να βιώσουν ανακούφιση. Διακρίνονται σε σωματικά ή νοητικά και αποτυπώνουν την ανάγκη για το «ακριβώς σωστό» και ένα αίσθημα πληρότητας.

Παιδιατρική αυτοάνοση νευροψυχιατρική διαταραχή

Το 1998, για πρώτη φορά σχηματίστηκε το αρκτικόλεξο PANDAS ("Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections", «παιδιατρικές αυτοάνοσες νευροψυχιατρικές διαταραχές που σχετίζονται με στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις») για να περιγράψει κλινικά σύνδρομο που προκαλούνται από τον Β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α. Πιο πρόσφατη βιβλιογραφία προτείνει το σύνδρομο PANS (Paediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome) για να ενσωματώσει την οξεία έναρξη και την αιτιολογική ασάφεια της διαταραχής (Macerollo 2013, Swedo et al 2004).

Η κλινική εικόνα ορίζεται από ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική συμπτωματολογία με ή χωρίς συνοδό διαταραχή τικ, με πρώιμη και αιφνίδια έναρξη, υποτροπιάζουσα ή διαλείπουσα πορεία, η οποία συνδυάζεται με έκθεση σε Β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α και συσχετίζεται με νευρολογικές διαταραχές κατά τη διάρκεια των υποτροπών. Η ακριβής παθογένεια παραμένει ασαφής. Φαίνεται όμως ότι πρόκειται για επιπλοκή στρεπτοκοκκικής λοίμωξης σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Η θεραπεία είναι συμπτωματική για την αντιμετώπιση της λοίμωξης και συνδυάζεται με γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια (Esposito et al 2014).

Διάγνωση

Η διάγνωση της ΙΨΔ στην παιδική ηλικία μπορεί να τεθεί σε μερικές περιπτώσεις και μετά από 2,5 χρόνια από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων (Geller et al 2006), όταν η δυσλειτουργία θα εμφανισθεί πλέον σε όλη την καθημερινότητα της οικογένειας. Το γεγονός αυτό αντανάκλα το αίσθημα ντροπής και την προσπάθεια των παιδιών και των εφήβων να κρύψουν τα συμπτώματα, τη φτωχή εναισθησία αλλά και τη δυσκολία στη διαφορική διάγνωση από τη «φυσιολογική καταναγκαστική συμπεριφορά» (Evans et al 1997). Σε περιπτώσεις ήπιας διαταραχής, οι επιπλοκές (π.χ. τα «σκασμένα χέρια» από το πολύωρο πλύσιμο) είναι αυτές που θα αποτελέσουν την αφορμή για να ζητηθεί βοήθεια από ειδικό (Rosario et al 2008).

Σημαντικό ρόλο στη διαγνωστική διερεύνηση παίζουν: (α) η διάρκεια που καταλαμβάνουν οι παθολογικές συμπεριφορές στην καθημερινότητα των παιδιών-εφήβων, η οποία πρέπει να ξεπερνά τη μία ώρα την ημέρα, (β) η δυσφορία που προκαλείται, καθώς ανησυχούν ότι είναι «τρελοί», συχνά νιώθουν «παράξενοι» ή «εκτός ελέγχου» και (γ) η λειτουργική έκπτωση που αφορά στο σχολείο, στις σχέσεις και στις κοινωνικές δραστηριότητες. Είναι χαρακτηριστικό το έντονο άγχος για την απόκρυψη των τελετουργιών από τους συνομηλίκους και ο χρόνος που απαιτείται για να τις εξυπηρετήσουν.

Ιδιαιτερότητες σε σχέση με τη διαταραχή των ενηλίκων

Τα παιδιά δεν αναγνωρίζουν το παράλογο ή το υπερβολικό των συμπεριφορών τους ίσως εξαιτίας των ανώριμων μεταγνωστικών τους δεξιοτήτων (Krebs et al 2015), έχουν πιο συχνά τικ (23% των παιδιών) και εμφανίζουν μεγάλη συνοσηρότητα με τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (Liakouroulou 2012).

Οικογενειακές συμβιβαστικές συμπεριφορές

Αφορούν στο 75% των εφήβων με ΙΨΔ και τις οικογένειές τους, επιβαρύνοντας τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Δεν είναι σαφές εάν αναδύονται ως απάντηση στο άγχος της οικογένειας, αν αποτελούν μια οικογενειακή πρακτική που προηγείται και καλλιεργεί το άγχος των παιδιών ή αν εξυπηρετούν και τις δύο λειτουργίες. Είναι όμως βέβαιο ότι συμβάλλουν στη διατήρηση της συμπτωματολογίας, ενισχύουν τις συμπεριφορές αποφυγής και το άγχος και συσχετίζονται με ψυχοπαθολογία στη σχέση γονιού-παιδιού. Αφορούν κυρίως στις λεκτικές επιβεβαιώσεις (56%), στις διευκολύνσεις και αποφυγές και στη συμμετοχή του γονέα στις καταναγκαστικές πράξεις (46%) (Peris et al 2008).

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΙΨΔ

Οι γονείς των παιδιών με ΙΨΔ εμφανίζουν συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας, γεγονός που καθιστά σημαντική την υποστήριξή τους κατά τον θεραπευτικό σχεδιασμό (Derisley et al 2005). Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι οι πατέρες των παιδιών που εμφανίζουν ΙΨΔ έχουν συχνά και οι ίδιοι συμπτωματολογία

με ψυχαναγκασμούς-καταναγκασμούς (Liakoroulou et al 2010). Αντίστοιχα οι μητέρες εμφανίζουν συχνά διαταραχές προσαρμογής με καταθλιπτικά και αγχώδη χαρακτηριστικά, μετά την εμφάνιση της διαταραχής του παιδιού (Calvo et al 2007).

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε ένα μικρό ποσοστό τα παιδιά και οι έφηβοι θα παρουσιάσουν μόνο ΙΨΔ. Περίπου στα μισά παιδιά που θα εμφανίσουν τη διαταραχή παρατηρείται συννοσηρότητα με άλλες και μάλιστα σε ποσοστό 80% με διαταραχές από τον Άξονα Ι (Hollander et al 1991). Η κατάθλιψη είναι μια συχνή διαταραχή που συνυπάρχει, και μάλιστα σύμφωνα με κάποιες μελέτες στους εφήβους που ακολούθησαν θεραπευτική αγωγή με τρικυκλικά ή SSRIs περιγράφηκε η προδιάθεση για διπολική διαταραχή με υπομανιακού τύπου επεισόδια (Go et al 1998, Diler et al 1999, Paul et al 2015).

Στην ΙΨΔ με πρώιμη έναρξη και κυρίως στα αγόρια παρατηρείται μεγάλη συννοσηρότητα με τις διαταραχές μυοσπασμάτων και τη διαταραχή Tourette και μάλιστα παρατηρείται οικογενής προδιάθεση όταν υπάρχει συγγένεια α' βαθμού (Rosario et al 2008). Άλλες συνήθεις διαταραχές που παρατηρούνται στα παιδιά με ΙΨΔ είναι οι διαταραχές διατροφής και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας με ή χωρίς διαταραχή διαγωγής (Liakoroulou 2012).

Στη διαφοροδιαγνωστική παλέτα συνυπολογίζονται οι στερεοτυπίες που εμφανίζονται στις διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, οι οποίες όμως δεν συνδυάζονται με ιδεοληψίες, δεν είναι καθόλου δυσφορικές και δυστονικές με το Εγώ και δεν συνοδεύονται από ανακούφιση του άγχους μετά την εκτέλεση της πράξης. Δυσκολία στη διαφορική διάγνωση υπάρχει και με τη διαταραχή μυοσπασμάτων, που όπως προαναφέρθηκε απαντάται σε μεγάλο ποσοστό κυρίως στη διαταραχή με πρώιμη έναρξη. Στις περιπτώσεις που η συμπτωματολογία της ΙΨΔ συνδυάζεται με φτωχή εναισθησία και ψυχαναγκαστικές σκέψεις ότι «θα πάθουν κακό» ο κλινικός οφείλει να εκτιμήσει τον έλεγχο της πραγματικότητας που έχει ο έφηβος και να αποκλείσει διαταραχές από την κατηγορία των ψυχώσεων (Krebs et al 2015).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μια μεγάλη μερίδα παιδιών με ΙΨΔ, που αγγίζει σύμφωνα με κάποιους ερευνητές το 90% (Alvarenga et al 2012) παραμένει χωρίς θεραπεία.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες (AACAP 2012, NICE 2005) θεραπεία εκλογής αποτελεί η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ), η οποία σε σοβαρές περιπτώσεις συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία κυρίως από την κατηγορία των SSRIs (Geller et al 2012, NICE 2005). Θα πρέπει να παραμείνουν δε σε θεραπεία τουλάχιστον έναν χρόνο, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες υποτροπής (Isomura et al 2016). Η ψυχοεκπαίδευση στην οικογένεια και η υποστήριξη της, κυρίως όταν εμφανίζονται οικογενειακές συμβιβαστικές συμπεριφορές, αποτελεί σημαντικό μέρος του θεραπευτικού σχεδιασμού. Στο «θεραπευτικό συμβόλαιο» αναφέρεται η παρακολούθηση του παιδιού μέσα στο οικογενειακό και πολιτισμικό του περιβάλλον σε βάθος χρόνου (Valleni-Basile et al 1995, Merlo et al 2009).

ΙΨΔ ανθεκτική στη θεραπεία

Δυστυχώς υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 25–60% παιδιών-εφήβων ασθενών με ΙΨΔ δεν θα απαντήσουν θετικά στη θεραπεία με γνωστική συμπεριφορική και SSRIs (Isomura et al 2016) και ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό θα παραμείνει με υπολειμματικά συμπτώματα. Η έρευνα γύρω από τους πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες για την ανθεκτικότητα στη θεραπεία οδηγεί κυρίως στη συννοσηρότητα (POTS 2004). Στις περιπτώσεις συννοσηρότητας με τικ παρατηρείται φτωχότερη απάντηση στη φαρμακοθεραπεία με SSRIs και εξίσου καλή απάντηση στη ΓΣΘ συγκριτικά με τα παιδιά που δεν έχουν τικ. Στα παιδιά που εμφανίζουν συννοσηρότητα με διαταραχή διαγωγής και εναντιωματική προκλητική διαταραχή υπάρχει φτωχότερη απάντηση στη ΓΣΘ και απαιτείται συνδυασμός με θεραπευτική παρέμβαση στους γονείς (Ginsburg et al 2008, Krebs et al 2015). Παρόμοια και για τα παιδιά στα οποία συνυπάρχει διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού η απάντηση στη ΓΣΘ και τη φαρμακοθεραπεία με SSRIs είναι φτωχότερη (Russell et al 2013), καταδεικνύοντας την ανάγκη για εξατομικευμένο θεραπευτικό σχεδιασμό.

Στα παιδιά που η συνδυασμένη θεραπεία με ΓΣΘ και SSRIs για τουλάχιστον 12 εβδομάδες δεν ήταν αποτελεσματική προτείνεται αλλαγή του αντικαταθλιπτικού σε άλλον SSRI στη μέγιστη δυνατή θεραπευτική δόση

και χορήγηση κλομιπραμίνης μετά από 2 ή και περισσότερες προσπάθειες με SSRIs (Krebs et al 2015) ή ενίσχυση με ντοπαμινεργικό ανταγωνιστή σε χαμηλή δόση (Masi et al 2013), όπως η ρισπεριδόνη και η αριπιπραζόλη (Hegde et al 2016, Kutuk et al 2016, Ammar et al 2015, Veale et al 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΙΨΔ στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι μια κοινή, χρόνια διαταραχή, η οποία προκαλεί σοβαρή δυσφορία και λειτουργική έκπτωση σε όλη την οι-

κογένεια. Διαφοροποιείται από την καταναγκαστική συμπεριφορά, που παρατηρείται φυσιολογικά σε κάποιο αναπτυξιακό στάδιο και χαρακτηρίζεται από ετερογένεια ως προς την έναρξη, την κλινική εικόνα, την πορεία και τη συννοσηρότητα. Επηρεάζει σοβαρά την κοινωνικότητα και τις διαπροσωπικές σχέσεις των παιδιών. Οι Οικογενειακές Συμβιβαστικές Συμπεριφορές όταν υπάρχουν προκαλούν μεγαλύτερη επιβάρυνση και αποτελούν παράγοντα για χειρότερη πρόγνωση. Η ψυχοεκπαίδευση και η συμμετοχή της οικογένειας στον θεραπευτικό σχεδιασμό αποτελούν παράγοντες για καλύτερη απάντηση στη θεραπεία.

OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER THE PERSPECTIVES OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

A. Serdari

*Assistant Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Democritus University of Thrace,
Univeristy Hospital of Evros, Alexandroupoli, Greece*

Child and Adolescent Psychiatry 2015–2016, 3–4:42–49

Obsessive compulsive disorder (OCD) is a common disorder affecting 1–3% of child and adolescent population. It is characterized as chronic, as about half of the children and adolescents who develop the symptoms will continue to have the disorder in adulthood. The disorder causes severe feeling of discomfort and functional impairment. Its pathogenesis is very complex and combines genetic and environmental factors. The symptomatology differs from the compulsive behavior which is normally seen in a developmental stage. It is characterized by heterogeneity in terms of onset, clinical features, course and comorbidity. Regarding the time of onset, it may be during childhood or adolescence, acute or insidious, with a long time to elapse from the first symptoms to final diagnosis. The most commonly reported obsessions are related to fear of infection, religious thoughts that something terrible will happen to themselves or to a person they love. The most common compulsions are counting, symmetry rituals, cleaning and inspection. Parents are often involved in the expression of the disorder, either as part of the symptoms or because they have to manage the dysfunctional behavior of their children. The course of the disorder follows periods with fluctuations, including long periods of exacerbation with recessions. Regarding comorbidity literature refers mainly to depression, tic disorder, attention deficit disorder-hyperactivity disorder and eating disorders. According to the guidelines, treatment of first choice is cognitive behavioral therapy, which can be combined with SSRIs. Parents of children with OCD often exhibit mental health problems, which makes important supporting them in the therapeutic planning.

Key words: Obsessive compulsive disorder, child, adolescence, clinical features.

Βιβλιογραφία

- Alvarenga PG, do Rosario MC, Cesar RC, Manfro GG, Moriyama TS, Bloch MH et al. Obsessive-compulsive symptoms are associated with psychiatric comorbidities, behavioral and clinical problems: a population-based study of Brazilian school children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016, 25:175–182
- Ammar G, Naja WJ, Pelissolo A. Treatment-resistant anxiety disorders: A literature review of drug therapy strategies. *Encephale* 2015, 41:260–265
- Armstrong C. AACAP Updates Recommendations on Diagnosis and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children. *Am Fam Physician* 2012, 85:1107
- Calvo L, Lázaro J, Castro A, Morer Toro J. Parental psychopathology in child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007, 42:647–655
- Derisley J, Libby S, Clark S, Reynolds S. Mental health, coping and family-functioning in parents of young people with obsessive-compulsive disorder and with anxiety disorders. *Br J Clin Psychol* 2005, 44:439–444
- Diler RS, Avci A. SSRI-induced mania in obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, 38:6–7
- Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, McGee R, Silva P. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:1424–1431
- Esposito S, Bianchini S, Baggi E, Fattizzo M, Rigante D. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: an overview. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014, 33:2105–2109
- Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznick JS, Henshaw D, King RA et al. Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Dev* 1997, 68:58–68
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, 27:764–771
- Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 2006, 29:353–370
- Geller DA, March J. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012, 51:98–113
- Ginsburg GS, Kingery JN, Drake KL et al. Predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008, 47:868–878
- Go FS, Malley EE, Birmaher B, Rosenberg DR. Manic behaviors associated with fluoxetine in three 12- to 18-year-olds with obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1998, 8:73–80
- Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005, 134B:13–19
- Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, 34:19–27
- Hegde A, Kalyani BG, Arumugham SS, Narayanaswamy JC, Math SB, Reddy YC. Effectiveness of Risperidone Augmentation in Obsessive-Compulsive Disorder: Experience From a Specialty Clinic in India. *J Clin Psychopharmacol* 2016, 36:381–384
- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1568–1578
- Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Br J Psychiatry* 2001, 179:324–329
- Hollander E, DeCaria C, Gully R, Nitsescu A, Suckow RF, Gorman JM, et al. Effects of chronic fluoxetine treatment on behavioral and neuroendocrine responses to meta-chlorophenylpiperazine in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1991, 36:1–17
- Isomura K, Nordsletten AE, Rück C, Ljung R, Ivarsson T, Larsson H et al. Pharmacoepidemiology of obsessive-compulsive disorder: A Swedish nationwide cohort study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016, 26:693–704
- Kano Y. Sensory phenomena related to tics, obsessive-compulsive symptoms, and global functioning in Tourette syndrome. *Compr Psychiatry* 2015, 62:141–146
- Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive compulsive disorders: Are they “little adults”? *J Clin Invest* 2009, 119:737–746
- Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child* 2015, 100:495–499
- Kutuk MO, Tufan AE, Guler G, Yildirim V, Toros F. Persistent hiccups due to aripiprazole in an adolescent with obsessive compulsive disorder responding to dose reduction and rechallenge. *Oxf Med Case Reports* 2016, 16:66–67
- Leonard HL, Goldberger EL, Rapoport JL et al. Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, 29:17–23
- Liakopoulou MS, Korlou K, Sakellariou V, Kondyli E, Kapsimali J, Sarafidou D et al. The psychopathology of parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2010, 43:209–215
- Liakopoulou M. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents and its continuation throughout life. *Psychiatriki* 2012, 23(Suppl) 1:101–106
- Macerollo A, Martino D. Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections (PANDAS): An Evolving Concept. *Tremor Other Hyperkinet Mov* (NY) 2013, 3:tre-03-167-4158-7
- Masi G, Pfanner C, Brovedani P. Antipsychotic augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors in resistant tic-related obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a naturalistic comparative study. *J Psychiatr Res* 2013, 47:1007–1012
- Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Psychol* 2009, 77:355–360
- Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C et al. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry* 2010, 197:128–134
- Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT et al. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Mol Psychiatry* 2005, 10:258–275
- NICE. Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. London: NICE, 2005

- Paul I, Sinha VK, Sarkhel S, Praharaj SK. Co-morbidity of Obsessive-compulsive Disorder and Other Anxiety Disorders with Child and Adolescent Mood Disorders East Asian. *Arch Psychiatry* 2015, 25:58–63
- Peris TS, Bergman RL, Langley A, Chang S, McCracken JT, Piacentini J. Correlates of Accommodation of Pediatric Obsessive Compulsive Disorder: Parent, Child, and Family Characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008, 47:1173–1181
- POTS. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004, 292:1969–1976
- Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978, 16:233–248
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2001, 158:1899–1903
- Rosario-Campos MC, Alvarenga PG, de Mathis A, Leckman JF. Obsessive-compulsive disorder in childhood. In: Banaschewski T, Rohde LA (eds) *Biological Child Psychiatry*. Recent Trends and developments Advances in Biological Psychiatry, Basel, 2008:83–95
- Russell AJ, Jassi A, Fullana MA et al. Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Depress Anxiety* 2013, 30:697–708
- Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Eleventh Edition by Benjamin Sadock J, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz, Obsessive Compulsive Disorder in Childhood and Adolescence Wolters Kluwer Edition, 2014, Chapter 31.14
- Pedro G. Alvarenga, Ana G. Hounie, Marcos T. Mercadante, Euripedes C. Miguel, Maria Conceição do Rosario. Chapter 1 Obsessive-Compulsive Disorder: A Historical Overview 1. In: Storch EA, Geffken GR, Murphy TK (eds) *Handbook of Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. Lawrence Erlbaum Associates, 2007:1–16
- Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL. The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) subgroup: separating fact from fiction. *Pediatrics* 2004, 113:907–911
- Swedo SE. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). *Mol Psychiatry* 2002, 7(Suppl 2):S24–S25
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorders in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989b, 46:335–341
- Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL. Family and psychosocial predictors of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Child Fam Stud* 1995, 42:193–206
- Veale D, Miles S, Smallcombe N, Ghezai H, Goldacre B, Hodson J. Atypical antipsychotic augmentation in SSRI treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014, 14:317
- Walitza S, Wendland JR, Gruenblatt E, Warnke A, Sontag TA, Tucha O et al. Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010, 19:227–235

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Ε. Νέου,¹ Μ. Βλασσοπούλου,² Ε. Λαζαράτου,³ Χ. Παπαγεωργίου⁴

¹Λογοπεδικός, MSc, PhD,

²Λογοπεδικός, Επίκουρη Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,

³Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ,

⁴Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:50–56

Η επεμβατικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή χρησιμοποιείται ευρέως τις τελευταίες δύο δεκαετίες, με συχνότερα εφαρμοζόμενες μεθόδους τις IVF και ICSI. Μέρος μιας ευρύτερης κατηγορίας Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών (κατά DSM-5, 2014) αποτελούν οι Διαταραχές Επικοινωνίας, που περαιτέρω χωρίζονται σε (α) Γλωσσικές Διαταραχές, (β) Διαταραχές ήχων της ομιλίας, (γ) Τραυλισμό-Διαταραχή ροής της ομιλίας της παιδικής ηλικίας και (δ) Κοινωνική-πραγματολογική διαταραχή. Η συσχέτιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με τις διαταραχές επικοινωνίας έχει μελετηθεί σε περιορισμένη έκταση και εύρος και με συγκεχυμένα αποτελέσματα. Επιπλέον ο ρόλος της οικογένειας βρέθηκε ότι είναι σημαντικός, θετικός ή αρνητικός, στην επικοινωνιακή εξέλιξη του παιδιού. Πρόσφατα περιγράφηκε ότι η συχνή χρήση υπερηχογραφικού ελέγχου των εμβρύων, που διενεργείται συχνότερα στις περιπτώσεις εξωσωματικής γονιμοποίησης, συσχετίζεται με αυξημένη σοβαρότητα του αυτισμού. Η περαιτέρω μελέτη στο ευρύ αυτό πεδίο κρίνεται απαραίτητη.

Λέξεις ευρετηρίου: Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, διαταραχές επικοινωνίας, IVF, ICSI, οικογένεια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή περιλαμβάνει όχι μόνο συντηρητικές μεθόδους θεραπείας υποκείμενων παθήσεων του αναπαραγωγικού συστήματος των δύο φύλων (π.χ. θεραπεία πολυκυστικών ωοθηκών, θεραπεία ολιγοσπερμίας κ.ά.) αλλά και παρεμβατικές τεχνικές σε περιπτώσεις που η συντηρητική θεραπεία δεν καταφέρνει να οδηγήσει σε φυσική γονιμοποίηση εντός της μήτρας. Οι παρεμβατικές μέθοδοι χωρίζονται κυρίως στην τεχνητή σπερματέγχυση (IUI) και στην εξωσωματική γονιμοποίηση με μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων (IVF), με αρκετές ωστόσο συναφείς τεχνικές όπως είναι η ενδοσαλπιγγική μεταφορά γαμετών (GIFT), η ενδοσαλπιγγική μεταφορά ζυγιστών ή γονιμοποιημένων ωαρίων (ZIFT), η ενδοωαριακή έγχυση σπέρματος (ICSI), η κρυοσυντήρηση γεννητικού ή γονιμοποιημένου ωαρίου, η υποβοηθούμενη εκκόλαψη και η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση. Όλες οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής οφείλουν να εφαρμόζονται με τρόπο που σέβεται την ελευθερία του ατόμου και το δικαίωμα της προσωπικότητας και της επιθυμίας, αλλά και τη βιολογία και τις αρχές της βιοηθικής (Νόμος υπ' αριθ. 3305, 2005).

Πιο συγκεκριμένα οι παρεμβατικές μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενες σε παγκόσμια κλίμακα στις περιπτώσεις υπογονιμότητας (Alukal & Lamb 2008) και από το 1978 μέχρι σήμερα έχουν γεννηθεί με εξωσωματική γονιμοποίηση πάνω από ένα εκατομμύριο παιδιά (Basatemur & Sutcliffe 2008). Η γέννηση υγιών παιδιών χάρη στην εξέλιξη της τεχνολογίας (Λαζαράτου 2014) και η συνταγματική κατοχύρωση των δικαιωμάτων εξατομικευμένης υποβοηθούμενης τεκνοποίησης (Papaligoura et al 2004), έχουν εδραιώσει την εξωσωματική γονιμοποίηση ως διαδικασία ρουτίνας τόσο στην καθημερινότητα της επιστημονικής κοινότητας, όσο και της κοινωνικής αντίληψης.

Αναλυτικότερα η IVF είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη μέθοδος διατηρώντας το πλεονέκτημα της πιο ασφαλούς μεθόδου με το μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας συγκρινόμενη με την IUI (Wang & Sauer 2006). Τα ποσοστά επιτυχίας της μάλιστα αυξάνονται ακολουθώντας την εξέλιξη της επιστήμης (Evans 2004). Η IVF συμβάλλει στην αξιολόγηση πι-

θανών προβλημάτων υπογονιμότητας, δημιουργεί δεξαμενή αχρησιμοποίητων εμβρύων για αξιοποίηση από άλλους γονείς με αδυναμία τεκνοποίησης, ενώ μπορεί να αξιοποιηθεί σε ερευνητικές μελέτες αλλά και να χρησιμοποιηθεί για τη διαλογή μιας κληρονομικής νόσου. Δυστυχώς δεν εγγυάται πλήρη επιτυχία και όπως κάθε ιατρική παρέμβαση ενέχει την πιθανότητα επιπλοκών και παρενεργειών, ενώ αποδίδει σε μεγάλο ποσοστό δίδυμες κυήσεις. Με την εξωσωματική γονιμοποίηση ο κίνδυνος έκτοπης κύησης διπλασιάζεται. Επιπλέον τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων, που συνδέονται με την υψηλή διέγερση κατά την IVF μπορεί να προκαλέσουν πρόωρη γέννηση με χαμηλού βάρους έμβρυα. Τέλος το υψηλό κόστος της IVF απασχολεί πολλά ζευγάρια μαζί με ηθικά ζητήματα (Fulda & Lykens 2006).

Η ενδοωαριακή έγχυση σπέρματος (ICSI) είναι μια πολύ αποτελεσματική διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που μπορεί να βοηθήσει στη γονιμοποίηση ζευγαριών με προβλήματα σπέρματος, και έχει τεθεί σε ευρεία χρήση σε όλο τον κόσμο από τις αρχές του 1990 (Alukal & Lamb 2008). Το βασικό πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι ένα ζευγάρι έχει περισσότερες πιθανότητες για τεκνοποίηση σε σχέση με τις άλλες μεθόδους μιας και προσφέρει τη δυνατότητα ακόμα και σε ζευγάρια που παρουσιάζουν σοβαρή ανδρική υπογονιμότητα. Μειονέκτημα της ICSI αποτελεί το υψηλότερο συγκριτικά κόστος και το γεγονός ότι είναι σχετικά νέα μέθοδος (Wang & Sauer 2006), ενώ είναι αλήθεια ότι οι διαταραχές επικοινωνίας σε παιδιά που προέρχονται από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν έχουν επαρκώς μελετηθεί και όσες μελέτες έχουν γίνει παρουσιάζουν συγκεχυμένα αποτελέσματα.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση των γλωσσικών διαταραχών όπως γενετικοί, περιβαλλοντικοί και νευροβιολογικοί (Βλασσόπουλου & Αναγνωστόπουλος 2012). Τα τελευταία χρόνια έρευνες έχουν δείξει, ότι οι γλωσσικές και λεκτικές ικανότητες των παιδιών έχουν ισχυρή κληρονομική επιβάρυνση και ισχυρό γενετικό υπόβαθρο. Οι γλωσσικές διαταραχές παρουσιάζονται συχνότερα στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Στο 5–7% του σχολικού πληθυσμού ανευρίσκονται οι γλωσσικές διαταραχές ενώ έως τώρα δεν έχει μελετηθεί η

συχνότητά τους σε ειδικές κατηγορίες, όπως είναι τα παιδιά που έχουν γεννηθεί με υποβοηθούμενη αναπαραγωγική διαδικασία (Conti-Ramsden & Durkin 2008, Law et al 2000).

Αρκετές έρευνες, έχουν δείξει ότι τα παιδιά με γλωσσικές διαταραχές έχουν σοβαρές δυσκολίες στις ψυχογλωσσολογικές τους ικανότητες όπως είναι η ακουστική προσοχή και ακολουθία, ο ρυθμός επεξεργασίας του μηνύματος και ιδιαίτερα η ακουστική μνήμη (Βλασσοπούλου 2012, Gillam et al 1998).

Η καταλληλότερη ηλικία για αξιολόγηση των διαταραχών λόγου του παιδιού είναι η προσχολική ηλικία μεταξύ 4–6 ετών, μιας και αυτές οι ηλικίες είναι πολύ σημαντικές για την ανάπτυξη του λόγου (Hay et al 1987). Η εμφάνιση διαταραχών λόγου στην προσχολική ηλικία έχει συνδεθεί με μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, αγχώδεις διαταραχές, κοινωνικές και συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές διαγωγής στην ενήλικη ζωή, καθώς και με ψυχικές διαταραχές μεταξύ των οποίων και σχιζοφρένεια (Αναγνωστόπουλος 2001).

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι έως τώρα μελέτες που συνδέουν εμμέσως την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με διαταραχές επικοινωνίας είναι ελάχιστες, με συγκεχυμένα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας της σχετιζόμενης με τη γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών που προέρχονται από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι αντικρουόμενα.

Οι περισσότερες μελέτες αξιολογούν παιδιά πολύ μικρής ηλικίας (συνήθως νεογνικής) αποκλείοντας έτσι προβλήματα που θα μπορούσαν να εκδηλωθούν σε μεγαλύτερη ηλικία (Alukal & Lamb 2008), γεγονός που αμφισβητείται, μιας και οι περισσότερες μελέτες δηλώνουν ότι ενδεχομένως τα οποιαδήποτε προβλήματα από τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής διαδικασίας γίνονται αντιληπτά σε μεγαλύτερη ηλικία.

Μερικές συγκρίνουν παιδιά που προέρχονται από όλες τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής διαδικασίας με παιδιά φυσιολογικής σύλληψης σε σχέση με τις διαταραχές επικοινωνίας. Μια από αυτές δείχνει ότι μερικά παιδιά παρουσίασαν δομικές

ανωμαλίες των φωνητικών οργάνων με αποτέλεσμα να παρατηρούνται διαταραχές στην άρθρωση της γλώσσας και ιδιαίτερα του φωνήματος «λ» (Nouri et al 2010).

Σε μελέτη που αφορούσε στην προγλωσσική περίοδο βρεφών παρατηρήθηκε ήπια καθυστέρηση στον αναδιπλασιασμό του βαβίσματος και καθυστέρηση ως προς τη φυσιολογική έναρξη της μίμησης και στα δύο φύλα. Η καθυστέρηση του βαβίσματος παρατηρήθηκε περισσότερο στα παιδιά των νέων μητέρων (Noori et al 2012).

Μια άλλη μελέτη συγκρίνει την ανάπτυξη του λόγου των παιδιών που έχουν γεννηθεί με τη μέθοδο της μικρογονιμοποίησης ωαρίων (ICSI) και των παιδιών που έχουν γεννηθεί με τη μικρογονιμοποίηση ωαρίων σε συνδυασμό με την ενεργοποίησή τους (AOA) (D'haeseleer et al 2014). Εκτός από τη σύγκριση αυτών των κατηγοριών συγκρίνεται και ο αριθμός των εμβρύων (Wadhawan et al 2014). Παρατηρήθηκε ότι οι μονοδύναμες κυήσεις των ΑΟΑ παρουσιάζουν υψηλότερες επιδόσεις σε όλους τους τομείς και ιδιαίτερα η γλωσσική τους ανάπτυξη φαίνεται σημαντικά καλύτερη σε σχέση με τις δίδυμες κυήσεις. Αντίθετα η μέθοδος ICSI φαίνεται να παρουσιάζει τόσο στις μονοδύναμες όσο και στις δίδυμες κυήσεις ήπια γλωσσική καθυστέρηση σε σχέση με τις άλλες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Bonduelle et al 1996).

Τέλος σε άλλη μελέτη δεν βρέθηκε καμία διαφορά στη γλωσσική ανάπτυξη από τη σύγκριση των μεθόδων PGD και ICSI (Street & Cappella 1989). Σε αυτή τη μελέτη δεν εξετάστηκε η ακουστική κατανόηση η οποία σε άλλη μελέτη παρουσιάζεται να διαφέρει σημαντικά σε σχέση με τα φυσιολογικής σύλληψης παιδιά. Όπως και στις προηγούμενες μελέτες το δείγμα των παιδιών ήταν πολύ μικρής ηλικίας και θα ήταν ορθότερο να γίνουν περαιτέρω έρευνες σε μεγαλύτερα παιδιά, όπου η πιθανότητα μιας ανερχόμενης διαταραχής στη γλωσσική εξέλιξη θα ήταν πιο ξεκάθαρη (Zhan et al 2013).

Επιπλέον έχουν μελετηθεί και διάφοροι παράγοντες που επιδρούν γενικότερα στη γλωσσική/λεκτική ανάπτυξη του παιδιού (Geers 2006). Η γλωσσική ανάπτυξη ενός παιδιού σύμφωνα με έρευνες επηρεάζεται από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες. Φαίνεται ότι παιδιά που η μητέρα τους έχει υψηλό

μορφωτικό επίπεδο (Hoff-Ginsberg 1991) τείνουν να έχουν προχωρημένες γλωσσικές ικανότητες, όπως αναπτυγμένο λεξιλόγιο και καλύτερη επικοινωνιακή παρουσίαση (Alijani et al 2013). Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να σχετίζεται με την καλύτερη εκφορά και τις βελτιωμένες αρθρωτικές ικανότητες του παιδιού αποτελεί η σειρά γέννησης των παιδιών. Φαίνεται ότι τα πρωτότοκα παιδιά παρουσιάζουν καλύτερη άρθρωση σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά, μιας και όταν γεννιούνται βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής τόσο των γονιών τους όσο και ολόκληρης της οικογένειας. Ο ρόλος της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην κατάκτηση της πρώτης γλώσσας των παιδιών και σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική και γλωσσική ανάπτυξή τους παίζουν παράγοντες όπως η εκπαίδευση (Hoff 2003), το κοινωνικό επίπεδο, το εισόδημά της και το άγχος των γονιών (Noori et al 2012).

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Οι μέθοδοι εξωσωματικής γονιμοποίησης ολοένα και σημειώνουν πρόοδο τα τελευταία χρόνια, παρόλα αυτά, τα ποσοστά επιτυχίας των μεθόδων αυτών κινούνται στο 20%. Ο ερχομός ενός παιδιού αποτελεί ορόσημο για κάθε οικογένεια και οι υποχρεώσεις και δυσκολίες αυξάνονται σημαντικά. Οι ψυχολογικές επιπλοκές σε αυτόν τον αγώνα που δίνουν οι άνθρωποι για να γίνουν γονείς έχουν σε κάποιες περιπτώσεις πολλαπλές με μακροχρόνιες επιπτώσεις. Οι ψυχολογικές επιπλοκές και η αλληλεπίδραση των γονιών αυτών τόσο μεταξύ τους όσο και με τα παιδιά τους απασχολούν αρκετά τους σύγχρονους ερευνητές (Λαζαράτου 2007). Οι πολυδύναμες κυήσεις που συχνά συμβαίνουν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή θέτουν τους γονείς προ επαυξημένων υποχρεώσεων, όπως είναι η ταυτόχρονη ανατροφή 2–3 παιδιών, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να αντεπεξέλθουν στην ποιοτική σχέση που απαιτεί η ενασχόληση με τα παιδιά τους.

Από τη στιγμή που ξεκινάει η ιατρικοποίηση της εγκυμοσύνης το ζευγάρι και ειδικότερα η μητέρα μπαίνει σε έναν μακρύ δρόμο εξετάσεων και θεραπειών. Η πορεία αυτής της διαδρομής διαφέρει ανάλογα με την προσωπική εμπειρία των συμμετεχόντων (Λαζαράτου 2007).

Είναι πιθανό η μέλλουσα μητέρα, μπαίνοντας σε μια τέτοια προσπάθεια, να παρουσιάσει άγχος λόγω της διαδικασίας αλλά και λόγω της οικονομικής επιβάρυνσης που υφίσταται η οικογένεια. Αυτή η ήδη επιβαρυνόμενη ψυχολογική της κατάσταση τείνει σε κάποιες περιπτώσεις να διογκώνεται περισσότερο υπό το βάρος των νέων ευθυνών, με αποτέλεσμα όταν τελικά επιτυγχάνεται η εγκυμοσύνη και έρθει στη ζωή της ένα παιδί να τείνει να απομακρύνεται και να αποσύρεται από τη νέα κατάσταση (Papadatou et al 2015). Επιπρόσθετα οι γονείς που υποβάλλονται στη διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συχνά βγαίνουν και βιολογικά εξουθενωμένοι από αυτήν, με αποτέλεσμα να καθίστανται, παρά τη θέλησή τους, ανεπαρκείς στην απαιτούμενη αλληλεπίδραση με το παιδί τους. Δεδομένου όμως ότι η γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών, εκτός από το μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των γονέων, επηρεάζεται καταλυτικά από την αλληλεπίδραση με το παιδί, γίνεται αντιληπτό ότι τα παιδιά αυτά ενδεχομένως στερούνται ενός βασικού παράγοντα ενίσχυσης της γλωσσικής τους ανάπτυξης. Παράλληλα βρέθηκε ότι οι μητέρες, οι οποίες αντιμετώπισαν προβλήματα υπογονιμότητας φαίνεται ότι σε κάποιες περιπτώσεις παρουσίασαν χαμηλά ποσοστά ως προς την ευαισθητοποίηση και την αλληλεπίδρασή τους απέναντι στα παιδιά τους (Vayena et al 2002). Αυτή η συμπεριφορά ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τη γλωσσική καθυστέρηση που μπορεί να εμφανίζουν τα παιδιά των πολυδύναμων κυήσεων.

Στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι είναι αρκετά πιθανό οι γονείς που έχουν μπει σε μια τέτοια διαδικασία να αντιμετωπίσουν μεγάλη δυσκολία στην ανατροφή των παιδιών τους και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των πολλαπλών κυήσεων. Οι συγγραφείς μιλούν σε κάποιες περιπτώσεις για άγχος και για αποφευκτικές συμπεριφορές μελλουσών μητέρων που συνέλαβαν με εξωσωματική γονιμοποίηση με σκοπό να προστατευθούν από πιθανές απογοητεύσεις από μη ομαλή έκβαση της κύησης. Δεν αναζητούσαν πληροφορίες για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Στη συνέχεια η παραμικρή δυσκολία που μπορεί να παρατηρηθεί στην ανάπτυξη του παιδιού, αποτελεί επιβεβαίωση του αρχικού φόβου της μητέρας και θα συμβάλει στη διαταραχή της πρωταρχικής σχέσης μητέρας-παιδιού (Λαζαράτου 2007).

Είναι επίσης πιθανό οι μητέρες που έχουν μπει στη δοκιμασία εξωσωματικής γονιμοποίησης να παρουσιάσουν ψυχοκοινωνική δυσφορία, συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε μεγαλύτερα ποσοστά (10–50%) από τις μητέρες φυσιολογικής σύλληψης (Klock & Greenfield 2000), με αποτέλεσμα η ανατροφή του παιδιού ενδεχομένως να γίνεται σε ένα πλαίσιο άγχους ή και κατάθλιψης των γονέων.

Οι γυναίκες αυτές όταν γίνουν μητέρες παρουσιάζουν αφενός μεν υψηλά ποσοστά άγχους (Gibson et al 2000), χαμηλής αυτοεκτίμησης (Zhan et al 2013), έλλειψης κινήτρων και υπερπροστατευτικότητας προς τα παιδιά τους, αφετέρου δε (Hahn & DiPietro 2001) τείνουν να έχουν μη ρεαλιστικές απαιτήσεις και προσδοκίες από το «διαφορετικό» παιδί και να μη δίνουν επαρκή γλωσσικά ερεθίσματα, μιας και παρουσιάζουν μειωμένη αλληλεπίδραση μαζί. Οι παράγοντες αυτοί σε συνδυασμό με τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν στην ανατροφή του παιδιού μπορεί να επιφέρουν αρνητική επιρροή στη γενικότερη εξέλιξη και ειδικότερα για τη γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού (Douglas 2009).

Σε έρευνά του ο Olivennes παραθέτει τους λόγους εμφάνισης νευροαναπτυξιακών διαταραχών και γλωσσικής καθυστέρησης σε παιδιά απογόνους εξωσωματικής γονιμοποίησης και ειδικότερα παιδιά πολύδυμων κυήσεων (Olivennes 2005). Αναφέρει ότι υπάρχουν ενδείξεις που σχετίζονται με προγεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες ρίχνοντας όμως το μεγαλύτερο βάρος για τη γλωσσική καθυστέρηση στη φτωχή αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού (Bishop 2006).

ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σε διαφορετικό επίπεδο από τα παραπάνω, διατυπώθηκε πρόσφατα η ενδιαφέρουσα θεωρία ότι η έκθεση στον διαγνωστικό υπέρηχο κατά τις πρώτες εβδομάδες της κύησης, στον οποίον υποβάλλονται συχνότερα οι μητέρες που ακολουθήσαν εξωσωματική γονιμοποίηση, συσχετίζεται με αυξημένη σοβαρότητα του αυτισμού (Jane Webb et al 2016). Η μελέτη αυτή βασίστηκε στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων του αυτισμού και όχι στη διερεύνηση των αιτιών του και καταλήγει προτείνοντας τη χρήση του προγεννητικού διαγνωστικού υπερήχου μόνο σε περιπτώσεις ανάγκης (Jane Webb et al 2016).

Συχνά η υπογονιμότητα των ζευγαριών υποκρύπτει παθολογίες που χρήζουν πολλαπλής και μακροχρόνιας φαρμακευτικής αγωγής μέχρι να είναι επιτρεπτή και δυνατή η προσπάθεια για εξωσωματική γονιμοποίηση. Πολλές φορές η φαρμακευτική αγωγή συνεχίζεται καθόλη τη διάρκεια της κύησης. Οι αγωγές αυτές είναι αυτονόητα σε εκτεταμένο βαθμό εξατομικευμένες και είναι δύσκολο να απομονώσει κανείς εκ των υστέρων τις διάφορες χημικές ουσίες και την πιθανή αλληλεπίδρασή τους με το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Το συγκεκριμένο πεδίο απαιτεί προσεκτικά στοχευμένες μελέτες ουσιών και παρακολούθηση για πολλά χρόνια τόσο πριν τη σύλληψη, όσο κυρίως μετά για χρονικό διάστημα ικανό να πληροί τις ηλικιακές προϋποθέσεις διάγνωσης των διαφόρων διαταραχών.

Οι πολύδυμες κυήσεις αποτελούν αρνητικό παράγοντα για τη φυσιολογική ανάπτυξη. Επιπλέον οδηγούν, λόγω περιορισμού χώρου, σε έμβρυα χαμηλοβαρή και παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά εγκεφαλικής παράλυσης, μαθησιακών δυσκολιών και διαταραχών όρασης (Hack et al 2002) ενώ μπορεί να εμφανιστούν στην ενηλικίωση νευροαναπτυξιακές και κοινωνικο-συναισθηματικές διαταραχές (Hack et al 2002). Φαίνεται μάλιστα ότι οι γυναίκες που προσπαθούν για περισσότερο από ένα έτος να συλλάβουν παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες για πρόωρα και λιποβαρή μωρά, γεγονός συχνό αφού οι περισσότερες γυναίκες καταφέρνουν τελικά να συλλάβουν στα 2 χρόνια (Van Voorhis 2006). Από την άλλη πλευρά η μεγάλη ηλικία της μητέρας αυξάνει τις πιθανότητες για γενετική ανωμαλία στους απογόνους, όπως σύνδρομο Down, και διαταραχές στον λόγο (American College of Obstetricians and Gynecologists 2001). Βέβαια και οι μονόδυμες κυήσεις ως αποτέλεσμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο προωρότητας (Lu et al 2013).

Η εφαρμογή της ICSI λόγω ανδρικής υπογονιμότητας αυξάνει τα ποσοστά εμφάνισης των συνδρόμων Kleinefelter, Υ χρωμοσώματος και κυστικής ίνωσης (Bonduelle et al 2005). Η ICSI όντας η πλέον παρεμβατική μέθοδος έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά νοητικής υστέρησης και αυτιστικής διαταραχής (Sandin et al 2013). Εγείρεται η σκέψη ότι η παρέμβαση του ανθρώπου με αδρούς και έμμεσους τρόπους στον μικρόκοσμο του γαμέτη/ζυγώτη χρήζει βαθύ-

τερης μελέτης λόγω των πιθανών τραυματισμών που επιφέρει στο γενετικό υλικό. Η εξέλιξη της νανοτεχνολογίας μπορεί μελλοντικά να καταφέρει άμεσους και ασφαλείς χειρισμούς στα μικρομεγέθη του γαμέτη/ζυγώτη, γεγονός που πιθανώς να οδηγήσει σε αναθεώρηση των όσων γνωρίζουμε μέχρι σήμερα (Sutovsky & Kennedy 2013, Barkalina et al 2014).

ΣΚΕΨΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι ενδιαφέρον ότι μέχρι σήμερα η διερεύνηση των γλωσσικών και ευρύτερα των επικοινωνιακών δεξιοτήτων ατόμων που έχουν γεννηθεί με παρεμβατικές μεθόδους εξωσωματικής γονιμοποίησης έχει απασχολήσει σε περιορισμένη έκταση την επιστημονική κοινότητα. Διεξήχθησαν μελέτες ανίχνευσης των διαταραχών, καταμέτρησης και ανάλυσης των δεδομένων που προέκυπταν. Ωστόσο αυτή η προσπάθεια κρίνεται αρκετά περιορισμένης έκτα-

σης για μια τόσο εκτεταμένη σε χρήση –χρονικά και πληθυσμιακά– μέθοδο, ενώ αρκετές μελέτες οδηγούν σε αντικρουόμενα ευρήματα και συμπεράσματα. Είναι εύλογο ότι απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση των ενδεχόμενων επικοινωνιακών δεξιοτήτων ατόμων που έχουν γεννηθεί με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και σύγκριση με δεδομένα ατόμων που γεννήθηκαν με φυσιολογική σύλληψη. Η δυσκολία του όποιου εγχειρήματος έγκειται αφενός μεν στο μεγάλο εύρος των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, αφετέρου δε στη δυσκολία ακριβούς προσδιορισμού και ανίχνευσης αυτών στις υπό μελέτη ομάδες. Ο καθορισμός αντικειμενικών κριτηρίων για τον σκοπό αυτόν και η αναζήτηση τρόπου και χρονικού παραθύρου εφαρμογής διάγνωσης και ανάλυσης των δεδομένων-που μπορεί να αφορούν σε μία ή περισσότερες επικοινωνιακές δεξιότητες-είναι το δύσκολο στοίχημα και η διαρκής πρόκληση σε αυτό το πεδίο.

ASSISTED REPRODUCTION AND COMMUNICATIVE SKILLS

E. Neou,¹ M. Vlassopoulou,² E. Lazarafou,³
Ch. Parageorgiou⁴

¹Speechtherapist, MSc, PhDc,

²Speechtherapist, Assistant Professor,

³Associate Professor of Child Psychiatry,

⁴Professor of Psychiatry,

Medical School of National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2015–2016, 3–4:50–56

The invasive assisted reproduction is widely used the last two decades the most frequently applied methods IVF and ICSI. Communication Disorders, part of a broader category of Neuro-developmental disorders (DSM-5, 2014), are divided into: (a) Language Disorders, (b) Disorders of Speech Sounds, (c) Stuttering-flow speech disorder of childhood and (d) Semantic-pragmatic impairment disorder. So far the effects of assisted reproduction on the child's communication ability have been studied to a limited extent with conflicting results. Furthermore the role of family was found to be an important factor, positive or negative, affecting the communicative development. Recent research described that use of ultrasound fetal monitoring, frequently carried out in cases of invasive assisted reproduction, may aggravate the clinical severity of autism. Further study in this broad field is essential.

Key words: Assisted reproduction, communicative disorders, IVF, ICSI, family.

Βιβλιογραφία

- Alijani A, Rahman M, Ghahari S. The Effectiveness of Mother's Cognitive-behavioral Group Interventions on the Number of ADHD Children's Behavioral Problems. *Procedia Soc Behav Sci* 2013, 84:874–878
- Alukal JP, Lamb DJ. Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI)-What are the risks. *Urol Clin North Am* 2008, 35:277–288
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No 27. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. *Obstet Gynecol* 2001, 97(Suppl):1–12
- Barkalina N, Charalambous C, Jones C, Coward K. Nanotechnology in reproductive medicine: Emerging applications of nanomaterials. *Nanomedicine Nanotechnology. Biol Med* 2014, 10:e921–938
- Basatemur E, Sutcliffe A. Follow-up of children born after ART. *Placenta* 2008, 29(Suppl B):135–140
- Bishop DVM. Developmental cognitive genetics: how psychology can inform genetics and vice versa. *Q J Exp Psychol* 2006, 59:1153–1168
- Bonduelle M, Legein J, Buysse A, Van Assche E, Wisanto A, Devroey P et al. Prospective follow-up study of 423 children born after intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod* 1996, 11:1558–1564
- Bonduelle M, Wennerholm U-B, Loft A, Tarlatzis BC, Peters C, Henriët S et al. A multi-centre cohort study of the physical health of 5-year-old children conceived after intracytoplasmic sperm injection, in vitro fertilization and natural conception. *Hum Reprod* 2005, 20:413–419
- Conti-Ramsden G, Durkin K. Language and independence in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *J Speech Lang Hear Res* 2008, 51:70–83
- D'haeseleer E, Vanden Meerschaut F, Bettens K, Luyten A, Gysels H, Thienpont Y et al. Language development of children born following intracytoplasmic sperm injection (ICSI) combined with assisted oocyte activation (AOA). *Int J Lang Commun Disord* 2014, 49:702–709
- Douglas J. Parent-Child Interaction. The Socialization Process Observed in Twin and Singleton Families. H. Lytton, New York, Plenum Press, 1980. *Behav Psychother* 2009, 16,10:302
- Evans GW. The environment of childhood poverty. *Am Psychol* 2004, 59:77–92
- Fulda KG, Lykens K. Ethical issues in predictive genetic testing: a public health perspective. *J Med Ethics* 2006, 32:143–147
- Geers AE. Factors influencing spoken language outcomes in children following early cochlear implantation. *Adv Otorhinolaryngol* 2006, 64:50–65
- Gibson FL, Ungerer JA, McMahon CA, Leslie GI, Saunders DM. The mother-child relationship following *in vitro* fertilisation (IVF): infant attachment, responsivity, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, 41:1015–1023
- Gillam RB, Cowan N, Marler JA. Information Processing by School-Age Children With Specific Language Impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1998, 41:913
- Hack M, Flannery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, Klein N. Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med* 2002, 346:149–157
- Hahn CS, DiPietro JA. *In vitro* fertilization and the family: quality of parenting, family functioning, and child psychosocial adjustment. *Dev Psychol* 2001, 37:37–48
- Hay DA, Prior M, Collett S, Williams M. Speech and language development in preschool twins. *Acta Genet Med Gemellol*, Roma, 1987 36:213–223
- Hoff E. The specificity of environmental influence: socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech. *Child Dev* 2003, 74:1368–1378
- Hoff-Ginsberg E. Mother-child conversation in different social classes and communicative settings. *Child Dev* 1991, 62:782–796
- Jane Webb S, Garrison MM, Bernier R, McClintic AM, King BH, Mourad PD. Severity of ASD symptoms and their correlation with the presence of copy number variations and exposure to first trimester ultrasound. *Autism Res*, 2016
- Klock SC, Greenfeld DA. Psychological status of *in vitro* fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertil Steril* 2000, 73:1159–1164
- Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *Int J Lang Commun Disord* 35:165–188
- Lu Y, Wang N, Jin F. Long-term follow-up of children conceived through assisted reproductive technology. *J Zhejiang Univ Sci B* 2013, 14:359–371
- Noori S, Nedaeifard L, Agarasouli Z, Koohpaiehzadeh J, Kermani RM, Fazeli AS. Prelinguistic behavior of infants of assisted reproductive techniques. *Iran J Pediatr* 2012, 22:535–538
- Nouri S, Mozaffari-Kermani R, Kouhpayeh-Zadeh J, Zoljalali S. Evaluation of Speech and Language Features of Children Born after Assisted Reproductive Techniques. *J Rehabil* 2010
- Olivennes F GSR. Follow-up team: Behavioral and Assisted, cognitive development as well as family functioning of twins conceived by reproduction: findings from a large population study. *Fertil Steril* 2005, 84:725–733
- Papadatou D, Papaligoura ZG, Bellali T. From Infertility to Successful Third-Party Reproduction: The Trajectory of Greek Women. *Qual Health Res* 2015, 26:399–410
- Papaligoura Z, Panopoulou-Maratou O, Solman M, Arvaniti K, Sarafidou J. Cognitive development of 12 month old Greek infants conceived after ICSI and the effects of the method on their parents. *Hum Reprod* 2004, 19:1488–1493
- Sandin S, Nygren K-G, Iliadou A, Hultman CM, Reichenberg A. Autism and mental retardation among offspring born after *in vitro* fertilization. *JAMA* 2013, 310:75–84
- Street RL, Cappella JN. Social and linguistic factors influencing adaptation in children's speech. *J Psycholinguist Res* 1989, 18:497–519
- Sutovsky P, Kennedy CE. Biomarker-Based Nanotechnology for the Improvement of Reproductive Performance in Beef and Dairy Cattle. *Ind Biotechnol*. Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801 USA 2013, 9:24–30
- Van Voorhis BJ. Outcomes from assisted reproductive technology. *Obstet Gynecol* 2006, 107:183–200
- Vayena E, Rowe P, Griffin P. *Current practices and controversies in assisted reproduction*. Report of a WHO meeting, 2002
- Wadhawan R, Oh W, Hintz SR, Blakely ML, Das A, Bell EF et al. Neurodevelopmental outcomes of extremely low birth weight infants with spontaneous intestinal perforation or surgical necrotizing enterocolitis. *J Perinat* 2014, 34:64–70
- Wang J, Sauer MV. *In vitro* fertilization (IVF): a review of 3 decades of clinical innovation and technological advancement. *Ther Clin Risk Manag* 2006, 2:355–364
- Zhan Q, Pan P, Xu X, Lou H, Lou Y, Jin F. An overview of studies on psychological well-being in children born following assisted reproductive technologies. *J Zhejiang Univ Sci B* 2013, 14:947–960
- Βλασσόπουλου Μ, Αναγνωστόπουλος ΔΚ. Ειδική αναπτυξιακή διαταραχή του λόγου και της ομιλίας στην ενήλικη ζωή. *Ψυχιατρική* 2012, 23:Π74–Π81
- Αναγνωστόπουλος ΔΚ. Η συννοσηρότητα των μαθησιακών διαταραχών. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2001, 18:457–465
- Λαζαράτου Ε. Από την επιθυμία στην πράξη: Τα παιδιά της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. *Ψυχιατρική* 2007
- Λαζαράτου Ε. Τα παιδιά της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από την πλευρά του παιδοψυχιάτρου. *Παιδιατρική* 2014, 77:26
- Νόμος υπ' αριθ. 3305. *Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής*, 2005

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΒΙΑΣ (BULLYING) ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Α. Ντασιώτη,¹ Γ. Κολλαΐτης²

¹Φιλολόγος με Μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή και την Παράλληλη Στήριξη,

²Παιδοψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:57–64

Η ανασκόπηση μελετών συμπεριφορών σχολικού εκφοβισμού και βίας (bullying) σε μαθητές με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες. Αναζητήθηκαν, συλλέχθηκαν και επιλέχθηκαν άρθρα μέσω Pub Med, Cochrane Library, PsychINFO, και GoogleScholar κυρίως από το 2000 έως σήμερα (υπάρχουν και ορισμένες παλαιότερες αναφορές). Οι σχετικές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι μαθητές με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες παρουσιάζουν συμπτώματα εσωτερίκευσης (π.χ. κατάθλιψη, άγχος, μοναξιά) και εξωτερίκευσης (π.χ. επιθετικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά) τα οποία σχετίζονται με την εμπλοκή τους στον σχολικό εκφοβισμό. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη σημασία των κοινωνικών παραγόντων στο σχολικό εκφοβισμό των μαθητών με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες και προτείνονται παρεμβάσεις πρόληψης ψυχικής υγείας μέσω ενημέρωσης και εστιασμένων προγραμμάτων στα σχολεία.

Λέξεις ευρετηρίου: Μαθητές, παιδιά, ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, σχολικός εκφοβισμός (bullying).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση μελετών των συμπεριφορών του σχολικού εκφοβισμού και βίας (bullying) σε μαθητές με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες (ΕΕΑ). Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία (Ν. 3699/08) οι μαθητές με αναπηρία και ΕΕΑ θεωρούνται όσοι για ολόκληρη ή ορισμένη περίοδο της σχολικής τους ζωής εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης εξαιτίας αισθητηριακών, νοητικών, γνωστικών, αναπτυξιακών προβλημάτων, ψυχικών και νευροψυχικών διαταραχών οι οποίες, σύμφωνα με τη διεπιστημονική αξιολόγηση, επηρεάζουν τη διαδικασία της σχολικής προσαρμογής και μάθησης.

Στους μαθητές με αναπηρία και ΕΕΑ συγκαταλέγονται ιδίως όσοι παρουσιάζουν νοητική αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες με χαμηλή όραση), αισθητηριακές αναπηρίες ακοής (κωφοί, βαρήκοοι), κινητικές αναπηρίες, χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα, διαταραχές ομιλίας-λόγου, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ή διαταραχές φάσματος αυτισμού, ΔΦΑ), ψυχικές διαταραχές και πολλαπλές αναπηρίες (Ν 3699/08).

Σύμφωνα με υπάρχουσες μελέτες, οι παραπάνω πληθυσμοί παιδιών είναι ευάλωτοι σε συμπεριφορές σχολικού εκφοβισμού και βίας είτε ως θύματα είτε ως θύτες ή θύματα/θύτες. Τα παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, ΔΦΑ και ΔΕΠ-Υ έχουν εμφανίσει σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία θυματοποίησης, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου και τα παιδιά με συμπεριφορικές ή ψυχιατρικές διαταραχές, τα οποία είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της θυματοποίησης (Ttofi et al 2011).

Οι περισσότερες μελέτες του σχολικού εκφοβισμού έχουν περιοριστεί στον γενικό σχολικό πληθυσμό. Λίγες είναι οι μελέτες που έχουν διερευνήσει τον σχολικό εκφοβισμό σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, με υψηλά ποσοστά θυματοποίησης ανάμεσα στους μαθητές με ΕΕΑ (Rose et al 2010). Περίπου το 30% των παιδιών σχολικής ηλικίας εμπλέκονται στον σχολικό εκφοβισμό, είτε ως θύτες, θύματα, ή θύτες-θύματα (Bradshaw et al 2007b, Nansel et al 2001, Spriggs et al 2007). Ο σχολικός εκφοβισμός προκαλεί χαμηλή αυτοεκτίμηση, συμπτώματα κατάθλιψης και

άγχους, ακόμα και ιδέες αυτοκτονίας (Arseneault et al 2010, Hawton & Harriss 2008, Hay & Meldrum 2010, Seals & Young 2003). Παρά το γεγονός ότι τα παιδιά με ΕΕΑ μπορούν να επωφεληθούν από την αυξημένη αλληλεπίδραση με τα παιδιά χωρίς ΕΕΑ (Vaughn et al 1996), φαίνεται ότι εξακολουθούν να διατρέχουν τον κίνδυνο να απομονωθούν μέσα στην τάξη και στη συνέχεια να γίνουν θύματα εκφοβισμού (Pivik et al 2002, Saylor & Leach 2009). Οι εκπαιδευτικοί και οι συμμαθητές υποστηρίζουν πως το υψηλότερο ποσοστό των παιδιών με ΕΕΑ είναι θύματα και έχουν ντροπαλότητα ενώ τα παιδιά με μη μαθησιακές δυσκολίες κατέχουν ηγετικό ρόλο και συνεργατική συμπεριφορά (Nabuzoka 2003).

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ελάχιστες είναι οι έρευνες που αφορούν στον σχολικό εκφοβισμό και τη θυματοποίηση σε παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές. Σε μια μελέτη στην Πενσυλβάνια εξετάστηκαν οι μητέρες παιδιών με και χωρίς ψυχιατρικές διαταραχές από 6 μέχρι 18 ετών (Mayes et al 2015). Τα παιδιά με ΔΦΑ, νοητική αναπηρία, ΔΕΠ-Υ και Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή είχαν υψηλότερα ποσοστά θυματοποίησης από τα παιδιά με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, καθώς και εκείνα της ομάδας ελέγχου. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές θέτουν σε κίνδυνο θυματοποίησης τα παιδιά, σύμφωνα με τις απαντήσεις των μητέρων. Ποσοστό 69%-80% των παιδιών με ψυχιατρικές διαταραχές συμμετέχουν στον σχολικό εκφοβισμό ως θύτες ή θύματα και 33% των παιδιών χωρίς ψυχιατρική διάγνωση συμμετέχουν, επίσης, στον σχολικό εκφοβισμό ως θύτες ή θύματα (Mayes et al 2015).

Ενδιαφέροντα είναι και τα ευρήματα της έρευνας που διεξήχθη στην Κύπρο σε γονείς και σε παιδιά 11–14 ετών με διάφορα ψυχιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία προσέρχονταν στα κοινοτικά κέντρα των Υπηρεσιών και στην Υπηρεσία Διασυνδεδετικής-Συμβουλευτικής Παιδοψυχιατρικής στο Νοσοκομείο Αρχ. Μακάριος ΙΙΙ (Χατζηγιαννά-Παραδεισιώτη 2015). Στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι τα κοινωνικά απομονωμένα παιδιά είχαν περισσότερες πιθανότητες θυματοποίησης, σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν αναπτύξει ισχυρούς δεσμούς με τουλάχιστον 4 φίλους, φαινόμενο που λειτουργεί προστατευτικά στη θυματοποίηση. Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας ήταν πως η

πλειοψηφία (65%) των παιδιών που δήλωσαν ότι είχαν εκφοβιστεί, παρουσίασαν συμπτωματολογία, μέτριας έως πολύ σοβαρής βαρύτητας, Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (ΔΜΤΣ) (Χατζηωνά-Παραδεισιώτη 2015). Ευρήματα θετικής συσχέτισης bullying με ΔΜΤΣ παρουσιάζονται και σε παλαιότερες μελέτες (Burrrill 2005, Carney 2008, Kay 2005, Guy & Guy 2007, Tehrani 2004). Τέλος, βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση Εκφοβισμού με Συναισθηματικά προβλήματα, Προβλήματα Διαταραχής Διαγωγής, Υπερκινητικότητα, και Προβλήματα Σχέσεων με τους συνομηλίκους. Σύμφωνα με την ερευνήτρια, ο σχολικός εκφοβισμός είναι σημαντικός και συχνός επιβαρυντικός παράγοντας της ψυχικής υγείας των παιδιών και θα πρέπει να διερευνάται από τη λήψη του ιστορικού τους η πιθανότητα να έχει συμβεί (Χατζηωνά-Παραδεισιώτη 2015).

Αξίζει να αναφερθούν και τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, όπου αποδείχθηκε ότι τα παιδιά με ΕΕΑ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη θυματοποίηση και τον εκφοβισμό, σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Όσο περισσότερα ήταν τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς των παιδιών τόσο υψηλότερες ήταν και οι βαθμολογίες στις διαστάσεις Θυματοποίησης και Εκφοβισμού. Η χώρα γέννησης του παιδιού και η βαθμολογία των παιδιών στη διάσταση «Προβλήματα Συμπεριφοράς» (Goodman 1999, Giannakopoulos et al 2009) σχετίζονται με τη διάσταση θυματοποίηση (Olweus 1993). Η ομάδα και η μητρική γλώσσα των παιδιών βρέθηκε να σχετίζονται με τη διάσταση Εκφοβισμός (Ντασιώτη, μη δημοσιευθείσα εργασία 2016).

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΑΥΤΙΣΜΟΥ

Παρά το γεγονός ότι τα παιδιά με ΕΕΑ έχει βρεθεί να είναι σε αυξημένο κίνδυνο σχολικού εκφοβισμού, υπάρχουν περιορισμένες μελέτες σχετικά με τους παράγοντες που εμπλέκονται στον σχολικό εκφοβισμό παιδιών με ΔΦΑ. Σημαντικά ήταν τα ευρήματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ σε γονείς παιδιών με ΔΦΑ (Zablotsky et al 2014). Τα παιδιά με υψηλό επίπεδο αυτιστικών χαρακτηριστικών είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι θύματα σχολικού εκφοβισμού ή να είναι και θύτες. Η πλειονότητα των παιδιών τα οποία διαγνώστηκαν με ΔΦΑ είχε υποστεί 63% θυματοποίηση κάποια στιγμή στη ζωή τους (Zablotsky et al 2014). Πρόσφατη αγγ-

λική μελέτη έχει δείξει ότι τα παιδιά και οι νέοι που ανήκουν στις ΔΦΑ είναι πιο πιθανό να είναι θύματα σχολικού εκφοβισμού από εκείνους με άλλες ή χωρίς ΕΕΑ. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν πως οι γονείς των παιδιών με ΔΦΑ που φοιτούν σε γενικά σχολεία ανέφεραν ότι τα περιστατικά του σχολικού εκφοβισμού ήταν περισσότερα από ό,τι εκείνα των οποίων τα παιδιά φοιτούσαν σε ειδικά σχολεία παρέχοντάς τους ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα (Hebron & Humphrey 2013, Zablotsky et al 2014). Επιπλέον, η ανάπτυξη των θετικών σχέσεων με τους άλλους παρέχει τις απαραίτητες δυνατότητες για υψηλότερη ποιότητα και συχνότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων με τους συνομηλίκους, το οποίο είναι ζωτικής σημασίας στην προσπάθεια να οικοδομηθούν οι κοινωνικές δεξιότητες των μαθητών με ΔΦΑ (Hebron & Humphrey 2013). Ειδικότερα μια παλαιότερη μελέτη αποκάλυψε ότι τα επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης είναι αντιστρόφως ανάλογα προς τον σχολικό εκφοβισμό μεταξύ των μαθητών με ΔΦΑ (Humphrey & Symes 2010α).

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το 2007 εξετάστηκε από τους Humphrey et al, η συσχέτιση της θυματοποίησης με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε ένα δείγμα παιδιών που είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ. Ένα σύνολο 303 παιδιών έλαβαν μέρος σε μια ψυχοεκπαιδευτική αξιολόγηση, από τα οποία τα 116 ήταν με διάγνωση ΔΕΠ-Υ (Humphrey et al 2007). Πρόκειται για μια συχνή διαταραχή η οποία επηρεάζει το 3–5% των παιδιών σχολικής ηλικίας (Brown 2000, Hoza et al 2005). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και συννοσηρή ψυχιατρική διάγνωση ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά θυματοποίησης από εκείνα που δεν είχαν μια συννοσηρή διάγνωση (Humphrey 2007). Τα παιδιά τα οποία είναι θύματα συχνά αντιδρούν με συμπεριφορές αποφυγής (Ma et al 2001, Rigby 2003, Storch & Masia-Warner 2004, Storch et al 2003, 2004) απώλεια της αυτοεκτίμησης (Ma et al 2001, Rigby 2003) και με πτώση στην ακαδημαϊκή απόδοση (Ma et al 2001). Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά αποσύρονται κοινωνικά και έχουν λιγότερη σταθερότητα στις φιλίες τους σε σχέση με τα άτομα χωρίς ΔΕΠ-Υ (Hoza et al 2005) και αυτό συμβαίνει επειδή δυσκολεύονται να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους (Bagwell et al 2001).

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ Η/ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ/ΟΜΙΛΙΑΣ

Τα παιδιά με ήπιες μαθησιακές δυσκολίες είναι πιο πιθανό να ασκήσουν εκφοβισμό σε σύγκριση με τους συνομηλίκους με και χωρίς αναπηρία (Rose et al 2011). Αυτά τα παιδιά έχουν την τάση να παρουσιάζουν σε υψηλότερο επίπεδο προκλητικές και επιθετικές συμπεριφορές από τους συνομηλίκους τους που έχουν άλλες σοβαρές αναπηρίες και γλωσσικές διαταραχές, καθώς και από τον μέσον όρο του γενικού μαθητικού πληθυσμού (Rose et al 2011).

Ενδιαφέροντα είναι και τα αποτελέσματα πρόσφατης ελληνικής έρευνας, από την οποία προκύπτει ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να λειτουργήσουν ως θύτες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους χωρίς μαθησιακές δυσκολίες (Andreou et al 2015). Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι οι μαθητές που αντιμετωπίζουν τόσο μαθησιακά προβλήματα όσο και συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαταραχές βιώνουν μεγάλη μοναξιά σε σύγκριση με άλλη ομάδα μαθητών με ΕΕΑ (Andreou et al 2015).

Παρόμοια είναι τα ευρήματα των Van Riper (1971, 1982), Hugh-Jones (1999), Davis (2002) και Blood et al (2010), οι οποίοι διευκρινίζουν ότι τα παιδιά που τραυλίζουν είναι τρεις φορές πιθανότερο να αναγνωριστούν ως «θύματα σχολικού εκφοβισμού», λόγω της διαταραχής του λόγου που παρουσιάζουν και δυσκολεύονται να χτίσουν σχέσεις με τους συνομηλίκους. Απορρίπτονται συχνότερα από τους συνομηλίκους τους και είναι σημαντικά λιγότερο πιθανό να είναι δημοφιλείς και να κατέχουν ηγετικό ρόλο. Τέλος τα «πειράγματα, η κοροϊδία και η απόρριψη είναι κοινές εμπειρίες για ένα παιδί που τραυλίζει» (Blood et al 2010).

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ

Η νοητική υστέρηση αυξάνει τον κίνδυνο των παιδιών να εκτίθενται σε βία και ενισχύει τις δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους (Kelly & Norwich 2004). Υψηλό είναι το ποσοστό των παιδιών και των εφήβων με ψυχιατρικές διαταραχές και νοητική υστέρηση που εκτίθενται σε ένα εξαιρετικά δυσμενές περιβάλλον (Oliveira et al 2012). Επίσης, η παρουσία συννοσηρής ψυχικής διαταραχής σε παιδιά με νοητική υστέρηση επιδεινώνει τον κίνδυνο της θυματοποίησης (Fogten et al 2016). Σε πρόσφατη μελέτη

διαπιστώθηκε ότι οι μαθητές με νοητικές αναπηρίες βιώνουν κατάθλιψη, θυμό, εχθρικότητα και χαμηλή αυτοεκτίμηση ως αποτέλεσμα της ανάμιξής τους στον σχολικό εκφοβισμό, άσχετα από τον ρόλο τους ως θύματα ή θύτες (Wright 2016). Τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και μοναξιάς καθώς και οι συχνοί καυγάδες στις φιλίες τους είναι σημαντικές ενδείξεις θυματοποίησης (Matheson et al 2007, Zeedyk et al 2014). Επειδή έχουν χαμηλότερες ικανότητες προσαρμοστικής συμπεριφοράς, μπορεί να μην είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν επαρκώς τις αλλαγές στην καθημερινότητά τους (Wright 2016, Neece & Baker 2008). Η μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά της θυματοποίησης. Μια άλλη έρευνα έδειξε ότι οι χαμηλές κοινωνικές δεξιότητες αυξάνουν την ευαλωτότητα των μαθητών με νοητική υστέρηση στη θυματοποίηση από τη μέση παιδική ηλικία έως και την πρώιμη εφηβεία (Christensen et al 2012).

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Η διαφορετικότητα από μόνη της αυξάνει κατακόρυφα τις πιθανότητες εκφοβισμού (Knox & Conti-Ramsden 2003). Οι Rose et al 2010 θεωρούν πως όσο πιο σοβαρή είναι μια σωματική αναπηρία τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες για σχολικό εκφοβισμό. Κάποιοι ερευνητές ισχυρίζονται πως οι ξεχωριστές αίθουσες τονίζουν τη διαφορετικότητα, διαχωρίζουν και οδηγούν στον σχολικό εκφοβισμό (Bunch & Valeo 2004, Knox & Conti-Ramsden 2003, Reiter & Lapidot-Lefler 2007, Rose Monda-Amaya & Espelage 2010). Από πολλές μελέτες έχει διαπιστωθεί πως η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση σχολικού εκφοβισμού. Ο κοινωνικός κύκλος θα μπορούσε να λειτουργήσει ως ένα δίκτυο προστασίας του μαθητή (Knox & Conti-Ramsden 2003, Mishna 2003, Rose et al 2010, Whitney et al 2008). Τα άτομα με αναπηρία που έχουν συννοσηρή διαταραχή είναι πιθανό να δυσκολεύονται να ολοκληρώσουν τις δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους σε σύγκριση με τους νέους με αναπηρία χωρίς ψυχική διαταραχή (Einfeld et al 2011, Robb 2013). Επιπλέον, τα άτομα με αναπηρία που βιώνουν θυματοποίηση είναι περισσότερο ευπαθή σε κλινική κατάθλιψη με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τομέα της ψυχικής τους υγείας από τα άτομα χωρίς αναπηρία. Σε πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 38% των παιδιών με αναπηρία του πληθυσμού των ΗΠΑ αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις (Berg et al 2015). Η αναπηρία αποτελεί

έναν από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για τη θυματοποίηση (Sullivan 2010, Jones et al 2012).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αφορά στον σχολικό εκφοβισμό των μαθητών με ΕΕΑ, και παρουσιάζονται σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη θυματοποίηση.

Παρόμοια είναι τα ευρήματα των μελετών των Hebron & Humphrey (2013), και των Zablotsky et al (2014) σχετικά με τον σχολικό εκφοβισμό σε μαθητές με ΔΦΑ όπου υποδηλώνουν ότι τα παιδιά που ξοδεύουν πολύ χρόνο σε λιγότερο προστατευμένες γενικές εκπαιδευτικές μονάδες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πέσουν θύματα εκφοβισμού σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς ΔΦΑ. Οι μαθητές με ΔΦΑ που φοιτούν σε ειδικά σχολεία θυματοποιούνται λιγότερο από τους μαθητές με ΔΦΑ που φοιτούν σε γενικά σχολεία. Αυτό μπορεί να εξηγήσει τα υψηλά ποσοστά θυματοποίησης που έχουν αναφερθεί σε προηγούμενες έρευνες για τα παιδιά υψηλής λειτουργικότητας (διαταραχή Asperger) (Carter 2009, Little 2002, Sofronoff et al 2011, Wainscot et al 2008). Σαφώς, η περαιτέρω έρευνα με επίκεντρο το θέμα αυτό είναι απαραίτητη. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι αυτά τα ευρήματα δεν θα πρέπει να εκληφθούν ως στοιχείο που δείχνει ότι η τοποθέτηση των μαθητών με ΔΦΑ σε ειδικό περιβάλλον είναι πιο κατάλληλη για αυτούς. Αντίθετα, τονίζει μία από τις προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν, προκειμένου να γίνουν οι κατάλληλες ρυθμίσεις στα γενικά σχολεία για την κοινωνική ένταξη των μαθητών με ΔΦΑ.

Αξίζει να σημειωθεί πως οι παρούσες μελέτες παρουσιάζουν μεταξύ τους κάποια παρόμοια αποτελέσματα. Ένα από αυτά είναι πως η ανάπτυξη των θετικών σχέσεων των μαθητών με ΕΕΑ λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας. Επίσης, η απογοήτευση και το άγχος που βιώνουν οι μαθητές με ΕΕΑ αναφορικά με τις κοινωνικές και εκπαιδευτικές τους δυσκολίες στο σχολείο, μπορεί να εκδηλωθούν με συναισθηματικές εκρήξεις προκαλώντας τον εξοστρακισμό τους από τους συνομηλίκους (Card et al 2008, Macintosh & Dissanayake 2006). Αρκετοί από τους μαθητές με ΕΕΑ και κυρίως εκείνοι με μαθησιακές δυσκολίες ή νοητική/σωματική αναπηρία βιώνουν έντονα το συναίσθημα της μοναξιάς. Επιπροσθέτως, εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα ειδικά όταν υπάρχει συννοσηρή ψυχική διαταραχή, συχνό φαινόμενο σε μαθητές με ΔΕΠ-Υ.

Οι παραπάνω μελέτες ωστόσο παρουσιάζουν και περιορισμούς. Πιο συγκεκριμένα, στην ήδη αναφερθείσα έρευνα της Πενσυλβάνιας, συμμετείχαν παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές μόνο από ψυχιατρικές κλινικές, συνεπώς η συγκεκριμένη μελέτη πρέπει να επαναληφθεί και με άλλα δείγματα (Mayes et al 2015). Επίσης, βασίστηκε στις απόψεις των μητέρων για τον σχολικό εκφοβισμό σε παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές, το συγκεκριμένο δείγμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό αλλά πρέπει να συμπληρωθεί με τις απόψεις των εκπαιδευτικών και των συνομηλίκων σε μελλοντικές μελέτες (Mayes et al 2015). Τα αποτελέσματα της κυπριακής μελέτης προήλθαν από ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν τα παιδιά και οι γονείς τους (Χατζηιωνά-Παραδεισιώτη 2015). Χρήσιμο θα ήταν να συμπεριληφθούν και οι απόψεις των εκπαιδευτικών. Τα πορίσματα αυτών των ερευνών βοηθούν στον σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης κατά του σχολικού εκφοβισμού αλλά και θεραπευτικής αντιμετώπισης σε περιπτώσεις παιδιών και εφήβων που θα παρουσιάσουν προβλήματα ψυχικής υγείας.

Παρά τα πλεονεκτήματα της μελέτης των Zablotsky et al (2014), υπήρξαν και κάποιοι περιορισμοί. Οι έρευνες που απευθύνονται σε γονείς παιδιών με ΔΦΑ είναι ιδιαίτερα σημαντικές καθώς αποτελούν την κατάλληλη μέθοδο για τη συλλογή των δεδομένων του σχολικού εκφοβισμού (π.χ. Carradokia et al 2012, Little 2002). Σύμφωνα με τους Holt et al (2009), οι εμπειρίες που βιώνουν τα παιδιά με ΔΦΑ σχετικά με τον σχολικό εκφοβισμό συνήθως τις αναφέρουν στους ενηλίκους, κυρίως στους γονείς και στους εκπαιδευτικούς. Εντούτοις, είναι πιθανό οι γονείς να μη γνωρίζουν για τον σχολικό εκφοβισμό του παιδιού τους (Unnever & Cornell 2004). Τα ευρήματα αυτών των μελετών δεν μπορούν να γενικευθούν σε όλες τις οικογένειες που έχουν ένα παιδί με ΔΦΑ (Kogan et al 2009). Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να βασίζονται εκτός από την αξιολόγηση των γονέων και στις αναφορές του εκπαιδευτικού για την παροχή μιας πιο ακριβούς εικόνας της συμμετοχής στον σχολικό εκφοβισμό.

Σχετικά με τη μελέτη των Andreou et al (2015) ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς αφορούσε στα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν και στις διαδικασίες από τους ειδικούς δασκάλους για να αξιολογήσουν τις εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητών τους, και οι οποίες δεν εφαρμόστηκαν σε όλα τα σχολεία και τις περιπτώσεις, και συνεπώς αυτό μπορεί να περιορίσει την εγκυρότητα και γενίκευση των ευρημάτων (Andreou et al 2015). Ένας άλλος περιορισμός είναι ότι η αξιολόγηση βασίστηκε αποκλειστικά στην

αυτο-αναφορά ως μέσο αντιμετώπισης των κοινωνικών και συναισθηματικών εμπειριών των παιδιών. Η περαιτέρω έρευνα σχετικά με τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις των μαθητών είναι απαραίτητη.

Υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί και στη μελέτη που εξέτασε τη συσχέτιση της θυματοποίησης με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Humphrey et al 2007). Αρχικά, οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν από μια ψυχιατρική κλινική. Ως εκ τούτου, οι διαπιστώσεις δεν μπορούν να γενικευθούν σε άλλους πληθυσμούς. Έπειτα, η μελέτη δεν λαμβάνει υπόψη και άλλους παράγοντες, όπως την εθνικότητα, το φύλο ή την κοινωνική τάξη, οι οποίοι είναι πιθανοί λόγοι για θυματοποίηση. Τέλος, η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από αγόρια και δεν υπήρχε εθνική πολυμορφία (Humphrey et al 2007).

Ωστόσο, λίγες είναι οι μελέτες που έχουν διερευνήσει τους παράγοντες πρόληψης του σχολικού εκφοβισμού σε μαθητές με ΕΕΑ. Παρά το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό των μαθητών με ΕΕΑ έχει υποστεί σχολικό εκφοβισμό από συνομηλίκους, υπάρχει έλλειψη πειραματικών μελετών πρόληψης ή παρέμβασης που να επικεντρώνονται ειδικά στους μαθητές με ΕΕΑ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το σχολείο είναι ο κύριος χώρος για θυματοποίηση, και γι' αυτόν τον λόγο θα πρέπει να διαδραματίσει έναν πιο ενεργό ρόλο στην εξάλειψη του σχολικού εκφοβισμού. Επειδή ο σχολικός εκφοβισμός έχει αναγνωριστεί ευρέως ως ένα σοβαρό πρόβλημα, είναι επιτακτική η ανάγκη να συνεχιστούν οι έρευνες σχετικά με τους παράγοντες υψηλού κινδύνου, τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, τη συχνότητα της θυματοποίησης αναλόγως της ηλικίας, την πρόληψη και τις παρεμβάσεις στις σχολικές μονάδες. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή των προγραμμάτων ένταξης και των παρεμβάσεων κατά του σχολικού εκφοβισμού θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ιδιαίτερη ευαλωτότητα των μαθητών με ΕΕΑ. Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση του προσωπικού και των εκπαιδευτικών, μέσω των προγραμμάτων πρόληψης, βοηθούν στον εντοπισμό των παιδιών που μπορεί να αντιμετωπίζουν πρόσθετο κίνδυνο θυματοποίησης. Τέλος, αναγκαία είναι τα προγράμματα εκπαίδευσης γύρω από τις κοινωνικές δεξιότητες για τους μαθητές με ΕΕΑ καθώς η έλλειψη αυτών των ικανοτήτων διαιωνίζει τον κύκλο της θυματοποίησης.

BULLYING AND VIOLENCE IN PRIMARY EDUCATION STUDENTS WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS: REVIEW OF LITERATURE

A. Dasioti,¹ G. Kolaitis²

¹Educator with Further Training in Special Education and Parallel Support,

²Department of Child Psychiatry, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, "Aghia Sophia" Children's Hospital, Athens, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2015–2016, 3–4:57–64

The review of studies on school bullying and violence towards students with Special Educational Needs. Articles, mainly from 2000 until today (there are some older references), were searched, collected and chosen through Pub Med, Cochrane Library, PsychINFO, and Google Scholar. The relevant studies show that students with Special Educational Needs exhibit symptoms of internalization (e.g. depression, anxiety, loneliness) and externalization (e.g. aggression, antisocial behavior) that are related to school bullying. Further research is required on the importance of social factors in school bullying of students with Special Educational Needs; mental health preventive interventions are proposed through sensitization and focused programs at schools.

Key words: Students, children, special educational needs, school bullying.

Βιβλιογραφία

- Andreou E, Didaskalou E, Vlachou A. Bully/victim problems among Greek pupils with special educational needs: associations with loneliness and self-efficacy for peer interactions. *J Res Special Educ Needs* 2015, 15:235–246
- Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: much ado about nothing. *Psychol Med* 2010, 40:717–729
- Berg KL, Shiu CS, Msall ME, Acharya K. Victimization and depression among youth with disabilities in the US child welfare system. *J Child Care Health Develop* 2015, 41:989–999
- Blood G, Boyle MP, Blood IM, Nalesnik GR. Bullying in children who stutter: Speech-language pathologists' perceptions and intervention strategies. *J Fluency Disorders* 2010, 35:92–109
- Bradshaw CP, Sawyer AL, O'Brennan LM. Bullying and peer victimization at school: perceptual differences between students and school staff. *J Sch Psychol Rev* 2007b:361–382
- Brown MB. Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *J Counsel Develop* 2000, 78:195–213
- Bunch G, Valeo A. Student attitudes toward peers with disabilities in inclusive and special education schools. *J Disab Soc* 2004, 19:61–76
- Burill KA. Bully Victimization, PTSD Risk Factors and Dissociation: A Correlational Study, Doctorate Doctoral Dissertation, Union Institute and University Cincinnati, Ohio, 2005
- Cappadocia MC, Weiss JA, Pepler D. Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *J Aut Develop Disor* 2012, 42:266–277
- Card NA, Isaacs J, Hodges EVE. Multiple contextual levels of risk for peer victimization: a review with implications for prevention and intervention efforts. In: Miller TW (ed) *School Violence and Primary Prevention*. New York, Springer Science and Business Media, 2008:125–153
- Carney JV. Perceptions of Bullying and Associated Trauma During Adolescence, ASCA. *Prof School Counsel* 2008, 11:179–188
- Carter S. Bullying of students with Asperger syndrome. *Issues in Comprehensive Pediatric Nurs* 2009, 32:145–154
- Christensen LL, Fraynt RJ, Neece CL, Baker BL. Bullying Adolescents With Intellectual Disability. *J Mental Health Res Intel Disab* 2012, 5:49–65
- Davis S, Howell P, Cooke F. Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *J Child Psychol Psychiatry* 2002, 43:939–947
- Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intel Develop Disab* 2011, 36:137–143
- Fogden BC, Thomas SDM, Daffern M, James RP, Ogloff JRP. Crime and victimisation in people with intellectual disability: a case linkage study. *J Bio Med Central Psychiatry* 2016, 16:1–9
- Guy N, Guy K. In Traumatic Times. *Occupational Health* 2007, 59:23
- Giannakopoulos G, Tzavara KC, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rotsika V, Tountas Y. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *J Annal Gener Psychiatry*, 2009:1–7
- Goodman R. The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *J Child Psychol Psychiatr Allied Discipl* 1999, 40:791–799
- Hawton K, Harriss L. How often does deliberate selfharm occur relative to each suicide? A study of variations by gender and age. *J Suicide Life-Threatening Behav* 2008, 38:650–660
- Hay C, Meldrum R. Bullying victimization and adolescent self-harm: testing hypotheses from general strain theory. *J Youth Adolesc* 2010, 39:446–459
- Hebron J, Humphrey N. Exposure to bullying among students with autism spectrum conditions: A multi-informant analysis of risk and protective factors. *J Citat Rep Psychology Autism* 2013, 18:618–630
- Heneghan A, Stein RE, Hurlburt MS, Zhang J, Rolls-Ruetz J, Sullivan PM. Violence exposure among children with disabilities. *J Clin Child Family Psychology Rev* 2009, 12:196–216
- Holt MK, Kantor GK, Finkelhor D. Parent/child concordance about bullying involvement and family characteristics related to bullying and peer victimization. *J School Viol* 2009, 8:42–63
- Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA et al. What Aspects of Peer Relationships are Impaired in Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder? *J Consult Clin Psychology* 2005, 73:411–23
- Hugh-Jones S, Smith PK. Self-reports of short and long-term effects of bullying on children who stammer. *Br J Educ Psychology* 1999, 69:141–158
- Humphrey JL, Storch EA, Geffken GR. Peer victimization in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Health Care* 2007, 11:248–260
- Humphrey N, Symes W. Perceptions of social support and experience of bullying among pupils with autistic spectrum disorders in mainstream secondary schools. *J Special Needs Educ* 2010a, 25:77–91
- Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Lancet* 2012, 380:899–907
- Kay B. A cross national study of bullying experiences by British and American school children: Determining a typology of stressors and symptoms. Doctorate Doctoral Dissertation, Temple University, Philadelphia, 2005
- Kelly N, Norwich B. Pupils perceptions of self and of labels: Moderate learning difficulties in mainstream and special schools. *Br J Educ Psychology* 2004, 74:411–43
- Knox E, Conti-Ramsden G. Bullying risks of 11-year-old children with specific language impairment SLI. Does school placement matter? *Inter J Lang Comm Disord* 2003, 38:1–12
- Kogan MD, Blumberg SJ, Schieve LA, Boyle CL, Perrin JM, Ghandour RM et al. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US 2007. *J Am Acad Pediatrics* 2009, 124:1395–1403
- Little L. Middle-class mothers' perceptions of peer and sibling victimization among children with Asperger's syndrome and nonverbal learning disorders. *J Issues Compr Pediatric Nurs* 2002, 25:42–57
- Ma X, Stewin LL, Mah DL. Bullying in School: Nature, Effects and Remedies. *J Research Papers Educ* 2001, 16:247–70
- Macintosh K, Dissanayake C. Social skills and problem behaviours in school-aged children with high-functioning autism and Asperger's disorder. *J Autism Develop Disor* 2006, 36:1065–1076
- Matheson C, Olsen RJ, Weisner T. A good friend is hard to find: friendship among adolescents with disabilities. *Am J Mental Retard* 2007, 112:319–329

- Mayes SD, Calhoun SL, Baweja R, Mahr F. Maternal ratings of bullying and victimization: differences in frequencies between psychiatric diagnoses in a large sample of children. *J Psychol Rep Disab Trauma Pennsylvania* 2015, 116:710–722
- Mishna F. Learning disabilities and bullying: double jeopardy. *J Learn Disab* 2003, 36:336–347
- Nabuzoka D. Teacher Ratings and Peer Nominations of Bullying and Other Behaviour of Children With and Without Learning Difficulties. *An Inter J Experim Educ Psychology* 2003, 23:308–321
- Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001, 285:2094–2100
- Neece C, Baker B. Predicting maternal parenting stress in middle childhood: the roles of child intellectual status, behaviour problems and social skills. *J Intell Disab Res* 2008, 52:1114–28
- Ντασιώτη Α. Σχολικός Εκφοβισμός και Βία (bullying) και Ψυχική Υγεία σε μαθητές της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες (ΕΕΑ), Διπλωματική εργασία στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών», Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Ιατρική Σχολή (μη δημοσιευθείσα εργασία), 2016
- Oliveira PA, Santos B, Scivoletto S. Intellectual deficits in Brazilian victimized children and adolescents: A psychosocial problem. *J Child Abuse, Neglect* 2012, 36:608–610
- Olweus D. *The revised Olweus bully/victim questionnaire for students*. Bergen, Norway, University of Bergen, 1993
- Pivik J, McComas J, LaFlamme M. Barriers and facilitators to inclusive education. *J Except Child* 2002, 69:97–107
- Rigby K. Consequences of Bullying in Schools. *Can J Psychiatry* 2003, 48:583–591
- Robb A. Behavioral and psychiatric disorders in children with disabilities. In: Bathshaw ML, Roizen NJ Lotrecchiano GR (eds) *Children with Disabilities*. 7th ed. Brookes Publishing, Baltimore, MD, USA, 2013:523–546
- Rose C, Espelage DL, Aragon SR, Elliott J. *Bullying and Victimization among Students in Special Education and General Education Curricula*, 2011:2–14
- Rose AC, Monda-Amaya EL, Espelage LD. Bullying perpetration and victimization in special education: A review of the literature. *J Rem Special Educ* 2010, 32:114–130
- Saylor CF, Leach JB. Perceived bullying and social support in students accessing special inclusion programming. *J Develop Physical Disab* 2009, 21:69–80
- Seals D, Young J. Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *J Adolesc* 2003, 38:735–747
- Sofronoff K, Dark E, Stone V. Social vulnerability and bullying in children with Asperger syndrome. *J Aut* 2011, 15:355–372
- Spriggs AL, Iannotti RJ, Nansel TR, Haynie DL. Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: commonalities and differences across race/ethnicity. *J Adolesc Health* 2007, 41:283–293
- Storch EA, Masia-Warner C. The Relationship of Peer Victimization to Social Anxiety and Loneliness in Adolescent Females. *J Adolesc* 2004, 27:351–62
- Storch EA, Lewin AB, Silverstein JH, Heidgerken AD, Strawser MS, Baumeister A et al. Social-psychological Correlates of Peer Victimization in Children with Endocrine Disorders. *J Pediatrics* 2004, 145:784–9
- Storch EA, Nock MK, Masia-Warner C, Barlas ME. Peer Victimization and Social-psychological Adjustment in Hispanic and African-American Children. *J Child Family Studies* 2003, 12:439–452
- Sullivan KO. *The Anti-Bullying Handbook*. SAGE, 2010:280
- Tehrani N. PTSD and Bullying. *Br J Guid Counsel* 2004, 32:357–366
- Ttofi MM, Farrington DP, Lösel F, Loeber R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Aggression, Conflict Peace Res* 2011, 3:63–73
- Unnever JD, Cornell DG. Middle school victims of bullying: who reports being bullied? *J Aggr Behav* 2004, 30:373–388
- Van Riper C. *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, National Journal, Prentice Hall, 1971
- Van Riper C. *The nature of stuttering*. 2nd ed. Englewood Cliffs, National Journal, Prentice Hall, 1982
- Vaughn S, Elbaum BE, Schumm JS. The effects of inclusion on the social functioning of students with learning disabilities. *J Learn Disab* 1996, 29:598–608
- Wainscot JJ, Naylor P, Sutcliffe P, Tantam D, Williams JV. Relationships with peers and use of the school environment of mainstream secondary school pupils with Asperger Syndrome (high-functioning autism: a case control study. *Intern J Psychology Psycholog Ther* 2008, 8:25–38
- Whitney JC, Sherrington C, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JST. Effective Exercise for the Prevention of Falls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatrics Soc* 2008, 56:2234–2243
- Whitney I, Nabuzoka D, Smith P. Bullying in schools: mainstream and special needs. *J Support Learning* 1992, 7:3–6
- Wright MF. *School bullying and students with intellectual disabilities*. Handbook of Research on Diagnosing, Treating and Managing Intellectual Disabilities, 2016:496
- Χατζηιωάν-Παραδεισιώτη Α. Διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς που προκαλεί το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά και εφήβους 11–14 χρονών στην Κύπρο, Διδακτορική Διατριβή, Ίδρυμα Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Ελλάδα, 2015
- Zablotsky B, Bradshaw CP, Anderson CM, Law P. Risk factors for bullying among children with autism spectrum disorders. *J Autism* 2014, 18:419–427
- Zeedyk SM, Rodriguez G, Tipton LA, Baker BL, Blacher J. Bullying of youth with autism spectrum disorder, intellectual disability, or typical development: Victim and parent perspectives. *J Res Autism Spectrum Dis* 2014, 8:1173–1183

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Α. Καλαβρύς,¹ Ειρ. Καραμανή²

¹Ψυχολόγος, ²Παιδοψυχολόγος

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:65–73

Η επίδραση του συναισθηματικού δεσμού στην εμφάνιση αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας καταδεικνύεται όλο και περισσότερο. Πληθώρα κλινικών και πειραματικών μελετών έχουν διεξαχθεί με σκοπό τη διερεύνηση της ανασφαλούς προσκόλλησης ως παράγοντα κινδύνου εκδήλωσης εσωτερικευμένων διαταραχών. Η παρούσα εργασία εστιάζει στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και στις αγχώδεις διαταραχές. Αρχικά παρατίθεται εισαγωγή στη θεωρία της προσκόλλησης. Ακολουθεί ανασκόπηση των σημαντικότερων ερευνητικών δεδομένων που πιστοποιούν τη συσχέτιση ανασφαλούς προσκόλλησης και εσωτερικευμένων διαταραχών σε παιδιά και εφήβους, καθώς και των παραγόντων που τη διαμεσολαβούν. Σύντομη αναφορά γίνεται σε νευροβιολογικά και νευροφυσιολογικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν την εν λόγω συσχέτιση. Ωστόσο, αναγκαία παραμένει η εξακρίβωση του ακριβούς ρόλου του ανασφαλούς τύπου προσκόλλησης στην εμφάνιση εσωτερικευμένων διαταραχών.

Λέξεις ευρετηρίου: Προσκόλληση, αναπτυξιακή ψυχοπαθολογία, εσωτερικευμένες διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές, μείζων καταθλιπτική διαταραχή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεωρία της προσκόλλησης διαδραμάτισε πολύτιμο ρόλο στη σύγχρονη κατανόηση της ανθρώπινης ανάπτυξης, επικεντρώνοντας στη σημασία των πρώιμων εμπειριών ζωής και ιδιαιτέρως αυτών του σχετιζομένου. Η ποιότητα και το είδος του συναισθηματικού δεσμού έχει αναγνωριστεί ως κεντρικό στοιχείο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Αποτελεί δε παράγοντα κινδύνου εκδήλωσης αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας καθώς συνδέεται με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου.

Η εν λόγω εργασία επικεντρώνεται στις εσωτερικευμένες διαταραχές και πιο συγκεκριμένα, στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και στις αγχώδεις διαταραχές. Επιδημιολογικά δεδομένα τις κατατάσσουν στις συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές κατά την εφηβεία ενώ η αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική. Προκειμένου να εξεταστεί η συσχέτιση ανασφαλών προσκόλλησης και καταθλιπτικών εκδηλώσεων σε παιδιά και εφήβους, παρουσιάζονται σχετικές κλινικές διαχρονικές μελέτες (προοπτικές και αναδρομικές).

Έμφαση δίνεται στη θεματική της παρατεταμένης απουσίας ή του θανάτου του γονέα κατά την παιδική ηλικία, καθώς και στη σύνδεση αυτής με την εμφάνιση κατάθλιψης στη μετέπειτα ζωή του ατόμου. Σειρά συγχρονικών μελετών την επιβεβαιώνουν και πλήθος παραγόντων τη διαμορφώνουν. Πρόσφατες μετα-αναλύσεις, από την άλλη, καταδεικνύουν τη συμβολή της διαταραχής του συναισθηματικού δεσμού στην ανάπτυξη αγχώδους συμπτωματολογίας. Η εργασία ολοκληρώνεται με την πραγμάτευση νευροβιολογικών και νευροφυσιολογικών ευρημάτων που υποστηρίζουν την επίδραση της ανασφαλούς προσκόλλησης στην εκδήλωση αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας.

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ

Ως προσκόλληση, έννοια που περιέγραψε πρώτος ο Βρετανός ψυχίατρος John Bowlby, ορίζεται η έντονη συναισθηματική σχέση (θετικός συναισθηματικός δεσμός) ανάμεσα στο βρέφος και στο βασικό πρόσωπο που το φροντίζει (συνήθως τη μητέρα). Οι «συμπεριφορές προσκόλλησης», όπως αποκαλούνται τα εσωτερικευμένα και αυτοματοποιημένα συστήματα συμπεριφορών των παιδιών, επι-

βεβαιώνουν την ανάγκη τους για στενή και συνεχή επαφή προκειμένου να ευημερούν συναισθηματικά (Feeney 1996). Η αναζήτηση της σωματικής επαφής, τα παιχνίδια στη διάρκεια του θηλασμού, το χαμόγελο και το κλάμα είναι μερικές μόνο από τις συνήθεις συμπεριφορές προσκόλλησης (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη 2012).

Οι εν λόγω συμπεριφορές είναι βιολογικά καθορισμένες και βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση με την τάση του παιδιού για εξερεύνηση (Bretherton 1985). Η τελευταία προάγει την επιβίωση, επιτρέποντας την πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με το περιβάλλον. Η προσκόλληση διασφαλίζει την αίσθηση ασφαλείας του παιδιού, διατηρώντας την εγγύτητα ή την επίτευξη επαφής με τον φροντιστή σε περίπτωση που καινούργια, αγχογόνα, ακόμα και επικίνδυνα γεγονότα συμβούν καθώς αυτό εξερευνά το περιβάλλον (Crowell 1995). Το βρέφος, συνεπώς, αναπτύσσει στενούς δεσμούς με τον φροντιστή του, και έτσι αφενός εξασφαλίζεται η συναισθηματική σχέση με το κύριο πρόσωπο παροχής φροντίδας και αφετέρου δημιουργείται μια βάση ασφάλειας για να μπορέσει να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του. Η ποιότητα προσκόλλησης έχει μακροπρόθεσμες επιδράσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και στην κοινωνική επάρκεια του παιδιού στην ενήλικη ζωή (Cohen 2017).

Ο Bowlby θεμελίωσε τις βασικές αρχές της θεωρίας της προσκόλλησης αντλώντας σημαντικά στοιχεία τόσο από την ηθολογία και την εξελικτική βιολογία, όσο και από την πειραματική ψυχολογία. Οι δεσμοί που διαμορφώνονται ανάμεσα σε γονείς και παιδιά μελετήθηκαν αρχικά σε ζώα. Πιο συγκεκριμένα, ο ηθολόγος Konrad Lorenz παρατηρώντας νεογνά χήνας διαπίστωσε την εγγενή τάση να ακολουθούν τη μητέρα τους ως το πρώτο κινούμενο «αντικείμενο» που συνήθως έχουν μπροστά τους αμέσως μετά τη γέννησή τους. Όταν ο ίδιος πήρε τη θέση του «αντικειμένου», τα νεογνά χήνας, μόλις γεννήθηκαν, τον ακολουθούσαν ως να ήταν η μητέρα τους. Ονόμασε τη διαδικασία αυτή αποτύπωση, συμπεριφορά που εμφανίζεται σε μια κρίσιμη περίοδο και περιλαμβάνει την προσκόλληση με το πρώτο κινούμενο αντικείμενο που αντικρίζει το νεογνό (Feldman 2009).

Το έργο του Harry Harlow επέκτεινε τη σημασία των ευρημάτων του Lorenz. Στην κλασική έρευνα του πρώτου συμμετείχαν πιθηκάκια που είχαν διαχωρι-

στεί από τις μητέρες τους 6 έως 12 ώρες μετά τη γέννησή τους. Είχαν τη δυνατότητα να έρχονται σε σωματική επαφή είτε με ομοίωμα πιθήκου-μητέρας από σύρμα, το οποίο παρείχε τροφή, είτε με αντίστοιχο ομοίωμα από μαλακό ύφασμα, το οποίο, όμως, δεν παρείχε τροφή. Τα πιθηκάκια προτιμούσαν τη ζεστή, υφασμάτινη «μητέρα» παρά τη συρμάτινη. Η συστηματική αυτή προτίμηση υποδείκνυε τη σημασία της ανακούφισης της σωματικής επαφής. Κατεδείχθη, επίσης, ότι η παροχή τροφής από μόνη της δεν συνεπάγεται δημιουργία προσκόλλησης (Harlow 1959).

Στην κατανόηση της προσκόλλησης στον άνθρωπο, η θεώρηση της εξελικτικής βιολογίας είναι εξίσου σημαντική. Σύμφωνα με αυτήν, οι απόγονοι του ανθρώπου είναι τα πλέον ευαίσθητα και εξαρτημένα πλάσματα της φύσης. Δεδομένου ότι η απόλυτη εξάρτησή τους μειώνεται με πολύ αργούς ρυθμούς, η επιβίωσή τους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την προστασία και τη φροντίδα των γονιών τους. Η θεωρία της προσκόλλησης υιοθετεί τη θεώρηση που θέλει τη γονεϊκή φροντίδα και αφοσίωση απαραίτητη προϋπόθεση της επιβίωσης και την επεκτείνει σαφώς υπογραμμίζοντας τη σημασία των σταθερών και ισχυρών δεσμών αγάπης ως συντελεστών της επιβίωσης (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη 2012).

Η διαδικασία προσκόλλησης διαμορφώνεται από σειρά πολύπλοκων ψυχικών διεργασιών. Δεδομένης της τάσης μεγιστοποίησης της εγγύτητας προς τους φροντιστές, η θεωρία της προσκόλλησης υποθέτει ότι τα βρέφη προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους σύμφωνα με τη φροντίδα που βιώνουν. Δηλαδή, η εκάστοτε ποιότητα σύνδεσης μεταξύ βρέφους και φροντιστή θεωρείται ως το αποτέλεσμα της ποιότητας της φροντίδας που το πρώτο έλαβε, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσω της ευαισθησίας, της διαθεσιμότητας, της συνεργασίας και της ανταπόκρισης του φροντιστή στις ανάγκες του (Guttman-Steinmetz 2006). Βρέφη που βιώνουν σιγουριά για τη διαθεσιμότητα και την ανταπόκριση των προσώπων φροντίδας τους αναγνωρίζονται ως ασφαλή. Αντιθέτως, βρέφη που δεν λαμβάνουν γονική διαθεσιμότητα και υποστήριξη ή δεν καθησυχάζονται ούτε ανακουφίζονται από αυτήν, αναγνωρίζονται ως ανασφαλή.

Η Mary Ainsworth με την πειραματική «συνθήκη του ξένου» αποπειράθηκε να αξιολογήσει την ισχύ της βρεφικής προσκόλλησης. Η «συνθήκη του ξένου» αποτελείται από σειρά «σκηνοθετημένων»

επεισοδίων που την αξιολογούν σε μωρά ενός έτους (Ainsworth 1970). Βρέθηκε ότι η παρουσία της μητέρας ενθαρρύνει την εξερευνητική συμπεριφορά, ενώ η απουσία της την καταστέλλει, αυξάνοντας τις συμπεριφορές προσκόλλησης, όπως κλάμα και αναζήτηση της μητέρας. Η επιστροφή της συνοδεύεται από αύξηση συμπεριφορών αναζήτησης εγγύτητας καθώς και διατήρησης της επαφής.

Ωστόσο, σε σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων κατά την επανένωση μητέρας-παιδιού, παρατηρούνται συμπεριφορές αντίστασης στην επαφή και στη διατήρησή της, στοιχείο που υποδηλώνει αμφιθυμία. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρήθηκε επίσης, συμπεριφορά αποφυγής της εγγύτητας κατά την επανένωση. Η προσκόλληση, συνεπώς, κατηγοριοποιήθηκε σε τρία είδη: ασφαλής, ανασφαλής/αποφευκτική και ανασφαλής/αμφιθυμική (Ainsworth 1979). Ωστόσο, οι ως άνω διαφορές στα μοτίβα προσκόλλησης δεν αντικατοπτρίζουν την ισχύ αυτής αλλά μάλλον αντανακλούν την ποιότητά της (Guttman-Steinmetz 2006). Σε μεταγενέστερο χρόνο, οι Main και Solomon στοιχειοθέτησαν την ύπαρξη μίας ακόμη κατηγορίας, αυτής της αποδιοργανωμένης/αποπροσανατολισμένης προσκόλλησης.

Πέραν τούτων, η γονική ανταπόκριση στο βρέφος ενεργοποιεί πρότυπα δεσμού που σταδιακά μετατρέπονται σε εσωτερικευμένα μοντέλα λειτουργίας και καθοδηγούν τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις προσδοκίες στις ύστερες διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου (Waters 2002). Η προσκόλληση, συνεπώς, υπόκειται σε ένα σύνολο αναπαραστάσεων των σχέσεων της παιδικής ηλικίας, τις οποίες ο Bowlby (1969) αποκαλεί εσωτερικευμένα λειτουργικά μοντέλα. Τα μοντέλα αυτά εμπεριέχουν τις κύριες μνημονικές εγγραφές, τα πιστεύω και τα συναισθήματα που απορρέουν από τις σημαντικότερες σχέσεις των παιδικών χρόνων. Βάσει αυτών οργανώνεται η επικείμενη συμπεριφορά του ατόμου στο πλαίσιο των σχέσεων δεσμού με άλλα άτομα στην ενήλικη ζωή.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΝΑΣΦΑΛΟΥΣ ΤΥΠΟΥ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Πλήθος ερευνών αποδεικνύουν ότι ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Ωστόσο, η εν λόγω σύνδεση δεν συνιστά αιτιώδη

σχέση αλλά διαμεσολαβούμενη συσχέτιση, καθώς παράγοντες όπως η πρώιμη παιδική ηλικία, το οικογενειακό πλαίσιο, και άλλες κοινωνικές εμπειρίες μπορούν να διαμορφώσουν ένα άτομο με τέτοιο τρόπο ώστε ψυχοπαθολογικές αναπτυξιακές πορείες είναι πιο πιθανό να ακολουθηθούν (Lee & Hankin 2009). Όσον αφορά στις εσωτερικευμένες διαταραχές, και συγκεκριμένα στις αγχώδεις διαταραχές και στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, επιδημιολογικά δεδομένα τις κατατάσσουν στις συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές κατά την εφηβεία. Οι πρώτες ανιχνεύονται σε ποσοστό 9,9% σε παιδιά 9 έως 16 ετών (Costello 2003), ενώ η δεύτερη σε ποσοστό 2,8% σε παιδιά κάτω των 13 ετών και 5,6% σε εφήβους 13 έως 18 ετών (Costello 2006).

Προοπτική μελέτη 350 εφήβων αποδεικνύει ότι ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης (αγχώδης ή αποφευκτικός) προβλέπει αλλαγές στα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Η σχέση μεταξύ αγχώδους προσκόλλησης, αλλά όχι αποφευκτικής, και μετέπειτα εμφάνισης εσωτερικευμένων συμπτωμάτων, φάνηκε να διαμεσολαβείται από δυσλειτουργικές στάσεις και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι επιδράσεις παρέμειναν και μετά τον έλεγχο για την ύπαρξη συνυπαρχόντων συμπτωμάτων (Lee 2009). Η έρευνα αποκαλύπτει τη συμβολή ενδοπροσωπικών (χαμηλή αυτοεκτίμηση) και διαπροσωπικών (δυσλειτουργικές στάσεις) παραγόντων που μεσολαβούν τη σχέση πρώιμων εμπειριών προσκόλλησης και εσωτερικευμένης ψυχοπαθολογίας. Παρομοίως, αναλύσεις συνεντεύξεων Δεσμού Ενηλίκων (Adult Attachment Interview, AAI), προσαρμοσμένων σε εφήβους, υποστηρίζουν ότι η ανασφαλής προσκόλληση συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων καθόλη τη διάρκεια της εφηβείας (Allen 2007).

Πρόσφατη διαχρονική μελέτη διερεύνησε μεταξύ άλλων τη συσχέτιση τόσο της μητρικής όσο και της πατρικής προσκόλλησης με την πορεία της κατάθλιψης από την εφηβεία στην αρχή της ενηλικίωσης (Agerup 2015). Συμμετείχαν 242 έφηβοι και αξιολογήθηκαν με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων Ερωτηματολογίων Διάθεσης και Συναισθημάτων (Mood and Feelings Questionnaire, MFQ) σε ηλικία 15 ετών και της Ημιδομημένης Ψυχιατρικής Διαγνωστικής Συνέντευξης για Παιδιά και Εφήβους (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime version, K-SADS-PL), σε ηλικία

20 ετών. Η προσκόλληση καταγράφηκε μέσω του Ερωτηματολογίου Καταγραφής της Προσκόλλησης σε Γονείς και Συνομηλίκους (Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA) σε ηλικία 15 ετών.

Λογιστική παλινδρόμηση πολυωνυμικού τύπου κατέδειξε ότι οι ανασφαλείς σχέσεις προσκόλλησης με τους δύο γονείς συνδέονται με την πορεία της κατάθλιψης. Η λιγότερο ασφαλής μητρική προσκόλληση συνδέθηκε και με τις τρεις ομάδες εφήβων που βίωσαν κατάθλιψη: εκείνη που δεν είχε κατάθλιψη αλλά εμφάνισε, εκείνη που διεγνώσθη με κατάθλιψη και ανάρρωσε, καθώς και εκείνη που εκδήλωσε κατάθλιψη και τη διατήρησε. Επίσης, οι έφηβοι που αναφέρουν λιγότερο ασφαλή πατρική προσκόλληση χαρακτηρίζονταν από κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης σε ηλικία 15 ετών και εν συνέχεια, είτε παρέμειναν σε κατάθλιψη είτε ανάρρωσαν. Τα ευρήματα δείχνουν ότι στο σύνολό της, η ανασφαλής προσκόλληση συνδέεται με την παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε εφήβους 15 έως 20 ετών.

Αναφορικά με τον ανασφαλή τύπο προσκόλλησης και την εμφάνιση καταθλιπτικών εκδηλώσεων, φαίνεται ότι η απώλεια της μητέρας (ως βασικού προσώπου φροντίδας) διαμεσολαβεί τη μεταξύ τους σύνδεση. Έχει καταδειχθεί ότι η παρατεταμένη απουσία ή ο θάνατος του γονέα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στη μετέπειτα ζωή του ατόμου. Σύμφωνα με ευρήματα κλινικής μελέτης, η συμπτωματολογία ασθενών με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο καθίσταται πιο σοβαρή σε περίπτωση που αυτοί έχουν βιώσει απώλεια του γονέα του ίδιου φύλου (Takeuchi 2003).

Η συχνότητα της εν λόγω απώλειας (θάνατος ή αποχωρισμός) μετρήθηκε κατά την παιδική και εφηβική ηλικία των ασθενών (έως την ηλικία των 16 ετών). Εξαιτίας του εύρους των ηλικιών καταγραφής της απώλειας του γονέα, δεν μπορούν να προκύψουν άμεσα ασφαλή συμπεράσματα ως προς την επίδραση της απώλειας στη διαδικασία προσκόλλησης. Ενδιαφέρον, όμως, προκαλεί το γεγονός ότι η σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι στατιστικά σημαντικότερη στις γυναίκες που έχουν βιώσει απώλεια της μητέρας (σε σύγκριση με αυτές που δεν την έχουν βιώσει), σε σχέση με τους άνδρες που έχουν βιώσει απώλεια του πατέρα (σε σύγκριση με αυτούς που δεν έχουν). Δεδομένου ότι η μητέρα

είναι συνήθως το βασικό πρόσωπο φροντίδας, θα μπορούσε, πιθανώς, η απώλεια της μητρικής φιγούρας να θεωρηθεί καίριας σημασίας για την εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών, παραπέμποντας σαφώς στη διαμόρφωση της προσκόλλησης.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, τρεις πιθανοί μηχανισμοί μπορεί να εμπλέκονται σε αυτήν τη διαδικασία. Η πρόωρη απώλεια του γονέα ενισχύει τη μαθημένη αβοηθησία, στερεί από τα παιδιά τα γονεϊκά πρότυπα αντιμετώπισης των δυσκολιών της ενήλικης ζωής και τα αφήνει με λιγότερη κοινωνική υποστήριξη σε περίπτωση εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην ενήλικη ζωή. Συνοψίζοντας, είναι πολύ πιθανό η μαθημένη αβοηθησία που επιφέρει η πρόωρη απώλεια του γονέα να σχετίζεται με τη διακοπή του συναισθηματικού δεσμού που αναπτύσσεται μεταξύ βρέφους και φροντιστή. Το εύρημα επαληθεύει προγενέστερη μελέτη η οποία εντοπίζει τη διαιώνιση του αισθήματος αβοηθησίας της παιδικής ηλικίας στην ενήλικη ζωή 225 γυναικών με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ιδιαίτερης, όμως, σημασίας είναι το γεγονός ότι το εν λόγω αίσθημα τόσο κατά την παιδική όσο και κατά την ενήλικη ζωή, σχετίζεται με την απώλεια της μητέρας στην παιδική ηλικία (λόγω θανάτου ή αποχωρισμού διάρκειας τουλάχιστον ενός έτους) (Harris 1990).

Οι συνθήκες φροντίδας και η ποιότητά τους πριν και μετά την απώλεια, όμως, φαίνεται να είναι τόσο σημαντικές για τον καθορισμό του κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης όσο και η ίδια η απώλεια. Όσον αφορά στην ευπάθεια εκδήλωσης τόσο αγχωδών διαταραχών όσο και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αυτή επηρεάζεται από τις εν λόγω εμπειρίες τόσο με τη μητέρα πριν από την απώλεια όσο και με άλλους φροντιστές μετά την απώλεια (Crowell 2005). Μάλιστα, σε μία ακόμη έρευνα που επιβεβαίωσε ότι η απώλεια της μητέρας πριν από την ηλικία των 17 ετών συνδέεται με την εκδήλωση ή/και την επιδείνωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην ενήλικη ζωή, βρέθηκε ότι η έλλειψη επαρκούς γονεϊκής μέριμνας μεσολαβεί την εν λόγω εκδήλωση ή/και επιδείνωση (Bifulco 1987). Συνολικά, η ελλειμματική γονεϊκή μέριμνα λειτουργεί ως παράγων ευπάθειας, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης σε περίοδο ενός έτους μετά την απώλεια.

Ο κίνδυνος αυτός, ωστόσο, συνδυάζεται ταυτόχρονα με την παρουσία ενός σοβαρού γεγονότος ζω-

ής ή μεγάλης δυσκολίας που λειτουργεί ως εκλυτικός παράγοντας. Η προγαμιαία εγκυμοσύνη, το διαζύγιο των γονέων και η αρνητική αίσθηση του εαυτού διαπιστώθηκε ότι μεσολαβούν τη συσχέτιση της έλλειψης φροντίδας στην παιδική ηλικία με την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή (Bifulco 1987).

Συνοψίζοντας, η τρυφερή σχέση με τη μητέρα ή άλλα πρόσωπα φροντίδας πριν την απώλεια, φαίνεται να προστατεύουν το παιδί από τις συνέπειές της. Μια συναισθηματικά μη διαθέσιμη μητέρα πριν την απώλεια ή/και μια αμελής φροντίδα μετά από αυτήν, μπορεί να αφήσει το παιδί απεγνωσμένα ευάλωτο, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους (Harris 1986).

Αναφορικά με τις αγχώδεις διαταραχές, σειρά μελετών καταδεικνύουν τη συσχέτισή τους με τη διακοπή του συναισθηματικού δεσμού. Ασθενείς με διαταραχή πανικού ανιχνεύθηκε ότι είχαν βιώσει συχνότερα πρώιμα τραυματικά γεγονότα ζωής σε σύγκριση με υγιή πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένου του αποχωρισμού από τους γονείς και του θανάτου του πατέρα (Bandelow 2002). Οι ασθενείς περιέγραψαν συνολικά τη γονεϊκή συμπεριφορά περισσότερο αυστηρή και λιγότερη φροντιστική και τρυφερή σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Μελέτη ενηλίκων με κοινωνική αγχώδη διαταραχή κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα (Bandelow 2004). Βρέθηκε ότι πέραν του οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού, η εμπειρία αποχωρισμού στην παιδική ηλικία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της διαταραχής κατά την ενήλικη ζωή.

Μετα-ανάλυση 46 μελετών έδειξε ότι η ανασφαλής/αμφιθυμική προσκόλληση έχει ισχυρή συσχέτιση με το άγχος. Η καταγραφή του άγχους είτε ως σύμπτωμα είτε ως διαταραχή και η εξέταση διαφορετικών ειδών του δεν διαφοροποίησαν το ως άνω εύρημα. Η συσχέτιση ήταν ισχυρότερη κατά τη διάρκεια της εφηβείας, σε συγχρονικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη και όταν η προσκόλληση, ως εσωτερικευμένο μοντέλο διεργασίας, και το άγχος μετρήθηκαν μέσω αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων (Colonnese 2011).

Παρόμοια μετα-ανάλυση υποστήριξε ότι η ανασφαλής προσκόλληση συνδέεται με μεταγενέστερα προβλήματα εσωτερικευσης, αν και τα μεγέθη επίδρασης δεν είναι ισχυρά. Σε 60 μελέτες βρέθηκε μικρή προς μέτρια συσχέτιση ανάμεσα στην απο-

φευκτική προσκόλληση και στα προβλήματα εσωτερικευσης ενώ 20 εξ αυτών εντόπισαν μικρή συσχέτιση ανάμεσα στην αποδιοργανωμένη προσκόλληση και στα εν λόγω προβλήματα (Madigan 2013). Σε παρόμοια αποτελέσματα είχε καταλήξει και προγενέστερη μετα-ανάλυση 32 μελετών (Groh 2012). Συγκεκριμένα, βρέθηκε μικρή αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ανασφαλούς προσκόλλησης και εσωτερικευμένων συμπτωμάτων, η οποία είναι ανεξάρτητη της ηλικίας αξιολόγησης των τελευταίων. Ωστόσο, η αποφευκτική προσκόλληση φάνηκε να προβλέπει με στατιστικώς σημαντικά τρόπο την κοινωνική απόσυρση.

ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Νευροβιολογικά ευρήματα συνδράμουν στην κατάδειξη και περαιτέρω κατανόηση της επίδρασης του συναισθηματικού δεσμού στην εκδήλωση αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Σε διαχρονική μελέτη 22 ετών, εξετάστηκε η επίδραση της ποιότητας της πρώιμης φροντίδας καθώς και της σχέσης μητέρας-βρέφους στη μορφολογική ανάπτυξη εγκεφαλικών δομών που σχετίζονται με τη συγκινησιακή συμπεριφορά και τη συναισθηματική επεξεργασία. Η ανασφαλής προσκόλληση, όπως καταγράφηκε σε ηλικία 18 μηνών, σχετίστηκε με μεγαλύτερους αμυγδαλικούς πυρήνες σε νεαρούς 22 ετών (Moutsiana 2015). Αν και έχει βρεθεί ότι μεγαλύτεροι αμυγδαλικοί πυρήνες συνδέονται με αρνητική συναισθηματικότητα, ευαισθησία σε αρνητικές εμπειρίες (Gerritsen 2012) και αυξημένα επίπεδα άγχους (Qin 2014), στο παρόν δείγμα δεν καταγράφεται καμία συσχέτιση μεταξύ αγχωδών ή καταθλιπτικών εκδηλώσεων και όγκου της αμυγδαλής.

Παρόμοια αποτελέσματα κατέδειξε και τριακονταετής μελέτη κοινωνικο-οικονομικά ευάλωτων και ιδιαίτερα διαταραγμένων οικογενειών που αξιολόγησε τη σύνδεση της αποδιοργανωμένης προσκόλλησης με τη μορφολογία της αμυγδαλής (Lyons-Ruth 2016). Ο αυξημένος όγκος του αριστερού αμυγδαλικού πυρήνα στην ενήλικη ζωή συνδέθηκε με αποδιοργανωμένη προσκόλληση, όπως μετρήθηκε σε ηλικία 18 μηνών, καθώς και με αποσυνδεδετικές διαταραχές και ευερεθιστότητα. Ωστόσο, τα ευρήματα δεν χαρακτηρίζονται από πλήρη συνέπεια. Δεξιοί αμυγδαλικοί πυρήνες, και

ειδικά ο κεντρικός και το σύμπλεγμα των βασικών-έξω, βρέθηκαν μικρότεροι σε ασθενείς με ιστορικό παιδικού τραύματος, συμπεριλαμβανομένης και της συναισθηματικής παραμέλησης (Veer 2015).

Αν και ο τύπος προσκόλλησης είναι γενικά αποδεκτό ότι επιδρά στη δημιουργία και διατήρηση των κοινωνικών δεσμών μεταξύ των ανθρώπων, λίγα είναι γνωστά σχετικά με το νευροβιολογικό υπόστρωμα των κοινωνικών και συναισθηματικών λειτουργιών που διαμεσολαβούνται από τη διαδικασία προσκόλλησης. Πρόσφατη μελέτη προτείνει ένα λειτουργικό νευροανατομικό δίκτυο που εμπλέκεται στην αντίληψη και τη ρύθμιση των κοινωνικών συναισθηματικών πληροφοριών και το οποίο διαφοροποιείται βάσει της ασφάλειας ή μη της προσκόλλησης. Το δίκτυο, αποτελούμενο από φλοιικές και υποφλοιικές περιοχές, αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίον ο τύπος προσκόλλησης (διαμορφωμένος μέσω αλληλεπίδρασης της προσωπικής ιστορίας και προδιαθέσεων ενός ατόμου) μπορεί να επηρεάσει την τάση προσέγγισης ή αποστροφής (ασφάλεια έναντι απειλής) στις κοινωνικές συναναστροφές (Vrtička 2012).

Αρκετές μελέτες επίσης, αποδεικνύουν ότι τα παιδιά με ανασφαλή προσκόλληση εμφανίζουν μεγαλύτερη φυσιολογική απαντητικότητα στο στρες, όπως υποδεικνύει η αυξημένη έκκριση κορτιζόλης σε συνθήκες νεογνικού στρες όπως ο αποχωρισμός (Moutsiana 2015). Επίσης, μόνο τα νήπια με ανασφαλή προσκόλληση παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης μετά από έκθεση σε νέα ερεθίσματα, συγκρινόμενα με εκείνα με ασφαλή προσκόλληση (Nachmias 1996).

Μελέτες σε επίμυες έχουν αποδείξει ότι η μητρική συμπεριφορά προς το νεογνό διαμορφώνει τις συμπεριφορικές και νευροενδοκρινικές απαντήσεις στο στρες στην ενήλικη ζωή. Στην ενήλικη ζωή, οι απόγονοι που δέχτηκαν υψηλή φροντίδα (εκφρασμένη μέσω συμπεριφορών γλειψίματος και περιποίησης από τις μητέρες), χαρακτηρίζονται από μειωμένη έκκριση φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης και κορτικοστερόνης σε συνθήκες στρες, σε σύγκριση με εκείνους που δέχτηκαν χαμηλή φροντίδα (Cameron 2005). Επιπλέον, οι πρώτοι έχουν μειωμένη mRNA έκφραση των υποδοχέων γλυκοκορτικοειδών στον ιππόκαμπο, γεγονός που επηρεάζει τη λειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων βελτιώνοντας την ικανότητα αντιμετώπι-

σης του στρες και την προσαρμοστικότητα. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, οι επίμυες με υψηλή μητρική φροντίδα επιδεικνύουν μειωμένες αντιδράσεις ξαφνιάσματος και αυξημένη εξερεύνηση του πεδίου (Cameron 2005). Τα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από έρευνα που υποστηρίζει την αγχολυτική δράση αντικαταθλιπτικών σε επίμυες με νεογνικό αποχωρισμό (Fish 2004).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εξετάστηκαν πτυχές της επίδρασης της ανασφαλούς προσκόλλησης στην εκδήλωση διαταραχών εσωτερίκευσης σε παιδιά και εφήβους. Ωστόσο, δεν στοιχειοθετείται ότι η μη συνεπής και σταθερή σχέση προσκόλλησης του παιδιού με τον φροντιστή του προκαλεί εμφάνιση ψυχοπαθολογίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία άμεσα και με γραμμικό τρόπο. Αντίθετα, η πιθανή διαταραχή των αναπτυξιακών διαδικασιών που μπορεί να επιφέρει εκδήλωση ψυχοπαθολογίας, διαμεσολαβείται από σειρά βιολογικών, ψυχολογικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων. Σε κάθε περίπτωση, όμως, ο συναισθηματικός δεσμός αποτελεί ορόσημο στη ζωή του ανθρώπου. Την αξία της ποιότητας της φροντίδας του παιδιού στα πρώτα χρόνια ζωής για την ψυχοσυναισθηματική του υγεία, πιστοποιούν πολυάριθμες κλινικές και πειραματικές μελέτες.

Κλινικές διαχρονικές μελέτες (προοπτικές και αναδρομικές) εφήβων αποκαλύπτουν τη συσχέτιση της ανασφαλούς προσκόλλησης με την παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Όσον αφορά ειδικά στην αγχώδη προσκόλληση, δυσλειτουργικές στάσεις και χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδράμουν στην εμφάνιση εσωτερικευμένων συμπτωμάτων. Εκ των κρισιμότερων παραγόντων κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης στη μετέπειτα ζωή του ατόμου αποδεικνύεται ο αποχωρισμός και η συνεπακόλουθη απώλεια του δεσμού. Η μαθημένη αβοηθησία που επιφέρει η πρόωρη απώλεια του γονέα, λόγω παρατεταμένης απουσίας ή θανάτου, εμπλέκεται στην εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Ερευνητικά δεδομένα υπογραμμίζουν τη βαρύτητα της απώλειας της μητρικής φιγούρας, καθώς αυτή σχετίζεται περισσότερο με ενεργή και επιβαρυνμένη καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε σύγκριση με εκείνη της πατρικής. Η ελλειμματική παροχή φροντίδας, η οποία είναι συχνότερη μετά την απώλεια της

μητέρας, ερμηνεύει το ως άνω εύρημα. Ωστόσο, οι συνθήκες φροντίδας και η ποιότητά τους πριν και μετά την απώλεια, κρίνονται σημαντικές για τον καθορισμό της ευπάθειας εκδήλωσης εσωτερικευμένων διαταραχών

Σειρά πρόσφατων μετα-αναλύσεων συμφωνούν στην ύπαρξη μικρής έως μέτριας μεν, στατιστικώς σημαντικής δε, συσχέτισης μεταξύ ανασφαλούς συναισθηματικού δεσμού και αγχώδους συμπτωματολογίας. Κλινικά ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν βιώσει συχνότερα εμπειρίες αποχωρισμού στην παιδική ηλικία σε σύγκριση με υγιή πληθυσμό, ενώ η αποφευκτική προσκόλληση βρέθηκε να προβλέπει στατιστικώς σημαντικά την κοινωνική απόσυρση.

Νευροβιολογικά και νευροφυσιολογικά ευρήματα επιβεβαιώνουν την επίδραση του συναισθηματικού δεσμού στην εκδήλωση αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Η ανασφαλής σχέση μητέρας-βρέφους και η επίδρασή της στην ποιότητα της πρώιμης φροντίδας σχετίζεται με ύπαρξη μεγαλύτερων αμυγδαλικών πυρήνων. Οι τελευταίοι παραπέμπουν σε συναισθηματική ευπάθεια, αυξάνοντας τον κίνδυνο εκδήλωσης διαταραχής εσωτερίκευσης. Προτείνεται επίσης, ότι η αίσθηση ασφάλειας ή ανασφάλειας που διαμορφώνει ο τύπος προσκόλλησης, διαμεσολαβεί τη λειτουργία νευροανατομικού δικτύου υπεύθυνου για τη ρύθμιση των κοινωνικών συναισθηματικών πληροφοριών.

Αναγκαία προβάλλει η περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης της ανασφαλούς προσκόλλησης στην εμφάνιση αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Η εν τω βάθει κατανόηση των μηχανισμών των αναπτυξιακών διαδικασιών που συμβάλλουν στην εκδήλωση διαταραχών εσωτερίκευσης, αναμένεται να επιφέρει σημαντικά θετικά αποτελέσματα στο έργο της κλινικής εργασίας με εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα που άπτονται της εν λόγω συσχέτισης, στοιχειοθετούν την ανάγκη επισήμανσης της αξίας του συναισθηματικού δεσμού από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ευαισθητοποίηση των προσώπων φροντίδας ως προς την ανάγκη των παιδιών για συναισθηματική επαφή και ασφάλεια και η πολύτροπος στήριξή τους, προβάλλει ως αναντίρρητο αίτημα για την επίτευξη της διαρκούς και αδιατάρακτης προσκόλλησης.

ATTACHMENT AND INTERNALIZING DISORDERS A DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY PERSPECTIVE

A. Kalavris,¹ Eir. Karamani²

¹Psychologist,

²Child Psychologist

Child and Adolescent Psychiatry 2015–2016, 3–4:65–73

The effect of attachment in appearance of developmental psychopathology became increasingly clear. Numerous clinical and experimental studies have been conducted to investigate the insecure attachment as a risk factor for onset of later internalizing disorders. In this paper, we focus on major depressive disorder and anxiety disorders. Firstly, an introduction to attachment theory is presented. This is followed by an overview of the most significant research data that verify the association between insecure attachment and internalizing disorders in children and teenagers as well as the mediator factors. A brief reference to neurobiological and neurophysiological data that confirms the above mentioned association is made. However, the clarification of the specific role of insecure attachment in the appearance of internalizing disorders remains necessary.

Key words: Attachment, developmental psychopathology, internalizing disorders, anxiety disorders, major depressive disorder

Βιβλιογραφία

- Agerup T, Lydersen S, Wallander J, Sund A. Associations Between Parental Attachment and Course of Depression Between Adolescence and Young Adulthood. *Child Psychiatr Hum Developm* 2015, 46:632–642
- Ainsworth MS. Infant-mother attachment. *Am Psychol* 1979, 34: 932–937
- Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Developm* 1970, 41:49–67
- Allen JP, Porter M, McFarland C, McElhane KB, Marsh P. The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Developm* 2007, 78:1222–1239
- Bandelow B, Spath C, Tichauer GA, Broocks A, Hajak G, Ruther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehens Psychiatry* 2002, 43:269–278
- Bandelow B, Torrente AC, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Ruther E. Early traumatic life events, parental rearing styles family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004, 254:397–405
- Bifulco AT, Brown GW, Harris TO. Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: A replication. *J Affect Disord* 1987, 12:115–128
- Bowlby J. Attachment and loss, Attachment. New York, Basic Books, 1969, 1
- Bretherton I. Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monograph Soci Research in Child Developm* 1985, 50:3–35
- Cameron NM, Champagne FA, Parent C, Fish EW, Ozaki-Kuroda K, Meaney MJ. The programming of individual differences in defensive responses and reproductive strategies in the rat through variations in maternal care. *Neurosci Biobehavior Rev* 2005, 29:843–865
- Cohen LJ, Ardan F, Tanis T, Halmi W, Galynker I, Von Wyl A, Hengartner, MP. Attachment anxiety and avoidance as mediators of the association between childhood maltreatment and adult personality dysfunction. *Attachm Hum Developm* 2017, 19:58–75
- Colonesi C, Draijer EM, Jan JMS, Van der Bruggen CO, Bogels SM, Nboom MJ. The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011, 40:630–645
- Costello EJ, ErkanliA, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatr Allied Disciplin* 2006, 47:1263–1271
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gener Psychiatry* 2003, 60:837–844
- Crowell JA, Treboux D. A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Soc Developm* 1995, 4:294–327

- Crowell J, Waters E. Attachment representations, secure-base behavior, and the evolution of adult relationships: The Stony Brook Adult Relationship Project. In: Grossmann KE, Grossmann K, Waters E (eds) *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York, Guilford Press 2005:223–244
- Feeney JA, Noller P. *Adult attachment*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996
- Feldman RS. *Εξελικτική ψυχολογία: διά βίου ανάπτυξη*. Τόμος Α' Επιμέλεια: Μπεζεβέγκης Η. Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg, 2009
- Fish EW, Faccidomo S, Gupta S, Miczek KA. Anxiolytic-like effects of escitalopram, citalopram, and R-citalopram in maternally separated mouse pups. *J Pharmacol Experiment Therapeut* 2004, 308:474–480
- Gerritsen L, Rijpkema M, van Oostrom I, Buitelaar J, Franke B, Fernandez G, Tendolkar I. Amygdala to hippocampal volume ratio is associated with negative memory bias in healthy subjects. *Psychologic Med* 2012, 42:335–343
- Groh AM, Roisman GI, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Developm* 2012, 83:591–610
- Guttman-Steinmetz S, Crowell JA. Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006 45:440–451
- Harlow HF, Zimmermann RR. Affectional responses in the infant monkey: Orphaned baby monkeys develop a strong and persistent attachment to inanimate surrogate mothers. *Science* 1959, 130:421–432
- Harris TO, Brown GW, Bifulco AT. Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *J Affect Disord* 1990, 20:27–41
- Harris T, Brown GW, Bifulco A. Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: The role of lack of adequate parental care. *Psychologic Med* 1986, 16:641–659
- Lee A, Hankin BL. Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009, 38:219–231
- Lyons-Ruth K, Pechtel P, Yoon SA, Anderson CM, Teicher MH. Disorganized attachment in infancy predicts greater amygdala volume in adulthood. *Behaviour Brain Research* 2016, 308:83–93
- Madigan S, Atkinson L, Laurin K, Benoit D. Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Development Psychol* 2013, 49:672–689
- Moskowitzm A, Schäfer I, Dorahy MJ. *Psychosis, trauma, and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*. West Sussex: Wiley-Blackwell, 2008
- Moutsiana C, Johnstone T, Murray L, Fearon P, Cooper PJ, Pliatsikas C et al. Insecure attachment during infancy predicts greater amygdala volumes in early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatr Alli Discipl* 2015, 56:540–548
- Nachmias M, Gunnar M, Mangelsdorf S, Parritz RH, Buss K. Behavioral inhibition and stress reactivity: The moderating role of attachment security. *Child Developm* 1996, 67:508–522
- Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε. Ο δεσμός της αγάπης: Στοιχεία της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού μέσα από τη νεοψυχχαναλυτική σκέψη. Αθήνα, Πεδίο, 2012
- Qin S, Young CB, Duan X, Chen T, Supekhar K, Menon V. Amygdala subregional structure and intrinsic functional connectivity predicts individual differences in anxiety during early childhood. *Biologic Psychiatry* 2014, 75:892–900
- Takeuchi H, Hiroe T, Kanai T, Morinobu S, Kitamura T, Takahashi K et al. Childhood parental separation experiences and depressive symptomatology in acute major depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003, 57:215–219
- Veer IM, Oei NYL, van Buchem MA, Spinhoven P, Elzinga BM, Rombouts SARB. Evidence for smaller right amygdala volumes in post-traumatic stress disorder following childhood trauma. *Psychiatry Research Neuroimag* 2015, 233:436–442
- Vrtička P, Vuilleumier P. Neuroscience of human social interactions and adult attachment style. *Front Hum Neurosci* 2012, 6:212
- Waters E, Crowell J, Elliott M, Corcoran D, Treboux D. Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work(s) in progress. *Attachm Hum Developm* 2002, 4:230–242

ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ: ΜΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Κ. Παπαδάκη,¹ Α. Γιαννούλης²

¹Κλινικός Ψυχολόγος, MSc, Επιστημονικά Υπεύθυνη Ξενώνα ΨΚΑ, ΕΠΑΨΥ,

²Ψυχίατρος, ΚΨΥ Αγίων Αναργύρων, ΨΝΑ Δαφνί, Αθήνα

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:74–81

Τραυματικές εμπειρίες είναι συνήθεις σε μεγάλο ποσοστό στο ανθρώπινο είδος. Η επιστημονική κατανόηση και αντιμετώπιση των συνεπειών τους, εντάσσεται και εξελίσσεται εντός του εκάστοτε ιστορικού, επιστημονικού, κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου. Η σπουδαιότητα ανάδειξης και διαχείρισης του τραύματος σε παιδιά και εφήβους καταδεικνύεται σε μελέτες που το συσχετίζουν αιτιοπαθογενετικά με την ανάπτυξη σωματικής και ψυχικής ευαλωτότητας ή και την εμφάνιση παθολογίας στη μετέπειτα ζωή. Το παρόν άρθρο εστιάζει στην ανάδειξη του ρόλου τόσο της ψυχολογικής όσο και της νευροφυσιολογικής συνιστώσας κατά την ανάπτυξη παιδιών και εφήβων, όπως αυτές ανευρίσκονται σε όλα τα στάδια της πορείας του τραύματος, από την εμφάνιση και εγκατάσταση της διαταραχής έως τη θεραπεία και την ολιστική αντιμετώπισή του. Επιπρόσθετα στην κατανόηση και αντιμετώπιση του τραύματος, καθοριστικός παράγοντας θεωρείται ο τρόπος που βιώνεται από το νεαρό άτομο, βάσει της ποιότητας των οικογενειακών δεσμών και των αμυντικών μηχανισμών προστασίας που έχει αναπτύξει.

Λέξεις ευρετηρίου: Τραυματικές εμπειρίες, ψυχικό τραύμα, νευροφυσιολογία του τραύματος, διαταραχή, ολιστική αντιμετώπιση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι τραυματικές εμπειρίες αφορούν σε ψυχική, σωματική ή λεκτική κακοποίηση όπως σοβαρό ατύχημα, φυσική καταστροφή, γενικευμένη απειλή βίας από πολέμους, τρομοκρατικές ενέργειες, μετανάστευση, κ.ά. Επιπροσθέτως, τα ακραία φαινόμενα της σύγχρονης εποχής, όπως η συνεχώς αυξανόμενη χρήση βίας σε ολόκληρο τον πλανήτη με συνεχείς πολέμους, τρομοκρατικές ενέργειες και κύματα εκτομμυρίων προσφύγων, ή τα θύματα φυσικών καταστροφών καθιστούν επίκαιρη και επιτακτική την ανάγκη ανάδειξης των επιπτώσεών τους σε νεαρά άτομα και την κατανόηση των επακόλουθων συνεπειών. Έχει αποδειχθεί ότι το τραύμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου πρόκλησης σοβαρής και εκτεταμένης ψυχικής βλάβης και δυσλειτουργίας (Μπούρας & Λαζαράτου 2012).

Υπάρχουν ολοένα αυξανόμενες ενδείξεις ότι, το ψυχολογικό τραύμα οδηγεί σε αυξανόμενα επίπεδα στρες και διάσχισης, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν τη λειτουργία του σώματος και ειδικά την εμφάνιση χρόνιου άγχους. Το χρόνιο άγχος προκαλεί μακροχρόνιες χημικές αλλαγές στο σώμα, οι οποίες οδηγούν περαιτέρω σε διεργασίες χρόνιων και επιμενουσών ασθενειών (Levine & Frederick 1997). Ακόμα και όταν η τραυματική εμπειρία δεν επιφέρει μετατραυματικό άγχος, εμφανίζονται εγκεφαλικές αλλαγές που επηρεάζουν την ικανότητα επαρκούς διαχείρισης του στρες σε όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου (Mache et al 2009).

Το τραύμα συνεπάγεται περαιτέρω σε θεμελιώδη αναδιοργάνωση του τρόπου που ο εγκέφαλος και ο νους «αντιλαμβάνεται» και καταφέρνει να επιβιώνει στο παρόν. Το τραύμα κατά τον Van Del Kolk (2014) «δεν είναι μόνο ένα γεγονός που έλαβε χώρα κάποια στιγμή στο παρελθόν» είναι επίσης το αποτύπωμα που άφησε αυτή ίδια η εμπειρία του γεγονότος στον νου, τον εγκέφαλο και το σώμα».

Η σωματική και ψυχολογική αντίδραση του ατόμου μετά από ένα σοβαρό τραυματικό γεγονός όπως, δυσκολία στον ύπνο και τη διατροφή, άγχος ή αποστασιοποίηση είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες. Όταν όμως τα διάφορα ψυχικά και σωματικά συμπτώματα αποκτούν μεγάλη ένταση, εντοπίζονται με μεγάλη συχνότητα και αποκτούν μεγάλη διάρκεια, συντελούν στη δόμηση διαταραχής μετατραυματικού στρες, η οποία δημιουργεί δυσλειτουργία

στο άτομο και χρήζει εξειδικευμένης αντιμετώπισης (Rothschild 2000).

Σε πρόσφατη έρευνα, μελετήθηκε η συσχέτιση που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στα προβλήματα ψυχικής υγείας που εμφανίζει ένα νεαρό άτομο και στην εμφάνιση ψυχικών δυσκολιών όπως μελλοντικό άγχος και ψυχοπαθολογία στην ενήλικη ζωή, σε άτομα που έχουν βιώσει ψυχολογικό τραύμα σε πρώιμη φάση της ζωής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παράγοντες όπως αυτο-οργάνωση και ήπια προβλήματα συμπεριφοράς λόγω τραυματικών εμπειριών στη νεαρή ηλικία, δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν με βεβαιότητα ως προγνωστικοί παράγοντες, σε θέματα παρουσίας ή όχι ψυχικών προβλημάτων και δείκτες ικανοποίησης ζωής των ενηλίκων. Τα συναισθηματικά προβλήματα των εφήβων όμως (προκαλούμενα από τραύμα), φαίνεται να έχουν αντιστρόφως ανάλογη σχέση με δείκτες ποιότητας ζωής και συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης του ατόμου στην ενήλικη ζωή (Nishida et al 2016).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η μοντέρνα θεώρηση περί ψυχικού τραύματος εξελίχθηκε από δύο πηγές δεδομένων και θεωρητικών προσεγγίσεων. Η πρώτη αφορά στην Ψυχαναλυτική Θεωρία του Sigmund Freud, ο οποίος στην αρχική του προσέγγιση υποστήριξε ότι τα υστερικά συμπτώματα γυναικών οφείλονται σε σεξουαλική κακοποίηση, η μνήμη της οποίας έχει απωθηθεί στο ασυνείδητο. Συνεχίζοντας τους ορισμούς της αρχαίας ελληνικής ιατρικής και φιλοσοφίας, ο Freud τόνισε το αδιάσπαστο της ψυχικής και σωματικής ενότητας, υποστηρίζοντας ότι απωθημένες ασυνείδητες συγκρούσεις συμβάλλουν τόσο στην εμφάνιση ψυχικών δυσκολιών όσο και στην αλλαγή των φυσιολογικών λειτουργιών των οργάνων του σώματος. Ακολουθώντας στον χρόνο, προστέθηκε το δεδομένο της ασυνείδητης φαντασίωσης αν όχι του πραγματικού γεγονότος κακοποίησης. Το τραύμα θεωρείται η ψυχική υπερφόρτωση, λόγω κατακλυσμού του Έγώ από στρεσογόνα ερεθίσματα, που είναι ικανά να διασπάσουν τον φραγμό που περιβάλλει το ψυχικό όργανο –στον ψυχικό κόσμο (Freud 1920). Τούτα βιώνονται εσωτερικά ως άγχος και συνοδεύονται από σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Η ίδια η έννοια του τραύματος μετατράπηκε εν συνεχεία σε μια δομική οικουμενική έννοια στο κέντρο της οικοδόμησης του

ψυχισμού και όχι μόνο της παθολογίας. Έτσι λοιπόν, η ψυχαναλυτική προσέγγιση συμπεριλαμβάνει πραγματικά και φαντασιωσικά στοιχεία στην κατανόηση του τραύματος, με τρόπο που το άτομο αναβιώνει ασυνείδητες οιδιποδιακές φαντασιώσεις (Freud & Breuer 1895).

Το θέμα του ψυχικού τραύματος επανήλθε στην επικαιρότητα δύο δεκαετίες αργότερα, με αφορμή τις αντιδράσεις χιλιάδων στρατιωτών του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Τα αποκρουστικά και δυσβάσταχτα βιώματά τους, έκαναν πολλούς να καταρρέουν ψυχικά και να εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της υστερίας, ακόμα και απουσία σωματικού τραύματος. Κλάμα, ουρλιαχτά, τρόμοι, αφωνία, τύφλωση, απώλεια μνήμης, επιπέδωση του συναισθήματος, αποπροσωποποίηση κ.ά. ήταν μόνο μερικά από αυτά. Ενώ αρχικά θεωρήθηκε ότι είναι το αποτέλεσμα οργανικών παραμέτρων, σύντομα έγινε κατανοητό ότι τα αίτια του τραύματος είναι ψυχικής φύσεως. Η κατανόηση και αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων άρχισε να οριστικοποιείται μετά τη λήξη του πολέμου του Βιετνάμ, με την εμφάνιση της κλινικής οντότητας του «Συνδρόμου Μετατραυματικού Στρες» αλλά και του «Οξέος Μετατραυματικού Στρες», που αποτέλεσαν τις επίσημες διαγνώσεις που αφορούν στις συνέπειες ψυχικών τραυμάτων. Στα χρόνια που ακολούθησαν, αναπτύχθηκε έτσι, μια μεγάλη προσπάθεια ερευνητικής προσέγγισης του φαινομένου, η οποία κατέδειξε μεγαλύτερο από ό,τι πιστευόταν έως τότε, ποσοστό του εν λόγω συνδρόμου (5–10% στις ΗΠΑ) (Scheeringa 2008).

Ο ορισμός και η δομή του Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), (Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες) στο DSM-IV-TR έρχεται επαναπροσδιορισμού, και βασική αιτία αποτέλεσε η έλλειψη αναπτυξιακών προοπτικών στην πλήρη τους μορφή (Koenen 2010). Η τρέχουσα έκδοσή του DSM-5 προσδιορίζει διαγνωστικά κριτήρια για εφήβους και παιδιά άνω των 6 ετών στην κατηγορία των ενηλίκων (με διακριτικές υποσημειώσεις για παιδιά), ενώ καθορίστηκαν κριτήρια για διάγνωση PTSD σε παιδιά κάτω των 6 ετών.

ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Η νευροφυσιολογία εστιάζει ερευνητικά στο νευροφυτικό σύστημα, αναδεικνύοντας τις συνδέσεις μεταξύ του ψυχικού και οργανικού παράγοντα. Η

τραυματική εμπειρία ειδικότερα, καταλύει όλους τους μηχανισμούς που το άτομο διαθέτει για να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις, οδηγώντας το έτσι, σε δυσλειτουργία με αισθήματα ανεπάρκειας, φόβου, μειονεξίας και απελπισίας (APA 2000).

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου οργανισμού είναι μια πολυσύνθετη διαδικασία, η οποία επηρεάζεται από ένα ευρύ φάσμα αλληλεπιδράσεων μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι πρόσφατες εξελίξεις στη μελέτη της εμβρυϊκής, νεογνικής και βρεφικής ηλικίας μέσω της συμπεριφορικής γενετικής, σε συνδυασμό με τις εγκεφαλικές απεικονιστικές μεθόδους, έχουν επιτρέψει την πιο ενδελεχή διερεύνηση της επίδρασης του στρες και του ψυχικού τραύματος κατά τη διάρκεια της βρεφονηπιακής ηλικίας στην ανάπτυξη του εγκεφάλου.

Ο προμετωπιαίος φλοιός, ο ιππόκαμπος και η αμυγδαλή ανήκουν στις εγκεφαλικές περιοχές που διακρίνονται από τη μεγαλύτερη νευρωνική πλαστικότητα και η μυελίνωση των οποίων επιτελείται με αυξημένο ρυθμό στην εφηβεία και δεν ολοκληρώνεται μέχρι την ηλικία των 30 ετών. Η ανωριμότητα λοιπόν του μεταχιακού συστήματος και του νεοφλοιού κάνουν τα παιδιά πιο ευάλωτα από ό,τι οι ενήλικες στις επιδράσεις του στρες. Το μεταχιακό σύστημα συνδέεται στενά με τις συναισθηματικές εμπειρίες και αντιδράσεις, τη μνήμη και τη μάθηση.

Η αμυγδαλή εμφανίζεται την 5η εβδομάδα της εμβρυϊκής ζωής, η μυελίνωσή της ξεκινάει τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση και η ωρίμανσή της φαίνεται να επιτυγχάνεται νωρίτερα από αυτή του ιπποκάμπου. Οι απαντήσεις στα βλαπτικά ή τα ευχάριστα ερεθίσματα στα οποία εκτίθεται το παιδί κατά το προγλωσσικό στάδιο της ανάπτυξής του, κωδικοποιούνται και αποθηκεύονται ως πρώιμες μνημονικές εγγραφές, οι οποίες αργότερα μπορεί να μην είναι προσπελάσιμες. Το στρες (ψυχοπιεστική κατάσταση), το άγχος ή ο φόβος ενεργοποιούν μέσω κατεχολαμινών την αμυγδαλή, η οποία με τη σειρά της θέτει σε λειτουργία το σύστημα του στρες, μέσω των διασυνδέσεών της με τον υποθάλαμο. Η ενεργοποίηση της αμυγδαλής είναι, επίσης, σημαντική για τη μνημονική ανάκληση της συναισθηματικής κατάστασης (σπλαγχνικές εμπειρίες) του οργανισμού κατά την έκθεσή του σε παρόμοιες συνθήκες (state-dependent memories). Αυτή η επανενεργοποίηση των πρώιμων αναμνήσεων, μέσω της παλίνδρομης ρύθμισης του ANS, μπορεί να προκαλέσει την περαιτέρω ενεργο-

ποίηση της αμυγδαλής, την έκκριση νευροδιαβιβαστών και την αλλαγή αλλοίωσης των νευρωνικών συστημάτων.

Η παρατεταμένη έκθεση στις ορμόνες του στρες κατά την προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο επιδρά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και την ψυχική υγεία. Το μητρικό στρες, το άγχος και η κατάθλιψη έχουν ως αποτέλεσμα την υπερδραστηριότητα του ΥΥΕ άξονα (Υπόφυση, Υποθάλαμος, Επινεφρίδια), που ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών του στρες και διαμεσολαβεί στη συμπεριφορική προσαρμοστική αντίδραση του βρέφους σε στρεσογόνα γεγονότα. Οι πρώιμες εμπειρίες, ειδικότερα η ποιότητα και η ποσότητα της μητρικής φροντίδας, μαζί με ορισμένους γενετικούς παράγοντες, ρυθμίζουν τη δραστηριότητα των γονιδίων που σχετίζονται με το στρες και τον ΥΥΕ άξονα, συμβάλλοντας στη μετέπειτα ευαλωτότητα για εκδήλωση ψυχικής διαταραχής. Τα παιδιά που εκτίθενται σε χρόνιο στρες εμφανίζουν χαμηλό ουδό εγρήγορσης, με αποτέλεσμα να αντιδρούν έντονα σε ερεθίσματα τα οποία άλλα παιδιά δεν αντιλαμβάνονται ως απειλητικά. Δείχνουν ιδιαίτερη προσοχή σε μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως στη βλεμματική επαφή ή στο άγγιγμα, τις οποίες εύκολα και γρήγορα ερμηνεύουν ως σημεία ενδεικτικά παρόντος κινδύνου. Η διαρκής εγρήγορση-επαγρύπνηση και η συναισθηματική φόρτιση επιδρούν αρνητικά στη μάθηση, και το παιδί δύναται να εμφανίσει ασυνήθιστη ή αλλόκοτη συμπεριφορά, ακόμη κι όταν βρεθεί σε ασφαλές περιβάλλον, όπως π.χ. στη σχολική τάξη.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Ο όρος παιδικό ψυχικό τραύμα αναφέρεται στο τραύμα που λαμβάνει χώρα πριν το 18ο έτος, δηλαδή, πριν την ολοκλήρωση της σωματικής και ψυχονοητικής ανάπτυξης του ατόμου. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου του κύκλου ζωής όπου δεν έχει ολοκληρωθεί η ψυχοδιανοητική ανάπτυξη του ατόμου, όπως και το σύνολο των νοητικών, γνωστικών και συναισθηματικών του λειτουργιών, το ψυχικό τραύμα που επισυμβαίνει είναι ακόμη πιο επιζήμιο, με ευρύτερες και σοβαρότερες συνέπειες (Bishop et al 2014).

Το ερώτημα που έχει τεθεί λίγες δεκαετίες πριν, αν δηλαδή μικρά παιδιά έως 10 ετών μπορεί να βιώσουν PTSD, έχει πλέον απαντηθεί θετικά. Καθοριστική συμβολή είχε η συνειδητοποίηση ότι τα παιδιά δεν

είναι απλώς «μικροί ενήλικες» άρα πρέπει να έχουν διαφορετικό τρόπο αξιολόγησης, διάγνωσης και αντιμετώπισης (Cook et al 2005).

Οι Lawson & Quinn (2013) τονίζουν τη δυσκολία κατανόησης των αντιδράσεων που αφορούν στις τραυματικές εμπειρίες σε νεαρά παιδιά, λόγω αδυναμίας (ανωριμότητας) λεκτικής έκφρασης και την ανάγκη παρεμβάσεων προσαρμοσμένων αναλόγως της ηλικίας του παιδιού.

Τα παιδιά που δεν θα μπορέσουν να το εκφράσουν λεκτικά, θα το εκφράσουν με άλλους τρόπους και συμπεριφορές όπως, φοβίες να κοιμηθούν, νυχτερινούς τρόμους, άσθμα ή άλλες αναπνευστικές δυσκολίες (Barenbaum et al 2004). Όσο πιο μικρό είναι το παιδί, τόσο πιο συχνά χρησιμοποιεί τον σωματικό δρόμο για να εκφράσει τη δυσφορία του. Καθώς το παιδί μεγαλώνει, το σώμα εξακολουθεί να «θυμάται» και αναβιώνει το τραύμα έτσι ώστε οι σωματικοί πόνοι και η συμπτωματολογία να συνδέονται άμεσα με τις τραυματικές αναμνήσεις (Σωματικές Αναδρομές στο Παρελθόν-somatic flash backs). Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενα όνειρα και αναμνήσεις (flash backs) σχετικά με την τραυματική εμπειρία, συμπεριφορές αποφυγής, κ.ά.

Το παιδικό τραύμα δύναται να προκληθεί από ποικιλία εμπειριών που μπορεί να βιώσει το αναπτυσσόμενο άτομο, οι κυριότερες από τις οποίες, κατά τους Martins et al (2011) είναι: (α) η σωματική κακοποίηση, που ορίζεται ως η εκ προθέσεως άσκηση σωματικής βίας στο παιδί και η οποία ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, την ανάπτυξη και την αξιοπρέπεια του παιδιού, (β) η σεξουαλική κακοποίηση που ορίζεται ως η εμπλοκή του παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα, την οποία δεν κατανοεί πλήρως, και με την οποία δεν είναι σε θέση να συγκατατεθεί, (γ) η συναισθηματική και η ψυχολογική κακοποίηση, η οποία περιλαμβάνει απειλές, εκφοβισμό, μεροληπτική συμπεριφορά, απόρριψη, γελοιοποίηση και κακομεταχείριση και (δ) η παραμέληση του παιδιού στους τομείς της υγείας, της μόρφωσης, της διατροφής και της ασφαλούς διαβίωσης.

Κοινωνικοί παράγοντες, όπως φτώχεια, ανεργία, κοινωνική απομόνωση και κατώτερου επιπέδου εκπαίδευση, ευνοούν και επηρεάζουν τόσο τη δημιουργία τραύματος όσο και τη βαρύτητα των επιπτώσεων (La Greca et al 2016).

Όταν η τραυματική εμπειρία οδηγήσει στη δόμηση μιας σοβαρής διαταραχής όπως η PTSD, τότε για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της στα παιδιά και τους εφήβους, πρέπει να λάβει υπόψη της και επιπλέον στοιχεία από την αναπτυξιακή περίοδο του παιδιού και τις συνθήκες του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο αναπτύσσεται. Απαιτούνται αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής που θα συμπεριλάβουν τις ιδιαιτερότητες της κλινικής εικόνας στην παιδική ηλικία. Υπό αυτή την προϋπόθεση, μπορεί να ανιχνευθεί με εγκυρότητα και αξιοπιστία η διαταραχή σε ένα παιδί και να οριστεί η κατάλληλη θεραπεία (Scheeringa 2008).

ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΙ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΙ/ΔΙΑΣΧΙΣΗ

Η πρώιμη αναπτυξιακή περίοδος λαμβάνει χώρα εντός του πλαισίου αλληλεπίδρασης με γονείς ή φροντιστές. Ο αντίκτυπος του τραύματος στα βρέφη και στα νεαρά παιδιά είναι εξέχουσας σημασίας διότι επισυμβαίνει κατά τη διάρκεια μιας καθόλα καθοριστικής περιόδου και επηρεάζεται κατά κύριο λόγο από τη φύση και την ποιότητα του συστήματος φροντίδας και αλληλεπίδρασης (Scheeringa & Zeanah 2001). Η ψυχαναλυτική θεώρηση ορίζει τα τραύματα της πρώιμης παιδικής ηλικίας στο πλαίσιο του ρόλου που διαδραματίζει η μητέρα (Winnicott 1956) και στη σχέση μητέρας-παιδιού (Bowlby 1969, Ainsworth 1978). Θεωρεί ότι προκαλούν κενά στην ποιότητα της ψυχικής οικοδόμησης και της ισορροπίας του ψυχικού οργάνου.

Η απαραίτητη ασφάλεια που χρειάζεται ο νεαρός οργανισμός ώστε να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί με ικανοποιητικό τρόπο μεγάλο εύρος απαιτητικών καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας να επανέρχεται σε κατάσταση ισορροπίας, καθορίζεται από τον τύπο προσκόλλησης (Schor 2001). Ο ασφαλής τύπος προσκόλλησης οδηγεί στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων (Schneider et al 2001) και παρέχει τις βάσεις για τη δόμηση του εαυτού και της ταυτότητας (McCarthy 1998).

Κατά τον S. Freud, το τραύμα σε επίπεδο ψυχικής οργάνωσης, ορίζεται ως «η εμπειρία που σε μικρό χρονικό διάστημα δίδει στην ψυχική ζωή ένα τόσο ισχυρό ερέθισμα, το οποίο δεν μπορεί να απαλειφθεί ή να τύχει της συνήθους επεξεργασίας» (αναφ. στο Μπούρας & Λαζαράτου 2012, σελ. 40). Το τραυματικό βίωμα διακινείται από εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες, προκαλώντας διαταραχή της

ισορροπίας του οργανισμού, λόγω της αδυναμίας του ψυχικού οργάνου να το εμπεριέχει καθώς και να απαντήσει οργανωμένα. Οι συνέπειες του τραύματος είναι ένα είδος τομής, ρήξης και προσωρινής αποδιοργάνωσης μετά την οποία ο ψυχισμός του ατόμου δεν είναι όπως πριν. Ακόμη και αν η ισορροπία και η λειτουργικότητα αποκατασταθούν, το τραύμα εμπεριέχεται ως οντότητα στη συνολική δομή του ψυχισμού. Ανεξαρτήτως της συνειδητότητας που μπορεί να έχει το άτομο για την τραυματική του εμπειρία, οι επιπτώσεις συνεχίζουν να εμφανίζονται και να επηρεάζουν την εξέλιξή του.

Η ενδοψυχική ιδιοσυγκρασιακή απόκριση του παιδιού στον τραυματικό παράγοντα, συνιστά μια πολύπλοκη ψυχική προσπάθεια προστασίας ενάντια στην ψυχική κατάρρευση. Ο νεαρός οργανισμός δύναται να οδηγηθεί σε Απώθηση ή Άρνηση της τραυματικής εμπειρίας. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις ενεργοποιείται ο μηχανισμός της Διάσχισης ή Αποσύνδεσης, που δημιουργεί ένα είδος εσωτερικού «στεγανού» και αποσύνδεση διαφόρων τμημάτων του εσωτερικού οικοδομήματος, ώστε να αποφευχθεί ένα γενικευμένο ντόμινο πλήρους κατάρρευσης (Van Der Kolk 2014). Ενδείξεις διάσχισης αποτελούν τα κενά μνήμης, η σύγχυση ταυτότητας, η αποπροσωποποίηση και η αποπραγματοποίηση, η απώλεια αίσθησης χώρου και χρόνου, κ.ά. Όλα τα ανωτέρω μπορεί να εμφανιστούν σε άτομα με PTSD ως κύρια συμπτώματα. Έτσι, στην πράξη υπάρχουν επιπτώσεις στην ικανότητα διαχείρισης ή ενσωμάτωσης ιδεών και συναισθημάτων που σχετίζονται με τα πρωταρχικά τραυματικά γεγονότα, ώστε η πραγματική επίπτωση του τραύματος μπορεί να καθυστερήσει να διαφανεί για εβδομάδες ή και χρόνια.

Συμπτώματα διάσχισης στην παιδική ηλικία βρέθηκε να έχουν θετική συσχέτιση με τη σοβαρότητα του ψυχικού τραύματος που υπέστη το παιδί, και μάλιστα φαίνεται ότι εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα που είχαν εγκαταστήσει αποδιοργανωμένο τύπο προσκόλλησης (Van Der Kolk 2014). Η «επούλωση» του τραύματος απαιτεί τη σύνδεση όλων των πτυχών του τραυματικού γεγονότος. Στο βιβλίο «Το σώμα θυμάται: Ψυχοφυσιολογία και Θεραπεία του Τραύματος», η Rothschild (2000), υποστηρίζει ότι το τραύμα διαπερνά και διασπά το μυαλό και το σώμα, υπό την έννοια ότι ασυνείδητες αναμνήσεις και εικόνες, συναισθήματα και σωματικές αισθήσεις αποσυνδέονται από τα τραυματικά γεγονότα. Άρα, η επούλωση του τραύματος απαιτεί τη σύνδεση όλων των πτυχών του

τραυματικού γεγονότος, ώστε να γεφυρωθούν τα κενά της μνήμης και να δημιουργηθεί μια συνεκτική αφήγηση των γεγονότων και να τοποθετηθούν στο κατάλληλο χρονικό πλαίσιο του υποκειμένου.

ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μια προσπάθεια σύνθεσης των σύγχρονων απόψεων και εξελίξεων της έννοιας του ψυχικού τραύματος –που εκτείνεται από τη χρόνια παιδική κακοποίηση και παραμέληση έως τα τραύματα πολέμου και φυσικών ή άλλων καταστροφών– πιστοποιεί απόλυτα τις όψεις του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στην αναπτυξιακή θεώρηση του τραύματος.

Η έκθεση σε χρόνιο στρες ή ψυχικό τραύμα κατά την πρώιμη παιδική ηλικία είναι το κλειδί για τη μετέπειτα ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη. Στρεσογόνα ερεθίσματα μπορεί να προκαλέσουν ψυχικούς τραυματισμούς εφόσον διαταράσσεται η εσωτερική ισορροπία του ατόμου. Ο αναπτυσσόμενος εγκέφαλος μεταβάλλεται συνεχώς από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις δυσμενείς επιπτώσεις του στρες.

Οι διαγνωστικές αξιολογήσεις των παιδιών που παραπεμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων πρέπει να περιλαμβάνουν και νευροψυχολογική εξέταση παιδιών που έχουν εκτεθεί σε πρώιμο ψυχικό τραύμα καθώς δίνει τη δυνατότητα της αναγνώρισης και κατανόησης της νευροβιολογικής επίδρασης του τραύματος.

Η θεραπεία του τραύματος προϋποθέτει πολυετή ατομική ή ομαδική θεραπεία και θεραπεία οικογένειας, ψυχολογική ενδυνάμωση σχετικά με αναμνήσεις εικόνων, συναισθήματα και σωματικές εικόνες και αισθήσεις, νοήματα δηλωτικών αναμνήσεων και συμβάντα. Κοινωνική επαφή και υποστήριξη πρέπει να παρέχονται στα παιδιά και τις οικογένειές τους.

Το τρέχον ερώτημα της επιστημονικής κοινότητας επαναπροσδιορίζεται ώστε να απαντηθεί το «ποιος» και «υπό ποιες συνθήκες» θα δεχτεί την αποτελεσματικότερη θεραπεία, καθώς και «πότε» ή «πώς» είναι ωφελιμότερο να εφαρμοστεί η παρέμβαση. Δηλαδή σε ποιο αναπτυξιακό στάδιο μπορεί να νοηματοδοτηθεί καλύτερα από το άτομο, ώστε να μειωθεί η ψυχική οδύνη και τα σωματικά συμπτώματα.

Καθώς η αξιοπιστία ερευνητικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων προοδεύει, το ενδιαφέρον μετατοπίζεται στην κατανόηση και διερεύνηση των συνεπειών των διαφόρων θεραπειών σε κάθε

παιδί και έφηβο μεμονωμένα. Υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης μπορούν να οδηγήσουν σε εξοικονόμηση πόρων, όταν παρέχονται σε παιδιά, ιδιαίτερα εκείνα από χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα (Campbell et al 2014). Όπως καταδεικνύεται ερευνητικά, η πρώιμη παρέμβαση σε παιδιά που έχουν υποστεί τραύμα, οδηγεί επίσης σε αύξηση του ποσοστού αποφοίτων στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, χαμηλότερα ποσοστά εγκληματικότητας, χαμηλότερα ποσοστά ανεργίας και χαμηλότερα ποσοστά περιστατικών οικογενειακής και κοινωνικής βίας (Van Der Kolk 2014).

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιείται προσπάθεια βελτίωσης της προσβασιμότητας των υπηρεσιών, μέσω υλοποίησης προγραμμάτων ανάπτυξης low-cost υπηρεσιών, όπως τηλεϊατρικής, τηλεψυχιατρικής και e-Health υπηρεσιών, παρότι η προσπάθεια χρήζει περαιτέρω εξειδίκευσης σε θέματα παιδικού τραύματος.

Συμπερασματικά οι συνέπειες του τραύματος ακολουθούν το άτομο κατά την εξέλιξή του και διαμορφώνουν τη ζωή του, σε καθοριστικό βαθμό. Ο φόβος υπενθύμισης ή αναβίωσης του τραύματος ωθεί το νεαρό άτομο στο περιθώριο του κοινωνικού ιστού και στην απομόνωση. Παράλληλα, το άτομο μπορεί να βιώσει την κατάρρευση της αίσθησης ασφάλειας και εμπιστοσύνης, ο κόσμος δεν είναι πλέον ασφαλής και σταθερός και ο εαυτός του δεν έχει μια ξεχωριστή αξία. Η ύπαρξη θεραπευτικών, οικογενειακών και κοινωνικών δικτύων μπορεί να διασφαλίσει μια σταθερότητα –υποκειμενική και περιβαλλοντική– και να μειώσει αισθητά τις συνέπειες του τραύματος.

Το τραύμα και το χρόνιο στρες αποτελούν ίσως την πιο επείγουσα ανάγκη στη δημόσια υγεία παγκοσμίως, και η επιστήμη παρέχει τη γνώση για να ανταποκριθούν οι κοινωνίες αποτελεσματικά. Η πολιτική, κοινωνική και ανθρωπιστική κατάσταση κάθε χώρας δύναται να καταστεί απειλητική και δυνητικά τραυματογόνα. Η ίδια όμως μπορεί να εμπνέει και να οδηγεί προς την κατεύθυνση μιας ιδεολογίας αλληλεγγύης και να εστιάζει στην αδιαμφισβήτητη αξία που έχει ένα προστατευτικό, ασφαλές και αφοσιωμένο πλαίσιο φροντίδας. Το εν λόγω πλαίσιο κάθε χώρας που βιώνει κρίση καλείται να διαμορφωθεί, ώστε να διαθέτει δράσεις πρόληψης και θεραπείας για τις ανάγκες κάθε παιδιού και εφήβου που έχει υποστεί τραύμα.

PSYCHOLOGICAL TRAUMA OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: A DEVELOPMENTAL APPROACH

K. Papadaki,¹ A. Giannoulis²

¹Clinical Psychologist, MSc, Unit Manager of Community Residential Hostel, EPAPSY, Athens,

²Psychiatrist, Mental Health Center of A. Anargyri, PHA Dafni, Athens, Greece

Child and Adolescent Psychiatry 2015–2016, 3–4:74–81

Traumatic experiences are common in high proportion in human kind. The scientific understanding and treatment effects are integrated into the prevailing historical, scientific, social and cultural framework of any given time. The importance of giving prominence and managing trauma in children and adolescents is underlined in studies relating it etiologically to the development of physical and mental vulnerability or even development of some form of pathology in later life. This article focuses on emphasizing the role of both the psychological and neurophysiological components during children and adolescent growth, as these components appear in all stages of the build-up of trauma; from the emergence and settling of a disorder up to the therapy and its' holistic approach to treatment. In addition to understanding and counteracting trauma, a vital component considered very important is the way young people experience the whole process, in accordance with the quality of family ties and relationships and defense mechanisms the individual has developed.

Key words: Traumatic experiences, trauma, neurophysiology of trauma, disorder, holistic approach to treatment.

Βιβλιογραφία

- An Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation*. N. Jersey, Halsted Press Division, 1978
- Amy CT, Robert G. *Child and Adolescent Trauma across the Spectrum of Experience: Research and Clinical Interventions*. Published online, 2011:1–7
- Barenbaum J, Ruvhkin V, Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Child Psychol Psychiatry* 2004, 1:41–62
- Bishop M, Rosenstein D, Bakelaar S, Seedat S. An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and post traumatic stress disorder. *Ann Gen Psychiatry* 2014, 13:16
- Bowlby J. Postscript. In: Parkes CM, Hinde JS, Marris P (eds) *Attachment Across the Life Cycle*. London Routledge, 1991
- Breuer J, Freud S. *Studies in Hysteria*. Basic Books, New York, 1895
- Bowlby J. *A secure base: Parent child attachment and healthy human development*. New York, Basic Books, 1988
- Campbell F, Conti G, Heckman JJ. Early childhood investments substantially boost adult health. *Science* 2014, 6178:1478–1485
- Chalk R, Gibbons A, Scarupa HJ. *The multiple dimensions of child abuse and neglect: New insights into an old problem*. Washington DC, Child Trends, 2002
- Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals* 2000, 35:390–398
- Freud S. *A General Introduction to Psychoanalysis*. BDF Books World, 1920
- Freud S. Introductory Lectures on Psychoanalysis. Lecture 18. Standard edition 16, 1916
- Koenen KC. Developmental origins of post traumatic stress disorder. *Depr Anxiet* 2010, 5:413–416
- La Creca MA, Comer S, Lai BS. Commentary: Key Issues, Concluding Thoughts, and Future Directions for the Study of Trauma and Child Health. *J Pediatr Psychol* 2016, 41:149–158
- Levine AP, Frederick A. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. In: Berkley CA (ed) North Atlantic Books, 1997
- Lawson DM, Quinn J. Complex Trauma in Children and Adolescents: Evidence Based Practice In Clinical Settings. *J Clin Psychol* 2013, 5:497–509
- McCarthy G. Attachment representations and representations of the self in relation to others: A study of preschool children in inner-city London. *Br J Med Psychol* 1998, 71:57–72
- Martins CM, Tofoli SM, Von Werne Baes C, Juruena M. Analysis of the occurrence in early life stress in adult psychiatric patients, a systematic review. *Psychol Neurosci* 2011, 4:219–227

- Μπούρας Γ, Λαζαράτου Ε. Η ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων. *Ψυχιατρική* 2012, 23:39–48
- Nishida A, Richards M, Stafford M. Prospective associations between adolescent mental health problems and positive mental wellbeing in early old age. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, Published online, 2016, 10:12
- Rothschild B. *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. North & Company, 2000
- Scheeringa MS. Developmental considerations for diagnosing PTSD and acute stress disorder in pre-school and school-age children. *Am J Psychiatry* 2008, 165:1237–1239
- Scheeringa MS, Zeanah CH. A relational perspective on PTSD in early childhood. *J Traum Stress* 2001, 14:799–815
- Schneider B, Atkinson L, Tardif C. Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Development Psychol* 2001, 37:86–100
- Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Inf Ment Hlth J* 2001, 1–2:7–66
- Van Der Kolk B. *The Body Keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. New York, Penguin Group, 2014
- Winnicott DW. *Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. Hogarth Press, 1965
- Δελτίο της Ελληνικής Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, Ιανουάριος-Μάρτιος 2011. Τεύχος 41. Επιστημονική Εκδήλωση της Ελληνικής Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, Το τραύμα, Δεκέμβριος 2010

Ειδικό άρθρο
Special article

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ: ΕΠΙΣΗΜΗ ΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ-ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ

**D.C. Anagnostopoulos, J. Hebebrand, St. Eliez, M.B. Doyle, H. Klasen,
S. Crommen, F.C. Cuhadaroglu, M. Pejovic-Milovancevic, O. Herreros,
R. Minderaa, A. Karwautz, C.G. Svedin, J.Ph. Raynaud**

Child Psychiatrist

Ψυχιατρική παιδιού & εφήβου 2015–2016, 3–4:82–85

Μετάφραση: Ν. Μαγκλάρα,

*Παιδοψυχίατρος, Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων,
Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής*

Η φυγή από έναν τόπο και η μετανάστευση δεν είναι νέα φαινόμενα και κατά το τελευταίο διάστημα πολλές χώρες της Ευρώπης και της Μέσης Ανατολής βιώνουν το πρόσφατο προσφυγικό/μεταναστευτικό κύμα. Ο αριθμός των προσφύγων έχει φθάσει σε εντυπωσιακά επίπεδα σε ορισμένες χώρες και, ως έναν βαθμό, είναι μη προβλέψιμο σε ποιον βαθμό και σε ποιες χώρες η εισροή αυτή θα αυξηθεί ή θα μειωθεί. Το μεγαλύτερο βάρος της προσφυγικής εισροής έχουν υποστεί τα κράτη της ανατολικής, νότιας, κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, από τα οποία διέρχονται και τελικά παραμένουν οι πρόσφυγες. Μια επιτυχημένη μέσο- ή μακροπρόθεσμη ένταξή τους χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα

ανασφάλειας λόγω της πιθανότητας οι πρόσφυγες να επιστρέψουν (ή να πρέπει να επιστρέψουν) στην πατρίδα τους, καθώς και λόγω της πιθανής ανάπτυξης εντάσεων ανάμεσα στις υποομάδες, τόσο των προσφύγων, όσο και των τοπικών ή/και εθνικών πληθυσμών.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 28 το 2015 (συνολικός πληθυσμός: 508 εκατομμύρια κάτοικοι) οι αιτούντες για πρώτη φορά άσυλο ήταν 1.255.688, 29% των οποίων ήταν ανήλικοι (19%<από την ηλικία των 14, 10% μεταξύ 14 και 17 ετών). Ωστόσο, οι αριθμοί των αιτούντων άσυλο δεν αποτυπώνουν ολόκληρο το φάσμα του προβλήματος, αφού ένα μεγάλο ποσοστό αυτών που θα αποδράσουν ή θα μεταναστεύ-

σουν από ζώνες συγκρούσεων θα επιλέξουν την οδό της άδειας παραμονής ή δεν θα αιτηθούν για καμία από τις δύο επιλογές.

Η υψηλή συχνότητα των σωματικών διαταραχών και τα διατροφικά ελλείμματα μεταξύ των νέων προσφύγων απαιτούν προσοχή και η παροχή φροντίδας σωματικής υγείας αντιπροσωπεύει σημαντική ανησυχία, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της φυγής ή κατά την άφιξη στη χώρα εγκατάστασης.

Τα παιδιά και οι έφηβοι πρόσφυγες εκτίθενται σε πολλούς κινδύνους πριν τη φυγή, κατά τη διάρκεια της φυγής και κατά την άφιξη, που τους κάνει επιρρεπείς στην ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών, όπως μετατραυματική διαταραχή του στρες, αγχώδεις διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές εξωτερικευμένες. Οι εμπειρίες των προσφύγων πριν τη φυγή τους εξαρτώνται από τη χώρα καταγωγής τους, ενώ η έκθεση σε φτώχεια, πόλεμο ή καταστάσεις που προσομοιάζουν σε πόλεμο είναι συχνή. Η ληφθείσα μόρφωση, το κοινωνικό επίπεδο και οι οικογενειακές, θρησκευτικές και κοινωνικο-πολιτισμικές αξίες διαμορφώνουν επίσης τις συμπεριφορές προσαρμογής και αναζήτησης βοήθειας.

Η φυγή αυτή καθαυτή μπορεί να είναι τραυματική ή να προκαλέσει τραύμα μέσω, για παράδειγμα, εμπειριών αποχωρισμού, σεξουαλικής κακοποίησης και "trafficking", συμπεριλαμβανομένης της αναγκαστικής εργασίας και της σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Σε αυτό το πλαίσιο αξίζει να σημειωθεί ότι πολλοί ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες επιδιώκουν να ταξιδέψουν σε ομάδες, που περιλαμβάνουν γνωστούς τους ενήλικες. Σε πολλές περιπτώσεις οι γονείς ασυνόδευτων παιδιών και εφήβων είναι ενήμεροι για τα ταξίδια τους. Με στόχο την καλύτερη προστασία αυτών των νέων προσφύγων φαίνεται βοηθητικό το να μην απομακρύνονται ανήλικοι πρόσφυγες από τέτοιες ομάδες.

Η άφιξη στη χώρα υποδοχής ενέχει κινδύνους λόγω των μη ασφαλών ή προβληματικών με άλλους τρόπους συνθηκών διαβίωσης, της μη πρόσβασης σε σχολική εκπαίδευση, των ετών ανασφάλειας με αβέβαιο νομικό καθεστώς και καθεστώς παραμονής, των πολλαπλών μετακινήσεων, της ασθένειας και της ανεργίας των γονέων, του κοινωνικού αποκλεισμού και της μεσο- και μακροπρόθεσμης

προβληματικής προσαρμογής σε σχέση με τα πολιτισμικά πρότυπα της χώρας υποδοχής. Η εχθρότητα προς τους αλλοδαπούς και τους πρόσφυγες, πιο συγκεκριμένα, αντιπροσωπεύει μια απειλή, που απαιτεί, τόσο εποπτεία των χώρων υποδοχής των προσφύγων, όσο και πολιτική εκπαίδευση στη χώρα υποδοχής. Σε αυτό το πλαίσιο, η αρχική παροχή ασφαλούς περιβάλλοντος στους τραυματισμένους νεαρούς πρόσφυγες δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη. Επιπρόσθετα, ακόμη και όταν οι μετανάστες εγκαθίστανται και δημιουργούν οικογένειες, τα παιδιά τους, δηλαδή οι μετανάστες δεύτερης γενιάς, βρίσκονται επίσης σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Η ευρωπαϊκή στάση απέναντι στους νεαρούς πρόσφυγες και τις οικογένειές τους θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την επίπτωση του τραύματος, όχι μόνο στο μέλλον τους ως ενήλικες πλέον, αλλά και στις κοινότητές μας. Μια στάση βασισμένη στην ενσυναίσθηση και την κατανόηση, ένα ασφαλές καταφύγιο και η φροντίδα των αναγκών υγείας και εκπαίδευσής τους θα δημιουργήσει μια αίσθηση σταθερότητας και εμπιστοσύνης. Αυτό είναι το πρωταρχικό βήμα που θα ευνοήσει, είτε μια παραγωγική ένταξη στην ευρωπαϊκή κληρονομιά της δύναμης και της ποικιλότητας είτε τη δυναμική να ξαναχτίσουν και να σταθεροποιήσουν τις πατρίδες τους, για όσους τελικά επιστρέψουν.

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΔΡΑΣΗ

- Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία της Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων (ESCAP) καλεί όλες τις κυβερνητικές και πολιτικές ομάδες με επιρροή στις περιοχές των συγκρούσεων και των πολέμων να προετοιμάσουν λύσεις με στόχο να λύσουν τις συγκρούσεις και να φέρουν ένα τέλος στην παρούσα προσφυγική κρίση. Η σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών και των μελλοντικών γενεών τίθενται σε περαιτέρω κίνδυνο λόγω της συνέχισης των συγκρούσεων.
- Η ESCAP απευθύνει έκκληση να παρέχεται το σύνολο της βασικής φροντίδας υγείας στους πρόσφυγες, με συνδυασμένη έμφαση τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχική υγεία. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να ακολουθούν τις διαφορετικές επιλογές, ανάγκες και ιδιαιτερότητες που αντιμετωπίζει η κάθε χώρα. Επίσης, θα πρέπει να λαμβά-

νονται υπόψη τα διάφορα στάδια της διαδικασίας της φυγής και της επανεγκατάστασης των προσφύγων.

- Οι διάφορες οργανώσεις (συμπεριλαμβανομένων των κυβερνητικών) θα πρέπει να ενθαρρύνονται να προωθούν ειδικούς να εργαστούν με αυτούς τους πληθυσμούς. Η εκπαίδευση αυτών των ειδικών με γνώμονα τις ανάγκες των προσφύγων είναι υψίστης σημασίας.
- Οι δραστηριότητες όλων των επαγγελματιών και των οργανώσεων, που εργάζονται σε αυτές τις συνθήκες, θα πρέπει να συμμορφώνονται με τις αρχές για το συμφέρον του παιδιού, που ορίζεται από τη Διεθνή Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού (άρθρο 3). Επιπρόσθετα, τα δικαιώματα που περιγράφονται στην παραπάνω σύμβαση θα πρέπει να επικυρώνονται ανεξάρτητα από το μεταναστευτικό καθεστώς του παιδιού. Αυτό ισχύει για όλα τα παιδιά κάτω των 18 ετών.
- Όλοι όσοι εργάζονται με παιδιά, εφήβους και τις οικογένειές τους θα πρέπει να μεριμνούν, ώστε να εισακούγονται τα δικαιώματά τους και να συμμετέχουν σε αποφάσεις, που τους αφορούν.
- Οι χώρες φιλοξενίας, ιδιαίτερα, θα πρέπει να προσπαθήσουν να υιοθετήσουν τα βήματα εκείνα, που θα οδηγήσουν σε νομιμοποίηση του καθεστώτος παραμονής και της προσφοράς ασύλου, με όσο το δυνατόν πιο διαφανείς τρόπους. Αυτό απαιτεί παροχή πληροφοριών κατά τη στιγμή των διαδικασιών λήψης αποφάσεων και μια βασική κατανόηση αυτών. Μια επιτάχυνση αυτών των διαδικασιών θα βοηθήσει τους νέους να προσαρμοστούν με αποτελεσματικότερο τρόπο.
- Τα παιδιά δεν θα πρέπει να αποχωρίζονται από τις οικογένειές τους, όσο βέβαια αυτό είναι προς το συμφέρον τους. Οι υπάρχουσες σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων αυτών μεταξύ των νέων που έχουν στενούς δεσμούς μεταξύ τους εξαιτίας κοινών εμπειριών, θα πρέπει να γίνονται σεβαστές. Εφόσον η σχέση χαρακτηρίζεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη, το ίδιο αφορά σε δεσμούς μεταξύ ασυνόδευτων νέων και ενηλίκων.
- Οι οικονομικοί πόροι κάθε χώρας που φιλοξενεί μεγάλο αριθμό προσφύγων είναι περιορισμένοι. Για τον λόγο αυτόν εξαιρετικά σημαντική είναι η βέλτιστη χρήση της χρηματοδότησης. Οι επενδύσεις είναι καταρχήν απαραίτητες κυρίως για την παροχή ασφαλούς περιβάλλοντος, κατάλληλης σχολικής εκπαίδευσης και συστήματος πρόνοιας για τους νέους. Η παροχή μιας υγιούς προσαρμογής αυτών των νέων ανθρώπων και των οικογενειών τους και η μείωση των κινδύνων είναι αποφασιστικής σημασίας. Μεγαλύτερη ευρωπαϊκή υποστήριξη είναι απαραίτητη για χώρες που είναι οικονομικά πιο αδύναμες και υποδέχονται μεγάλο αριθμό προσφύγων.
- Τα παιδιά και οι νέοι που φθάνουν στις χώρες προορισμού θα πρέπει να υποστηρίζονται, ώστε να εντάσσονται στις κοινωνίες και να τους παρέχονται βασικές υπηρεσίες, όπως επίσης και το σύνηθες εκπαιδευτικό σύστημα με έναν τρόπο ελεύθερο διακρίσεων και πολιτισμικά ευαίσθητο. Την ίδια στιγμή θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση και αν χρειάζεται παροχή κάθε επιπλέον απαραίτητης υποστήριξης. Μια επιτυχημένη εκπαιδευτική, πολιτισμική και κατά περίπτωση θρησκευτική ένταξη είναι καθοριστική για τη μελλοντική ψυχική υγεία και την πρόληψη διαταραχών συμπεριφοράς.
- Θα πρέπει να επιτρέπεται η παραμονή στη χώρα στους εφήβους πρόσφυγες, που γίνονται 18 ετών και οι οποίοι έχουν ήδη ξεκινήσει κάποια εκπαίδευση/μαθητεία στη χώρα αυτή, γεγονός που θα τους επιτρέψει να επιστρέψουν στην πατρίδα τους ως μορφωμένα άτομα.
- Οι νέοι πρόσφυγες με αναπτυσσόμενες ή προϋπάρχουσες σοβαρές ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να αναγνωρίζονται, ώστε να εξασφαλιστεί η πρόσβασή τους στη φροντίδα ψυχικής υγείας. Η ESCAP μέσω των εταιρειών-μελών της μπορεί να συνεισφέρει σε αυτόν τον στόχο.
- Προκειμένου να ανταποκριθούμε στην παρούσα πρόκληση χρειάζεται να υιοθετήσουμε μια προσέγγιση δημόσιας υγείας κάνοντας μεγαλύτερη χρήση των διαδικασιών ανίχνευσης, φροντίδας σταδίων, καταμερισμού ευθυνών και μετάθεσης ευθυνών στις υπάρχουσες δομές, τη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας και στις μεθόδους εργασίας. Επιπλέον, χρειάζεται βελτίωση των ικανοτήτων των επαγγελματιών σε πολιτισμικό επίπεδο και παρακολούθηση και καταγραφή της πρόσβασης των προσφύγων και της χρήσης υπηρεσιών.
- Θα πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη έμφαση στην κατανόηση των εμπειριών και των προκλήσεων των

προσφύγων στα νέα περιβάλλοντα και προς την κατεύθυνση της επιδίωξης ανθεκτικότητας μεταξύ των ατόμων και των κοινοτήτων. Θα πρέπει να δημιουργήσουμε κοινότητες-πρότυπα, που θα έχουν προγράμματα που θα προωθούν την ανθεκτικότητα και την ένταξη/αφομοίωση.

- Είναι αποφασιστικής σημασίας να καλυφθούν οι ανάγκες όλων των νέων, γηγενών και μεταναστών, χωρίς καμία διάκριση μεταξύ τους.
- Η ESCAP καλεί όλους τους ιθύνοντες να συγκεντρωθούν και να διανείμουν κατάλληλη γνώση, που θα επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στις οξείες ανάγκες των προσφύγων, στους προστατευτικούς παράγοντες και παράγοντες κινδύνου για την ψυχική τους υγεία και τις ειδικές παρεμβάσεις που χρειάζονται λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορετικές ανάγκες και τους διαθέσιμους πόρους των διαφόρων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η ευρωπαϊκή στάση απέναντι στους νεαρούς πρόσφυγες και τις οικογένειές τους θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την επίπτωση του τραύματος, όχι μόνο στο μέλλον τους ως ενήλικες πλέον, αλλά και στις κοινότητές μας. Μια στάση βασισμένη στην ενσυναίσθηση και την κατανόηση, ένα ασφαλές καταφύγιο και η φροντίδα των αναγκών υγείας και εκπαίδευσής τους θα δημιουργήσει μια αίσθηση σταθερότητας και εμπιστοσύνης. Αυτό είναι το πρωταρχικό βήμα που θα ευνοήσει, είτε μια παραγωγική ένταξη στην ευρωπαϊκή κληρονομιά της δύναμης και της ποικιλότητας είτε τη δυναμική να ξαναχτίσουν και να σταθεροποιήσουν τις πατρίδες τους, για όσους τελικά επιστρέψουν.

Βιβλιογραφία

- Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Eliez S, Linse H, Pejovic-Milovancevic M, Klasen H. A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016, 25:1–6

Οδηγίες για τους συγγραφείς

Η «**Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου**» είναι το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος – Ένωσης Ψυχιάτρων Παιδιών και Εφήβων. Εκδίδεται ένα τεύχος ανά έτος με γενική θεματολογία ή αφιερωμένο σε ένα ειδικό θέμα. Το θέμα αυτό, κάθε δύο χρόνια μπορεί, αν και δεν είναι αναγκαίο, να ταυτίζεται με το κεντρικό θέμα του Πανελληνίου Παιδοψυχιατρικού Συνεδρίου και να περιλαμβάνει επιλεγμένες εργασίες.

Το περιοδικό διευθύνεται από 5μελή συντακτική επιτροπή (πρόεδρο και 4 μέλη). Η συντακτική επιτροπή ορίζεται από το ΔΣ και η θητεία της είναι διετής (συμπίπτει με τη θητεία του ΔΣ).

Το περιοδικό δέχεται προς δημοσίευση εργασίες που αφορούν σε πρωτότυπο υλικό το οποίο δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως (εκτός σε μορφή περίληψης) ή δεν έχει υποβληθεί για δημοσίευση κάπου αλλού.

Όταν ένα άρθρο υποβάλλεται για δημοσίευση στο περιοδικό, οι συγγραφείς το κατατάσσουν σε μια συγκεκριμένη κατηγορία, όπως αυτές αναφέρονται παρακάτω.

Όλοι οι συγγραφείς επίσης υπογράφουν ότι αποδέχονται τους όρους του περιοδικού και μεταβιβάζουν τα συγγραφικά δικαιώματα στο περιοδικό. Ακόμα, οι συγγραφείς δηλώνουν ότι: (α) δεν υπήρξε οικονομική υποστήριξη από διάφορες πηγές (εάν υπήρξε πρέπει να δηλωθεί), (β) δεν υπήρξαν αντικρουόμενα συμφέροντα σχετικά με το υλικό της έρευνας που υπεβλήθη προς δημοσίευση, (γ) το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής του Νοσοκομείου ή του Ιδρύματος όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Διακήρυξης του Ελσίνκι (1995) όπως αναθεωρήθηκαν στο Εδιμβούργο (2000) και (δ) ότι όλοι οι ασθενείς έδωσαν τη συγκατάθεσή τους πριν συμπεριληφθούν στην έρευνα αφού προηγουμένως ενημερώθηκαν για την ερευνητική διαδικασία.

Όλες οι εργασίες υπόκεινται σε μια αρχική εκτίμηση από τον Εκδότη ή μέλη της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού προκειμένου να εκτιμηθεί η καταλληλότητα και η ποιότητά τους. Εάν η εργασία κριθεί καταρχήν κατάλληλη για δημοσίευση στο περιοδικό, εκτιμάται από δύο ανεξάρτητους κριτές. Για τη δημοσίευση του άρθρου απαιτείται η σύμφωνη γνώμη και των δύο κριτών. Σε περίπτωση διαφωνίας, η εργασία κρίνεται από τρίτο κριτή, η αξιολόγηση του οποίου καθορίζει και την τελική έκβαση. Οι κριτές δεν γνωρίζουν τους συγγραφείς της εργασίας και παραμένουν ανώνυμοι για τους συγγραφείς. Τα σχόλια των κριτών μα-

ζί με τις υποδείξεις και διορθώσεις τους αποστέλλονται στους συγγραφείς. Οι συγγραφείς ενημερώνονται εγγράφως για την τελική απόφαση της Συντακτικής Επιτροπής του περιοδικού όταν η διαδικασία αξιολόγησης ολοκληρωθεί.

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΘΕΜΑΤΩΝ για τη συγγραφή των άρθρων του περιοδικού είναι οι εξής:

1. Άρθρο της Σύνταξης: Είναι σύντομο άρθρο με το οποίο ξεκινά το περιοδικό και το οποίο αναφέρεται σε σημαντικά επίκαιρα ζητήματα. Γράφεται από τη Συντακτική Επιτροπή ή από έμπειρους συναδέλφους μετά από πρόσκλησή της (μέχρι 500 λέξεις και περί τις 5 βιβλιογραφικές αναφορές).

2. Θεωρητικά κείμενα: Αναφέρονται σ' ένα γενικό ή ειδικό θεωρητικό ή επιστημολογικό θέμα, ανεξάρτητα αν εμπεριέχεται ή όχι κλινικό ή ερευνητικό υλικό: (π.χ. η δόμηση της συμβολοποίησης στα παιδιά, εικόνα σώματος και εφηβεία, διαγενεαλογική μεταβίβαση νοσολογίας, η ηθική διάσταση στη θεραπευτική σχέση). Τα άρθρα αυτά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 3000 λέξεις.

3. Ανασκοπήσεις: Κλασικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας πάνω σε συγκεκριμένα θέματα: (π.χ. κλινική έκφραση και αιτιοπαθογένεση στη διαταραχή φύλου, χρήση των άτυπων αντιψυχωτικών στα παιδιά και τους εφήβους, πρώιμη σχέση παιδιών με καταθλιπτικές μητέρες και ψυχική επικινδυνότητα, η βιολογική υπόθεση στο σύνδρομο Gilles de la Tourette). Οι ανασκοπήσεις γράφονται από έναν έως τρεις συγγραφείς και δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 6000 λέξεις.

4. Ειδικά άρθρα: Γράφονται μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής προς συγγραφείς οι οποίοι έχουν διακριθεί σε έναν συγκεκριμένο τομέα ή αντικείμενο στο πεδίο της Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου (μέχρι 5000 λέξεις).

5. Ερευνητικά άρθρα: Βασίζονται σε ερευνητικό πρωτόκολλο και αφορούν είτε σε ποσοτική είτε σε ποιοτική έρευνα: (π.χ. ψυχικές επιπτώσεις του σεισμού στα παιδιά, προγεννητικές συμπεριφορές σχετικές με την ανάπτυξη δεσμού σε εγκυμονούσες μητέρες, αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας σε παιδιά με αυτιστική διαταραχή). Τα άρθρα αυτά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 3000 λέξεις.

6. Κλινικά θέματα: Αφορούν σε παρουσιάσεις κλινικού υλικού (case studies) ή μελέτες συγκεκριμένων κλινικών

θεμάτων, π.χ. η καταθλιπτική σημειολογία στη βρεφική ηλικία, συννοσηρότητα της ψυχαναγκαστικής διαταραχής, ψυχιατροδικαστική εκτίμηση σε παιδιά από διαζύγιο και αντιπαλότητα γονιών, οικογενειακή θεραπεία σε ανορεκτικούς εφήβους (μέχρι 2500 λέξεις).

7. Θέματα γενικού ενδιαφέροντος: Άρθρα που αφορούν γενικότερα στην Παιδοψυχιατρική (θεσμικά), στις δομές και τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, στη Διασύνδεση με άλλες επιστήμες και στην Εκπαίδευση (π.χ. οργάνωση μιας υπηρεσίας διασυνδετικής παιδοψυχιατρικής σ' ένα Γενικό Νοσοκομείο, η διενέργεια της πραγματογνωμοσύνης και οι δυσκολίες της, ξενώνας παραβατικών εφήβων και η αποτίμηση της λειτουργίας του, ρόλοι και όρια ειδικοτήτων στις διεπιστημονικές ομάδες, η εκπαίδευση στην ειδικότητα). Τα άρθρα αυτά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 2500 λέξεις.

8. Επιστολές προς τη σύνταξη: Σχόλια και κρίσεις για ήδη δημοσιευμένα άρθρα ή για επίκαιρα θέματα (μέχρι 400 λέξεις και 2–3 βιβλιογραφικές παραπομπές).

9. Βιβλιοκριτική: μετά από πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής.

ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΗΣ ΥΛΗΣ

Όλες οι σελίδες αριθμούνται, αρχίζοντας από τη σελίδα τίτλου.

Σελίδα τίτλου: Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου (μέχρι 12 λέξεις), τα ονόματα των συγγραφέων στην ονομαστική, το κέντρο προέλευσης, τη διεύθυνση και το τηλέφωνο του συγγραφέα που θα επικοινωνεί με το περιοδικό.

Περίληψη: Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη (περίπου 300 λέξεις). Στο τέλος της περίληψης αναγράφονται 4–5 λέξεις ευρετηρίου.

Αγγλική περίληψη: Στην τρίτη σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, 300–500 λέξεων, με επίσης 4–5 λέξεις ευρετηρίου. Στην αρχή της αγγλικής περίληψης αναγρά-

φονται στα Αγγλικά τα ονόματα των συγγραφέων και ο τίτλος του άρθρου.

Κείμενο: Χωρίζεται σε κεφάλαια. Για τις ερευνητικές εργασίες είναι: Εισαγωγή, Υλικό και μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση.

Βιβλιογραφικές παραπομπές: Αναφέρεται το όνομα του πρώτου συγγραφέα ολόκληρο και το έτος δημοσίευσης της εργασίας μέσα στο κείμενο. Στο τέλος του κειμένου συντάσσεται ο βιβλιογραφικός κατάλογος με αλφαβητική σειρά. Στα άρθρα ανασκόπησης και τα ειδικά άρθρα οι βιβλιογραφικές παραπομπές δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 80, στις ερευνητικές εργασίες και τα γενικά άρθρα τις 50, στις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις τις 15 και στα άρθρα σύνταξης και τις επιστολές προς τη σύνταξη τις 5. Οι συντμήσεις των περιοδικών πρέπει να γίνονται με βάση το Index Medicus.

Πίνακες: Γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα. Αριθμούνται ανάλογα με τη σειρά εμφάνισής τους στο κείμενο, με αραβικούς αριθμούς.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Οι εργασίες υποβάλλονται σε ηλεκτρονική μορφή Word στη διεύθυνση **journal@hscap.gr**. Τα άρθρα γράφονται σε 1.5 διάστιχο, σε γραμματοσειρά arial 12. Οι συγγραφείς προτείνουν υπέρτιτλο (running title) και δηλώνουν την κατηγορία του άρθρου. Η υποβολή συνοδεύεται από επιστολή υπογεγραμμένη από τον υπεύθυνο συγγραφέα για επικοινωνία, ο οποίος δηλώνει ότι όλοι οι συνυπογράφοι συγγραφείς είναι σύμφωνοι με την υποβολή. Εφόσον το άρθρο γίνει αποδεκτό, αποστέλλεται στους συγγραφείς επιστολή (covering letter) με την οποία μεταξύ άλλων γίνεται και η μεταφορά των δικαιωμάτων στο περιοδικό, με υπογραφή όλων των συγγραφέων καθώς και δήλωση σχετικά με σύγκρουση συμφερόντων.

Instructions to authors

"Child and Adolescent Psychiatry" is the official journal of the Hellenic Society of Child and Adolescent Psychiatry. It is published once a year with general thematology or focused in a specific theme. Every two years – may be that of the National Congress of Child and Adolescent Psychiatry.

The Editorial Board is composed of one president and four members. They are nominated every two years by the elected Council of HSCAP.

The journal accepts for consideration original papers with material not previously published or submitted for publication elsewhere.

When a paper is submitted, the authors must choose its category (as specified below), and also declare that they accept the Journal's terms and conditions, and that they transfer all rights to the Journal.

The authors also declare that (a) there was no financial support from any source (if so, they should name it), (b) there is no conflict of interest concerning the material submitted, (c) the protocol of the research has been approved by the Ethics Committee of the Hospital or any Institution within which the research was conducted, according to the ethical standards laid down in the Declaration of Helsinki (1995) as revised in Edinburgh (2000), and (d) all patients gave their informed consent prior to the inclusion in the study.

All submitted papers undergo an initial assessment by the Editorial Board regarding their suitability and quality. This step passed, they are sent for review by two reviewers expert in the field. Reviewers are blinded as to the authors, and they remain anonymous to the authors. For a paper to be accepted both reviewers must be positive; in case of one positive and one negative review, the paper is sent to a third reviewer. The Editorial Board informs the authors after the procedure is over; the reviewers' comments and suggestions for revisions are sent to the authors.

THE BASIC CATEGORIES of papers to be submitted to the Journal are:

1. **Editorial:** Short articles covering topics of particular importance, written by the Editor, the Editorial Board or authors invited by the latter (up to 500 words, 5 references)

2. **Theoretical articles:** papers up to 3000 words treating topics of specific theoretical interest; clinical material may be included (e.g. symbolization in children, body image and adolescence, ethical dimensions in the therapeutic relation etc)

3. **Review articles:** Literature review on concrete issues, e.g., clinical expression and pathogenesis in sex identity disorder, use of atypical neuroleptics in children and adolescents, primary baby interaction with a depressive mother and risk for psychopathology etc). They should not exceed 6000 words.

4. **Special/invited articles:** by invited authors distinguished in specific areas of Child and Adolescent Psychiatry (up to 5000 words).

5. **Research articles:** These articles must be based on research protocol and present results from qualitative or quantitative research (e.g. psychological impact of earthquake on children, behaviors related to bond development in pregnant women, effects of music therapy on autistic children etc). These articles should not exceed 3000 words.

6. **Clinical topics:** Presentation of clinical material/case studies on specific topics, e.g., depressive symptomatology in babies, comorbidity in OCD, forensic assessment of children in cases of divorce, assessment of family therapy in anorexia nervosa etc (up to 2000 words).

7. **General articles:** they may reflect opinions on current issues regarding institutional aspects and service development in Child and Adolescent Psychiatry, training in the specialty, relations and limits in respect to other specialties or disciplines etc. (up to 2500 words).

8. **Letters to the Editor:** Comments and opinions on published articles or current issues (up to 400 words, 2–3 references).

9. **Book review:** on invitation by the Editorial Board.

ARRANGEMENT

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

Title page: Indicates the title (not exceeding 12 words), the names of the authors, the institute / service where the work was conducted, the address and telephone, the e-mail of the author responsible for correspondence.

Abstract: The second page must include an informative abstract of about 300 words with 4-5 key words.

English abstract: The third page must include a more extensive abstract in English of 300-500 words, together with the title, authors' name, institute, address etc, and 4-5 key words, all in English.

Main text: It is divided in sections with subtitles, e.g., for research articles: introduction, method and material, results, discussion.

References: The APA style is used: the name of the first author appears in brackets together with the year of publication. The reference list is in alphabetical order at the end of the text. References should not exceed 80 in Review and special articles, 50 in research and general articles, 15 in clinical and case studies, and 5 in the Editorial and letters to the Editor. Journal abbreviations are according to Index Medicus.

Tables and figures are on separate page, numbered according to the order of appearance in the text.

SUBMISSION

Papers are submitted in electronic form to journal@hscap.gr. Manuscripts are written in Word, 1.5 space, arial 12 fonts. Authors must indicate the type of article (e.g., research, case report etc.) and propose a running title. Submission for consideration is accompanied by a letter signed by the author responsible for correspondence, declaring that all co-authors agree with the submission and accept the terms and conditions of the Journal as stated above. If the article is accepted, then the authors will receive a covering letter from the Editorial Board including all information, agreements, declaration of conflict of interest and transfer of copyright.

ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ
In Memoriam

Καθηγητής Χαράλαμπος Ιεροδιακόνου

(1930 – 2017)

Ο Καθηγητής Χ. Ιεροδιακόνου γεννήθηκε στην Κύπρο και μετά τις εγκύκλιες σπουδές του στο Παγκύπριο Γυμνάσιο, σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και στη συνέχεια στα Πανεπιστήμια Λονδίνου και Βοστόνης απέκτησε τις ειδικότητες της Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής. Το ενδιαφέρον και ο προσανατολισμός του προς την ψυχοδυναμική ψυχοπαθολογία, την ψυχαναλυτικά προσανατολισμένη ψυχοθεραπεία, αλλά και την κοινοτική ψυχιατρική ήταν εμφανή από την αρχή και αντικατοπτρίζονται και στη συνολική πορεία και στο έργο του. Από το 1958, οπότε και επέστρεψε οριστικά στην Ελλάδα, άρχισε να εργάζεται στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, το οποίο και υπηρέτησε επί 40ετία. Εξελέγη Τακτικός Καθηγητής Ψυχιατρικής το 1978 ενώ υπήρξε και Επισκέπτης Καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Βοστόνης.

Ο καθηγητής Χ. Ιεροδιακόνου υπήρξε πρωτοπόρος, καινοτόμος και μεταρρυθμιστής πριν την επίσημη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, τόσο στην Ψυχιατρική Ενηλίκων όσο και στην Παιδοψυχιατρική. Ήδη από το 1958 ανέλαβε την ευθύνη του πρώτου Πανεπιστημιακού Ιατροπαιδαγωγικού Σταθμού στην Ελλάδα στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Το πλούσιο κλινικό και ακαδημαϊκό έργο του συνεχίστηκε επί εικοσαετία, μέχρι το 1978, οπότε, με την εκλογή του ως Τακτικός Καθηγητής Ψυχιατρικής, ανέλαβε την ίδρυση της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής στην Αλεξανδρούπολη, η οποία ήταν η πρώτη «ανοιχτή» Ψυχιατρική Κλινική σε Γενικό Νοσοκομείο στη χώρα μας. Η εμπειρία της Αλεξανδρούπολης υπήρξε μια γενικότερη εμπειρία ανάπτυξης και λειτουργίας κοινοτικής ψυχιατρικής υπηρεσίας, που περιελάμβανε και την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ν. Έβρου, καθώς και Ιατροπαιδαγωγικό Σταθμό. Το ίδιο σχήμα επαναλήφθηκε και στη Θεσσαλονίκη, όπου το 1987 ξεκίνησε η λειτουργία της πρώτης για την πόλη Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής σε Γενικό Νοσοκομείο (ΑΧΕΠΑ) και Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας για τον Νομό Θεσσαλονίκης. Σε όλα τα επίπεδα υπηρεσιών υπήρχαν εξαρχής παιδοψυχιατρικές δραστηριότητες, οι οποίες προσέλαβαν μια πιο συστηματική οργάνωση από το 1990, με τη λειτουργία της «Υπηρεσίας Παιδιού και Εφήβου» της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του ΑΠΘ, ενώ το 2009 ξεκίνησε τη λειτουργία της η Μονάδα Εφήβων του

ΑΧΕΠΑ. Παράλληλα με την εκπαίδευση στην Ψυχιατρική, ο Καθηγητής Ιεροδιακόνου εισήγαγε για πρώτη φορά τη διδασκαλία της Παιδοψυχιατρικής ως επιλεγόμενο μάθημα στους φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ.



Το ερευνητικό και συγγραφικό έργο του υπήρξε πλούσιο, με πλέον των 350 δημοσιεύσεων σε ελληνικά και διεθνή συγγράμματα και περιοδικά, αλλά και τη σειρά των προσωπικών του βιβλίων ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, ψυχαναλυτικής ψυχοπαθολογίας, ψυχιατρικής στο ΓΝ, ψυχιατρικών γνώσεων για τους μη ψυχιάτρους ιατρούς, και παιδοψυχιατρικής. Ακόμα, ο Καθηγητής Ιεροδιακόνου υπήρξε εκ των ιδρυτικών μελών της South-East European Society for Neurology and Psychiatry, της οποίας διετέλεσε και Πρόεδρος, ενώ υπήρξε μέλος και πολλών Επιστημονικών Εταιρειών, βρετανικών, γαλλικών, αμερικανικών και δι-

εθνών, καθώς και μέλος της Διεθνούς Συντακτικής Επιτροπής του American Journal of Psychotherapy.

Παρόλο που το μεγάλο μέρος της σταδιοδρομίας του γράφηκε στη Θεσσαλονίκη, οι δεσμοί του με τη γενέτειρα Κύπρο παρέμειναν άρρηκτοι και αυτό ισχύει και για την Ψυχιατρική, καθώς είχε ενεργό συμβολή στις δραστηριότητες της Ψυχιατρικής Εταιρείας Κύπρου, η οποία και τον τίμησε με την αναγόρευσή του ως Επίτιμο Πρόεδρο.

Και μετά την αφυπηρέτησή του, ως Ομότιμος Καθηγητής, συνέχισε να είναι πάντα ενεργός και δημιουργικός, συμμετέχοντας στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Ψυχιατρικής Κλινικής του ΑΧΕΠΑ, της Μονάδας Εφήβων, καθώς και σε Συνέδρια Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής. Με την άνεση χρόνου που είχε, υπήρξε ιδιαίτερα παραγωγικός και συγγραφικά, και είναι γνωστά τα βιβλία για τον Αριστοτέλη, όπου εστίαζε στα «ψυχολογικά» του έργου του μεγάλου Σταγειρίτη. Ενδεικτικό του ενδιαφέροντός του για τα παιδιά, σίγουρα όμως και με έμπνευση από τα εγγόνια και δισέγγονα που ευτύχησε να δει, το τελευταίο του βιβλίο με τίτλο «το Παραμύθι του Αριστοτέλη».

Η Παιδοψυχιατρική Εταιρεία είχε τιμήσει τον Καθηγητή Ιεροδιακόνου στο Συνέδριο του 2009 για το σύνολο του έργου και της προσφοράς του. Σήμερα, αποχαιρετούμε τον Δάσκαλο, έναν από τους πρωτοπόρους Ψυχιάτρους και Παιδοψυχιάτρους και έναν εξαιρετικό Άνθρωπο. Καλό ταξίδι.

Νίκος Ζηλίκης